

# Procesos de Cambio y Efectos Asociados a la Experiencia de Contacto en Psicoterapia

## Processes of Change and Effects Associated with the Experience of Contact in Psychotherapy

June Atxa Estalayo<sup>1</sup> y Mercedes Jiménez Benítez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Gestáltico de Medellín, Colombia

<sup>2</sup>Universidad de Antioquia, Colombia

**Resumen:** La experiencia de contacto implica la atención de lo que se vive a nivel emocional, corporal y de pensamiento. Este concepto de la psicoterapia Gestalt fundamenta hoy diversos modelos y técnicas psicoterapéuticas; y se requiere investigar si la experiencia de contacto supone la base del cambio y de la eficacia en psicoterapia. Se desarrolló un estudio de caso con diseño mixto y metodología de investigación de proceso-resultado, aplicando técnicas experienciales a una consultante de 19 años durante siete sesiones videograbadas. Para la categorización de los procesos de cambio se seleccionaron segmentos con altos niveles de experiencia, según EXP Scale. Los efectos observados se analizaron comparando los puntajes pre y post del Inventario de Depresión Estado/Rasgo, (IDER), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, y los efectos percibidos mediante una Entrevista Final de Cambio. Los resultados mostraron que la psicoterapia fue efectiva y que los efectos terapéuticos se relacionaron con los procesos de cambio.

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

**Abstract:** The experience of contact involves attention and focusing on what is experienced on an emotional, bodily and thought level. This concept of Gestalt psychotherapy today is based on various psychotherapeutic models and techniques; and it is necessary to investigate whether the experience of contact is the basis of change and effectiveness in psychotherapy. A case study was developed with a mixed design and process-result research methodology,

---

June Atxa Estalayo es psicóloga, psicoterapeuta y docente asistente en el Centro Gestáltico de Medellín.

Mercedes Jiménez Benítez es psicoterapeuta y docente en la Universidad de Antioquia (Colombia). Coordinadora el Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva (PSICOG).

**Para citar este artículo:** Atxa Estalayo, J. y Jiménez Benítez, M. (2023). Procesos de Cambio y Efectos Asociados a la Experiencia de Contacto en Psicoterapia. *Clínica Contemporánea*, 14(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2023a18>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a June Atxa Estalayo. E-mail: [june.atxa@udea.edu.co](mailto:june.atxa@udea.edu.co)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

applying experiential techniques to a 19-year-old client over seven video-recorded sessions. Segments with high levels of experience were selected, according to the EXP Scale to categorize change processes. The observed effects were analyzed by comparing the pre- and post-scores of the State/Trait Depression Questionnaire (ST/DEP), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Ryff Scales of Psychological Wellbeing, and the perceived effects through a Final Change Interview. The results showed that psychotherapy was effective and that the therapeutic effects were related to change processes.

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

### Planteamiento del problema

La experiencia de contacto es un concepto transversal usado por múltiples escuelas de pensamiento en psicoterapia y, aunque ha habido diferentes conceptualizaciones de esta que se revisarán a continuación, podría concluirse que es un constructo acerca de vivir la experiencia y contactarse con las emociones, sensaciones y pensamientos en el presente.

De hecho, hace cuatro décadas ya se sostenía que la experiencia es un concepto central que estaba en la base del cambio psicoterapéutico. Para Bohart (1993) suponía “un modo de aprehensión caracterizado por su inmediatez y su naturaleza holística, contextual y corporal” (p.51) y para Mahrer (1993) hacía referencia a la reunión o encuentro con lo otro, con lo externo al propio organismo.

Junto con estas definiciones iniciales, su constructo ha sido abordado desde diferentes enfoques posteriormente, sin que exista un concepto consolidado que permita recoger todas sus diferentes acepciones y sus ámbitos de aplicación. Al respecto, hay varios modelos y técnicas psicoterapéuticas que tienen su base en la experiencia de contacto, entre las que se encuentran las terapias de corte humanista. Dentro de estas, se pueden mencionar la psicoterapia Gestalt fundamentalmente (Perls et al., 1951), la Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg et al., 1993), la Psicoterapia Expresiva Enfocada (Daldrup et al., 1994), el Reencuadre Experiencial (Rogers y White, 2017), el Focusing (López Marín, 2018), el Psicodrama (Vaimberg y Lombardo, 2015) y la Danzaterapia del Movimiento (Pallaro, 1996). Por otra parte, en la actualidad se pueden considerar también las terapias contextuales, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Basada en Mindfulness (TBM) como orientadas a la experiencia, el contexto y las relaciones (Mañas, 2007).

Estos diferentes modelos han abordado la implicación de la experiencia de contacto en la psicoterapia, tanto a nivel conceptual como clínico. Sin embargo, al no existir un consenso respecto al constructo, las líneas de investigación se han centrado en diferentes componentes de la misma, fundamentalmente en la activación y procesamiento emocional (Goldman et al., 2006; Greenberg y Watson, 1998; Pos et al., 2003; Wakabe y Conceicao, 2016; Warwar, 2004; Watson et al., 2003), mientras que algunos se han orientado a la cognición y el comportamiento (Chambers et al., 2009; Chiesa y Serretti, 2009; Ellison et al., 2009; Jha et al., 2007; Luciano y Valdivia, 2006; Teasdale et al., 2000; Wyatt et al., 2014), e incluso a la corporalidad (Dosamantes-Alperson y Merrill, 1980).

Esta diversidad de acepciones del concepto genera inconvenientes para el desarrollo de procesos de investigación, a lo que se añade que, aunque algunos de estos estudios respaldan la experiencia como un ingrediente esencial de los resultados en la psicoterapia, solo tres de estas terapias están adscritas a las listas de las terapias evaluadas por la Psicología Basada en la Evidencia (PBE) y cuentan con evidencia; de ellas, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness con una evidencia fuerte para depresión, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con una evidencia fuerte para el dolor crónico y moderada para psicosis, trastorno obsesivo compulsivo, depresión y trastornos de ansiedad, y la Terapia Centrada en la Emoción con una evidencia moderada para depresión (APA, 2019).

Esta falta de validación empírica de las terapias que tienen como base la experiencia, fundamentalmente humanistas, puede deberse a las reticencias de estos enfoques frente a las exigencias actuales de fundamentación científica de los procesos psicoterapéuticos (Primero y Moriana, 2011; Tobón y Correa, 2022).

De todas formas, no cabe sólo investigar acerca de si la aplicación de la experiencia de contacto resulta eficaz o no en psicoterapia ya que, como algunos han señalado, la investigación orientada exclusivamente a la eficacia de las psicoterapias tiene limitaciones, porque no permite conocer cómo y por qué se produce el cambio (Echeburúa et al., 2010; Peláez et al., 2013).

Es por ello que se han desarrollado estudios sobre procesos de cambio y, más específicamente, metodologías de “investigación de proceso- resultado”, las cuales aportan conocimiento acerca de los factores comunes o mecanismos terapéuticos que hacen efectivas a las terapias, centrando la asociación del proceso de análisis con los resultados obtenidos en la terapia (Hill, 1990).

Al respecto, y teniendo en cuenta la experiencia de contacto, puede plantearse que a pesar de la relevancia que ha ido adquiriendo en las distintas corrientes psicoterapéuticas, e incluso filosóficas, no se ha alcanzado un desarrollo a nivel empírico que dé cuenta del valor del fenómeno sobre los procesos de cambio en psicoterapia. Así, los estudios sobre procesos de cambio en psicoterapia analizados no ahondan en las implicaciones y el alcance de la experiencia de contacto en los procesos de cambio terapéuticos (Basto y Salgado, 2014; Ellison et al., 2009; Krause et al., 2015; Levitt et al., 2006; Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

Es por ello que se plantea desarrollar una investigación que pretenda avanzar, no sólo en la identificación de los procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto, sino también establecer la relación de estos procesos con los efectos terapéuticos. Para ello, se adopta una postura trans-teórica que concibe la experiencia de contacto de una manera abierta, integral, procesual y contextual; junto con una metodología mixta de investigación, para evidenciar y poner en relación la eficacia terapéutica y los procesos de cambio vinculados a la experiencia de contacto.

## Metodología

### Enfoque y diseño de la investigación

Se trata de un estudio de caso con una única participante, a la que se aplicaron diversas técnicas experienciales durante siete sesiones psicoterapéuticas, dentro del marco de una intervención basada en la Psicoterapia Gestalt. El diseño de la investigación fue mixto. Tras la grabación de las sesiones, las investigadoras seleccionaron aquellos segmentos en los que la consultante mostró altos niveles de experiencia (del 5 al 7) según la escala EXP Scale (Klein et al., 1969), ya que son estos los estadios en los que se tiene una percepción más clara de la experiencia interna. A través del material observado se analizaron cualitativamente los procesos de cambio. También se obtuvo información cualitativa acerca de los efectos terapéuticos percibidos a partir de una Entrevista Final de Cambio a la consultante y su terapeuta y, respecto al análisis cuantitativo, se obtuvieron datos sobre los efectos observados de la terapia mediante tres instrumentos psicométricos (IDER, STAI y Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff) aplicados a la participante antes y después de la intervención psicoterapéutica, como indicadores de salud mental.

Este diseño mixto responde a la metodología de “investigación de proceso-resultado”, cuyo principal objetivo es “analizar efectivamente aquellos factores terapéuticos significativos que permitan explicar las variaciones en los resultados psicoterapéuticos” (Valdés et al., 2005, p.3).

Desde esta metodología, se utiliza inicialmente una estrategia orientada a la identificación de sucesos terapéuticos asociados a los procesos de cambio, partiendo de la “investigación de proceso orientada al descubrimiento” cuyo objetivo es “la descripción de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas para, sobre la base de la acumulación de nuevos conocimientos, aportar al desarrollo teórico” (Hill, 1990, citado en Krause, 2005, p.36). En esta línea, el procedimiento mediante el que se configuraron las categorías sobre procesos de cambio en este estudio consistió en identificar y codificar mediante ordenación conceptual lo que ocurría, en términos psicológicos, durante los

episodios claves en los que la consultante mostró altos niveles de experiencia o en aquellos mencionados como relevantes por la propia consultante en la Entrevista Final de Cambio. Los códigos y categorías resultantes del análisis cualitativo se pusieron en relación con las interpretaciones derivadas de las puntuaciones cuantitativas obtenidas en las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos, mediante un análisis de correspondencia.

## Muestra y muestreo

La muestra corresponde a una única participante voluntaria en la investigación, la cual fue informada sobre la misma al solicitar atención psicoterapéutica en un centro de terapia Gestalt de la ciudad de Medellín. Se aplicó una entrevista inicial para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión (ser mayor de edad y comprometerse a asistir a las sesiones terapéuticas del estudio) y exclusión de la participante (abuso actual de drogas o alcohol, episodio actual de psicosis e intentos recientes de suicidio). El motivo de consulta no suponía un criterio de inclusión o exclusión.

El psicólogo participante fue un psicoterapeuta formado en terapia Gestalt con 10 años de experiencia.

## Caracterización de la participante

El caso analizado fue una mujer de 19 años, natural y residente en Medellín (Colombia), que convivía con su padre, madre y hermano. La participante contaba con educación media terminada (Bachiller) y ocupación a nivel laboral. Su motivo de consulta inicial fue “conocerse más y llegar a la estabilidad emocional”.

## Procedimientos para la recolección de información

Antes del comienzo del proceso psicoterapéutico, una de las investigadoras del estudio aplicó a la consultante la batería de pruebas psicométricas compuesta por el Inventario de Depresión Estado/Rasgo, (IDER), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff para obtener indicadores de salud mental. Al final del proceso terapéutico, la investigadora aplicó estas mismas pruebas a la participante y una Entrevista Final de Cambio, tanto a la participante como a su terapeuta, con el fin de ampliar la información sobre los procesos de cambio y los efectos percibidos de la terapia. Para el análisis de los episodios terapéuticos claves del estudio, tras dos sesiones iniciales de evaluación, se grabaron en video desde la tercera hasta la novena sesión (ambas incluidas), y las investigadoras seleccionaron los segmentos en los que la consultante mostraba niveles altos de experiencia (5, 6 ó 7) según la EXP Scale (Klein et al., 1969), para garantizar experiencias de contacto, en términos psicoterapéuticos.

## Instrumentos de evaluación

A continuación, se describen los instrumentos empleados en el estudio: IDER, STAI, Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y EXP Scale.

*Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)* (Spielberger et al., (2008). Evalúa el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. Está conformado por 20 ítems, 10 para Rasgo y 10 para Estado. Cada escala de 10 ítems cuenta con cinco ítems para evaluar distimia (presencia de afectividad negativa) y cinco ítems para evaluar eutimia (ausencia de afectividad positiva). Las respuestas a las afirmaciones se puntúan mediante una escala tipo Likert que va desde 1 (Nada) a 4 (Mucho). En muestras colombianas (Agudelo et al., 2014), en la escala Estado los valores de consistencia medidos mediante alfa de Cronbach fueron altos: 0.87 para la subescala de Distimia y 0.90 para la subescala de Eutimia. Igualmente, para la Escala Rasgo se obtuvo un alfa de 0.79 para la subescala de Distimia y de 0.80 para la de Eutimia.

*Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI*, en su adaptación española (Buela et al., 2015) y contrastados con los datos de Agudelo et al. (2008) para la población colombiana, consta de dos escalas de 20 preguntas cada una. La escala Ansiedad-Estado (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La escala Ansiedad-Rasgo (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Las respuestas a las afirmaciones se miden mediante escala tipo Likert que va desde 0 (Nada, Casi Nunca) a 3 (Mucho, Casi Siempre). Según los propios autores, posee una buena consistencia interna con un valor alfa de Cronbach que oscila entre 0.90 y 0.93 para la escala Estado, y entre 0.84 y 0.87 para la escala Rasgo.

*Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1995)*. En su versión española (Díaz, et al., 2006) sugiere un modelo multidimensional del bienestar eudaimónico. Está compuesta por 39 ítems agrupados en seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con los otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. El formato de respuesta es tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). En Colombia, Pineda et al. (2017) evaluaron la validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio (AFC), el cual arrojó índices de ajuste similares tanto con seis dimensiones ( $\chi^2 = 1649.40$ ,  $gl = 362$ ,  $p = 0.00$ ; CFI = 0.95; AGFI = 0.95; RMSEA = 0.066, IC90%, 0.062-0.069; SRMR = 0.077) como con seis dimensiones y un factor de segundo orden, denominado bienestar.

**Tabla 1.** *Estadios de la EXP Scale*

Estadio	Descripción
EXP 1	El contenido o la forma de expresión es impersonal, ya que es un relato muy abstracto, general, superficial o periodístico de eventos o ideas sin un referente personal establecido.
EXP 2	Aunque la asociación entre el hablante y el contenido es explícita, los comentarios, asociaciones, reacciones y comentarios sirven para transmitir la historia o idea, sin definir los sentimientos del hablante.
EXP 3	Descripción del hablante en términos externos o de comportamiento con comentarios adicionales sobre sus sentimientos o experiencias privadas que se limitan a los eventos o situaciones.
EXP 4	Presentación clara de los sentimientos del orador, dando su perspectiva personal e interna o sentimientos acerca de sí mismo, siendo los sentimientos el tema del discurso.
EXP 5	Al presentar la experiencia, el orador comunica cómo es ser él. Estas vistas interiores se presentan o describen, pero no están interrelacionadas ni se utilizan como base para un autoexamen o formulación sistemática.
EXP 6	Exploración intencional de los sentimientos y experiencias del orador, quien plantea o define un problema o una proposición sobre sí mismo explícitamente en términos de sentimientos, explorando el problema de una manera personal.
EXP 7	Proceso sintético de estructuración que conduce a una experiencia interna nueva y personalmente significativa o que resuelve un problema como resultado de trabajar con sus propias emociones y sentimientos. Se expresan los sentimientos de manera vívida, integrativamente, y a modo de conclusión y/o afirmación.  El hablante usa diferentes formulaciones sobre sí mismo que cumplen los requisitos del estadio 6 y las integra o relaciona mediante una formulación más general que se aplica a varios eventos internos o dan lugar a nuevos conocimientos.

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

La confiabilidad mediante el estadístico Omega de McDonald ( $\Omega$ ) obtuvo resultados entre 0.60 y 0.84, considerándose estos valores altos en cuanto a confiabilidad.

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

*Entrevista Final de Cambio*. Se realizó una entrevista final a la consultante y al terapeuta, adaptándola de la Entrevista de Cambio de Elliot (2010), la cual hace énfasis en lo que los participantes encontraron útil o importante, sobre cómo cambiaron a lo largo de la terapia y a qué atribuyen estos cambios. Después de explorar el estado actual, se realizan preguntas abiertas sobre los cambios percibidos tras el proceso psicoterapéutico, las cuales se concretan posteriormente por ámbitos (cognitivo, comportamental y emocional). Finalmente, se explora sobre lo que consideraron útil o importante del proceso.

## Análisis de resultados

Para el análisis de los procesos de cambio desde la investigación cualitativa, se partió del marco de la “investigación orientada al descubrimiento” (Krause, 2005), cuya “característica primordial es la fundamentación de conceptos en los datos” (Strauss y Corbin, 2002, p. 22) desde la propuesta del método de la teoría fundamentada, en la que se asignan códigos como símbolos de las interpretaciones de los datos brutos, con el propósito de descubrir conceptos y relaciones entre éstos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico.

Para ello, se utilizó la ordenación conceptual, la cual “se refiere a la organización de los datos en categorías (o a veces, clasificaciones) discretas, según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías” (Strauss y Corbin, 2002, p. 29). Esta metodología también se empleó para el análisis de los efectos percibidos por el terapeuta y la consultante en la Entrevista Final de Cambio, diferenciándolos inicialmente por los ámbitos cognitivo, comportamental y emocional, y luego añadiendo el corporal como emergente del análisis.

Para identificar los efectos de la intervención, se llevó a cabo un análisis comparativo entre las medidas de línea pre y post tratamiento de los instrumentos psicométricos, y posteriormente se analizaron los resultados obtenidos en ambas mediciones, así como los cambios observados en los mismos entre las evaluaciones pre y post tratamiento, con base en datos normativos de estas escalas en población colombiana.

Finalmente, se realizó un análisis de correspondencia entre los efectos observados a nivel cuantitativo partir de los instrumentos psicométricos y las categorías resultantes a partir del análisis cualitativo acerca de los procesos de cambio y los efectos percibidos.

## Consideraciones éticas

Este estudio cumple con las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, desde la que se califica la investigación como de Riesgo Mínimo; y con las establecidas en la Ley 1090 del 2006, por medio de la cual se reglamenta el Código Deontológico y Bioético de la profesión de Psicología en Colombia, expresamente en su Capítulo VII donde se establecen las consideraciones respecto de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Con base en estos marcos, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: selección equitativa de participantes, proporción favorable de riesgo-beneficio, respeto e información a los participantes, confidencialidad de la información y uso de consentimiento informado.



## Resultados

### Técnicas experienciales y niveles de experiencia

Durante el proceso terapéutico, la participante alcanzó todos los estadios que contempla la EXP Scale y en todas las sesiones analizadas se obtuvieron segmentos de los niveles 5, 6 y 7 de la EXP Scale, con una media de 4,71 fragmentos por sesión. Del total de fragmentos seleccionados, 14 correspondían al nivel 5, seis al nivel 6 y 13 al nivel 7, garantizándose suficientes episodios con altos niveles de experiencia para el análisis.

En total, el terapeuta propuso nueve ejercicios experienciales o experimentos a lo largo de las sesiones. Entre estos se desarrollaron: la “amplificación” de la risa ante incongruencia comunicación verbal-no verbal (3a sesión), la “puesta en acción” (Ginger, 1993) escondiéndose en su ropa (3a sesión), la “silla vacía” entre dos partes de sí misma (4a sesión), la “puesta en acción” utilizando una máscara (5a sesión), la “danza” a ritmo de música (6a sesión), la “silla vacía” con el hermano (8a sesión) y la “puesta en acción” con un cojín en la espalda representando el peso de la mugre (9a sesión). Los datos mostraron que los experimentos se asociaron más frecuentemente a los niveles altos de experiencia, especialmente el 5 y el 6.

### Procesos de cambio

A partir del análisis, se obtuvieron las siguientes categorías asociadas a los procesos de cambio en la consultante.

#### *De la Negación y la Máscara a la Verdad y el Reconocimiento de sí Misma*

Con esta categoría se hace referencia a un cambio respecto a los patrones y las formulaciones generales sobre sí misma e identidad de la consultante. En este sentido, se rescatan los relatos codificados como *explorar su experiencia interna, la máscara, la verdad, el movimiento y estar consigo misma*.

En un principio para la consultante, no es común estar en contacto con su *experiencia interna* y, por lo tanto, con la *verdad*; y de hecho, el trabajo sobre el reconocimiento de sí misma y su experiencia comienza por reconocer las emociones, sensaciones corporales, sentimientos, pensamientos y recursos de afrontamiento que le han acompañado hasta el momento. Para nombrar este hecho, surge lo que la consultante denomina *la máscara* que, dentro del lenguaje creado en terapia, nombra cómo la consultante elige mostrarse ante sí misma y los demás solamente desde sus atributos y emociones positivas, ocultando sus emociones desagradables en búsqueda de aprobación social. Sin embargo, a medida que avanza la terapia, muy de la mano de otros procesos de cambio, comienzan a ser visibles relatos codificados como *exploración y aceptación de su experiencia interna* (siendo este el proceso más frecuente), y la toma de acción como movimiento mediante contacto corporal o emprendimiento de acciones concretas. Además, cabe resaltar, el cambio del significado respecto a estar *consigo misma*, desde un marco de experiencias vivenciadas como negativas hacia otras en las que se valida a sí misma y su experiencia interna. El siguiente fragmento muestra estos procesos:

T: ¿Qué has venido aprendiendo de este proceso?

P: Yo he aprendido muchas cosas, muchas. Como... A ver, lo que más se me ha quedado a mí es como que... Estoy en el mundo sola, pero que no está tan mal estar solo si uno se quiere a uno mismo.

T: ¿Si yo que?

P: Si yo me tengo a mí misma, y estoy en el camino de encontrarme, de sentirme y hablarme con la verdad.

T: ¿Y cuál es tu verdad?

P: Mi verdad es mi realidad, lo que vivo todos los días [...]

T: ¿Cómo es eso para ti?

P: Es muy lindo, a mí me encanta (ríe)

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

En el proceso constantemente emerge el trabajo sobre las emociones. Al comienzo de la terapia aparecen relatos codificados como *valorar negativamente las emociones, controlar y evitar conectarse con las emociones*. A medida que avanza la terapia, desaparecen los relatos negativos sobre las emociones y toman más fuerza los relatos codificados como *conciencia y claridad de sus propias emociones, ampliación de la conciencia de estados emocionales, la expresión de emociones, la valoración positiva de las emociones y ser capaz de experimentar y aceptar sus emociones*.

El *valorar negativamente las emociones*, por ejemplo, se refiere a establecer juicios negativos sobre el estrés que implica experimentar sus propias emociones y, de manera relacionada, *evitar contactarse con las emociones*, implica situaciones en las que la consultante admite no querer nombrar o tomar conciencia sobre sus emociones y sentimientos. En la tercera sesión se observa el siguiente episodio:

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

P: Es que yo a veces siento que el momento en el que uno empieza a sentir... En el momento en el que yo empiezo a sentir, empiezo como a sentir que debo seguir sintiéndome de esa manera, ¿me entiendes? Porque si no voy a ser muy inestable, entonces prefiero no sentir, para no estar presionándome tanto.

Sobre la *conciencia y claridad emocional*, hace referencia a la capacidad de identificar sus emociones, lo cual mejora a lo largo de la terapia, de la mano de la *expresión de emociones y ampliación de la conciencia emocional*, tal como se muestra en este ejemplo de la sesión número 6:

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

P: Mmm...

T: Y se lo vas a decir a él.

P: Cuando te veo siento presión.

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

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

T: Ok...

P: También siento amor y admiración.

Respecto a la *valoración positiva de las emociones*, emerge cuando progresivamente la consultante habla o expresa sus emociones con una connotación positiva, es decir, afirmando que sus emociones y sentimientos pueden ser positivos para ella. Ejemplo de ello:

T: ¿Qué tal si sientes?

P: Es verdad, se siente más rico.

En cuanto a *aceptar sus emociones*, se refiere a la capacidad de experimentar sus emociones con plena conciencia y aceptarlas, reconociendo lo que para ella suponen y todas sus implicaciones, tal como se muestra en el siguiente fragmento:

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

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

### *De la evitación experiencial a la exploración y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento*

Frente a su motivo de consulta y el trabajo e inquietudes que emergen en las propias sesiones, se encuentran relatos que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento de la consultante, los cuales se codifican como *la exploración de sus propias estrategias de afrontamiento a través de la inhibición de las emociones y la ansiedad, la exploración de nuevas estrategias que ella nombra como hablarse con la verdad y el movimiento; y la aplicación de esas nuevas estrategias de afrontamiento más positivas y adaptativas*.



Respecto a la *exploración de sus propios recursos de afrontamiento*, ocurre cuando la consultante trata de tomar conciencia, identificar, describir y cuestionar qué estrategias ha estado utilizando para hacer frente a los conflictos y a su propio malestar. Entre los recursos identificados destaca la evitación, que ella misma nombra como *inhibir la ansiedad y las emociones*, tal como se muestra en el siguiente fragmento:

P: Pero es que si uno lo dice ya es algo que existe.

T: Ah, porque antes no existía.

P: Antes lo ignoraba.

T: Lo ignorabas.

P: Estaba en la negación.

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

P: Es verdad. Aprendí a pilotarlo, pero mal.

Por otro lado, en las sesiones la consultante comienza a *explorar nuevas estrategias de afrontamiento*. Por ejemplo

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

P: De buscar la forma

T: ¿Y cuál sería la forma?

P: Ser sincera conmigo misma

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

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

Así, llegado a un punto, la consultante empieza a *aplicar nuevas estrategias de afrontamiento* en su vida cotidiana, consistentes sobre todo en “la verdad” y el “movimiento”, según los términos usados por la misma consultante y el terapeuta:

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

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

### *De la Autovaloración Negativa a la Autovaloración Positiva*

Respecto a la autovaloración de sí misma, en un comienzo del proceso destaca lo negativo de esta valoración que la consultante hace de sí misma para observarse que, a lo largo de las sesiones, los relatos codificados como *autovaloración negativa* disminuyen mientras comienzan a emerger y aumentan los relatos codificados como *autovaloración positiva*. Un ejemplo de valoración negativa de sí misma al inicio del proceso es el siguiente:

P: ... que soy tan complicada a veces

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

P: Que no logro las cosas que me propongo, que no sé cómo hacerlas, que no tengo las herramientas ... y también que no tengo energía para hacer la cosas a veces, es como que no lo soporto, así como que no puedo conmigo. Es insoportable.

Los relatos codificados como *valoración positiva de sí misma*, que tienden a aumentar durante el proceso terapéutico, surgen tras experimentos o técnicas experienciales a partir de valoraciones negativas sobre sí misma. Por ejemplo:

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

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

T: ¿Que qué?

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

### *De la Búsqueda de Aprobación a las Relaciones Genuinas*

Respecto a la relación con el otro, en diversos momentos emergen asuntos interpersonales, mediante relatos codificados como *ambiente invalidante de las emociones* y los *conflictos familiares, debilidad y aprobación* y, finalmente, las *relaciones genuinas*.

Según la consultante, proviene de una familia que ha representado un *ambiente invalidante de sus emociones*, habiendo sentido desde la infancia que la expresión emocional y de su personalidad ha sido sistemáticamente invalidada, lo que le hace sentir juzgada. En la tercera sesión relata lo siguiente sobre su padre:

P: Cuando hacía ruido. Entonces era como... Como que yo hacía mucho ruido, o me reía un montón, y él me decía “usted por qué es tan empalagosa, yo no entiendo...” y me regañaba un montón pues.

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

P: Yo sentía que no era suficiente.

Así, para ella la aprobación de otros viene condicionado por ciertas características que ella debe cumplir, como permanecer en silencio, no ser “empalagosa”, no reír fuerte... E incluso asocia la expresividad emocional con ser percibida como *débil*, vinculando el ser genuina con ser percibida con una valoración negativa por parte de los demás. Por tanto, el percibirse débil, le lleva a emplear la estrategia de ocultar ante sí misma y ante los demás sus emociones y sentimientos:

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

P: Es estar muy solo

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

P: No es real

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

P: Una mentira

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

P: No sé

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

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

T: Para fingir que las cosas están bien

P: Ajá

T: Porque cuando te muestras tal cual eres tú, ¿qué sucede? P: No me van a querer.

En este experimento en el que se trabaja acerca de “esconderse” ante los demás y en el que la consultante se da cuenta de que definitivamente no se encuentra bien, ésta refiere no querer seguir buscando *la aprobación* a través de la inexpresividad y el control de sí misma, sino del establecimiento de relaciones genuinas en las que pueda ser ella. A través de la propia relación terapéutica y del trabajo experiencial, la consultante comienza a admitir la importancia de las *relaciones genuinas* con los demás, lo cual dará paso a todo un trabajo en cuanto a sus emociones y la expresividad de éstas:

P: ... Y también he aprendido a buscarme, pero en los lugares correctos.

T: ¿Porque antes cómo te buscabas?

P: En otros.

T: ¿En cuáles?

P: En mi hermano, mi mamá, mi novia, mis amigos... Y ya estoy en un punto en el que estoy buscándome dentro de mí.

## Efectos Terapéuticos

### *Efectos Percibidos*

Con base en la respuesta de la consultante en la Entrevista Final, se diferenciaron los cambios percibidos por ésta en los ámbitos cognitivo, emocional, comportamental y corporal.

A nivel cognitivo, la consultante enumera cambios acerca de su autenticidad, su amor propio o autoestima, su autoconocimiento y el hablar consigo misma. También hace referencia a la desaparición de pensamientos suicidas y negativos en general y la capacidad de centrarse en identificar en cada momento lo que está sucediendo tanto interna como externamente, o, lo que es lo mismo, la exploración de su experiencia interna. A nivel conductual, la consultante no enumera nada libremente, pero al preguntarle específicamente sobre ello, refiere mejora en sus vínculos interpersonales familiares y laborales. A nivel emocional, la consultante percibe efectos en la capacidad para vivenciar, procesar y aceptar sus emociones respecto a sí misma y sobre lo que acontece en su entorno; también menciona la estabilidad emocional. Por último, a nivel corporal la consultante percibe cambios en sentido de una menor somatización y una mayor autopercepción corporal.

### *Efectos Percibidos por el Terapeuta*

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

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

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

I: Un poco en general.

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

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

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

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

era una pregunta que yo frecuentemente le hacía, si lo que sentía era agradable o no tan agradable y frente a ese proceso de conciencia ¿qué voy hacer con eso?, Ella generalmente lo que decía era “me voy a dar el permiso de sentirlo” en un pensamiento muy catastrófico siempre, cada vez que venía alguna sintomatología asociada a la ansiedad, ella decía “me voy a caer, me van a pisar”, muy catastrófico.

### *Efectos Observados en la Aplicación de Pruebas Pretest-posttest*

Respecto al IDER, se presentan las puntuaciones pre y post intervención obtenidos por la participante (Ver Tabla 2), así como los datos normativos de una muestra de referencia en población colombiana (Agudelo et al., 2014).

Sobre la subescala Rasgo/Distimia, la consultante no mostró un rasgo hacia la afectividad negativa, dado que obtuvo una puntuación de 8 tanto en el pretest como en el postest, la cual se encuentra dentro del rango de normalidad respecto a la población colombiana. En la subescala Rasgo/Eutimia, asociada a la ausencia de afectividad positiva, se observó una mejoría favorable durante el proceso terapéutico dado que la participante obtuvo 14 en el pretest, lo que se sitúa más de una desviación típica por encima de la media de la muestra de referencia; y un puntaje de 11 en el postest, situado en el rango de normalidad.

**Tabla 2.** Resultados del IDER de la consultante y comparación con otra muestra de referencia.

<i>Subescala</i>	<i>Datos de la participante</i>			<i>Datos muestra referencia (Agudelo et al., 2014)</i>	
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Cambio</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
Rasgo/Distimia	8/20	8/20	0/20	7,38	2,33
Rasgo /Eutimia	14/20	11/20	3/20	8,72	2,99
Total Rasgo	22/40	19/40	3/20	16,08	4,53
Estado/Distimia	9/20	5/20	4/20	6,75	2,21
Estado/Eutimia	15/20	12/20	3/20	9,59	3,40
Total Estado	24/40	17/40	7/20	16,32	4,86

En la subescala Estado/Distimia, tampoco se evidencian dificultades respecto a afectividad negativa dado que la participante presentaba un puntaje de 9 en la medición pretest y 5 en el postest, ambas puntuaciones situadas dentro del rango de normalidad. En la subescala Estado/Eutimia, redujo la puntuación de 15 en el pretest (situada casi dos desviaciones típicas por encima de la media de la muestra de referencia) a 12 en el postest, en el rango de normalidad. Así, la consultante presenta mejoras significativas respecto al grado de afectación de sus estados transitorios emocionales o mentales de ausencia de afectividad positiva.

Respecto a la escala STAI, se presentan las puntuaciones pre y post intervención obtenidos por la participante (ver Tabla 3) así como los datos normativos de una muestra de referencia en población colombiana (Agudelo et al., 2008).

**Tabla 3.** Resultados del STAI de la consultante y comparación con otra muestra de referencia

Subescala	Datos de la participante			Datos muestra referencia (Agudelo et al., 2008)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Cambio</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
Ansiedad/Rasgo	27/60	25/60	2/60	19,34	9,83
Ansiedad/Estado	29/60	17/60	12/60	17,26	10,83

Sobre la subescala Ansiedad /Rasgo, presenta una puntuación de 27 en el pretest y de 25 en el posttest, ambas situadas en el rango de normalidad de la muestra de referencia. En la subescala Ansiedad/ Estado, se redujo la puntuación desde 29 en el pretest (más de una desviación típica por encima de la media de la muestra de referencia) a 17 en el posttest, en el rango de normalidad. Retomando los resultados, se puede concluir que la consultante no presenta ni al comenzar ni al finalizar la terapia un rasgo o propensión a la ansiedad, mientras que sí muestra un alto grado de emociones y estados mentales relacionados con la ansiedad al iniciar el proceso terapéutico, que disminuyen considerablemente al finalizar el mismo.

Finalmente, respecto a la Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, se presentan las puntuaciones pre y post de la participante (ver Tabla 4), así como los datos normativos de una muestra de referencia en población colombiana (Pineda et al., 2017).

**Tabla 4.** Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de la consultante y comparación con otra muestra de referencia

Subescala	Datos de la participante			Datos muestra referencia (Pineda et al., 2017)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Cambio</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
Autoaceptación	2,83/6	3,66/6	0,83/6	4,52	0,82
Relaciones positivas	4,5/6	5,5/6	1/6	4,06	0,74
Autonomía	3,75/6	4,12/6	0,37/6	4,26	0,77
Dominio del entorno	3,5/6	4,66/6	1,16/6	4,57	0,78
Propósito en la vida	3,33/6	4,83/6	1,5/6	4,87	0,84
Crecimiento personal	4,57/6	5,85/6	1,28/6	4,72	0,71

Sobre la subescala de Autoaceptación, la puntuación de la consultante antes de comenzar la terapia se encuentra dos desviaciones típicas por debajo del rango de normalidad de la muestra de referencia, mientras que al finalizar casi en el límite de normalidad. En cuanto a las Relaciones Positivas, la puntuación de la consultante en el pretest se encuentra dentro del rango de normalidad, mientras que en el posttest se sitúa dos desviaciones típicas por encima de ésta, presentando una mejora significativa en cuanto a la percepción de sus relaciones sociales como positivas y de confianza. Sobre la subescala de Autonomía, los puntajes de la consultante se encontraban dentro del rango de normalidad tanto al comenzar como al finalizar el proceso y, en cuanto al Dominio del Entorno, la puntuación en la medición pretest estaba una desviación típica por debajo de la media mientras que en el posttest estaba dentro del rango de la normalidad, mostrando mejoras. En la subescala Propósito en la Vida, la consultante presenta un cambio significativo puesto que al comenzar el proceso terapéutico su puntuación se hallaba más de una desviación típica por debajo de la media mientras que al finalizar, el puntaje se encuentra en el rango de la normalidad. Finalmente, en la subescala de Crecimiento Personal, se observa al comenzar una puntuación en el rango de la normalidad y al finalizar estaba más de una desviación típica por encima de ésta, mostrando un cambio significativo. Como conclusión, se pueden apreciar cambios respecto al bienestar psicológico de la participante, los cuales, debido al diseño del presente trabajo de investigación, se pueden considerar efectos terapéuticos. En sí, se observan efectos significativos favorables frente a su autoaceptación, la percepción de sus relaciones sociales como positivas, el dominio del entorno, su propósito de vida y su crecimiento personal. Por el contrario, no se hallan cambios significativos en cuanto a su autonomía.

Retomando todos los efectos observados en las escalas de salud mental, se puede considerar que la consultante presentaba, al inicio del proceso, dificultades respecto a la afectividad positiva tanto en Estado como en Rasgo, así como en Ansiedad/Estado, Autoaceptación, Dominio del entorno y Propósito en la vida; y que, tras el proceso terapéutico la consultante muestra cambios favorables en todos ellos. Otros indicadores muestran mejoras significativas, a pesar de que las puntuaciones al inicio de este se situaban dentro del rango de normalidad. Tal es el caso de las Relaciones positivas y el Crecimiento Personal. Por último, hay otros indicadores en los que la consultante no ha sufrido cambios significativos, aunque en todos ellos sus puntuaciones se encontraban dentro del rango de normalidad al comenzar el proceso. Entre ellos están las subescalas de Distimia, tanto Rasgo como Estado; la Ansiedad/Rasgo y la Autonomía, lo que deja deducir que la consultante no presentaba dificultades en estos indicadores inicialmente.

### Relación entre Efectos Terapéuticos Percibidos, Efectos Observados y Procesos de Cambio

Sobre la relación entre los efectos percibidos, los observados mediante pruebas psicométricas y las categorías sobre procesos de cambio resultantes del análisis de los episodios terapéuticos, se analiza su correspondencia en diferentes ámbitos.

Primeramente, sobre los efectos a nivel cognitivo, el cambio reportado por la consultante como “autenticidad” se puede relacionar con el proceso de cambio denominado de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma, a través del cual la consultante comienza a aceptarse, lo cual converge con las mejoras observadas en la subescala de Autoaceptación de Ryff la cual hace referencia al conocimiento y aprobación de las fortalezas y debilidades individuales. Esta escala también incluye ítems sobre autovaloración, (p.ej el 7, 19, 31), lo cual se relaciona con la mención del efecto percibido de la consultante como “amor propio”, y el proceso de cambio observado “de la autovaloración negativa a la autovaloración positiva”. Por otro lado, la consultante refiere que la mayor aceptación y reconocimiento de sí misma implicó cambios respecto a comportarse de manera genuina, lo que se corresponde con incrementos en algunos ítems de la subescala de Autonomía (capacidad de definir y autorregular el propio comportamiento), aunque no con otros ítems de esta subescala que se asocian más a situaciones de conflicto interpersonal.

Respecto a otros efectos percibidos por la consultante a nivel cognitivo, tales como “hablar consigo misma”, la “capacidad de permanecer en contacto con su experiencia interna” y el “autoconocimiento”, coinciden con la importante subcategoría de “exploración de experiencia interna” dentro del análisis de los procesos de cambio, y a su vez, se pueden relacionar con la subescala de Autoaceptación de Ryff en el sentido de trabajar



por descubrir de forma apropiada y detallada nuestras acciones, motivaciones y emociones. Sin embargo, el cambio percibido “desaparición de los pensamientos suicidas y pensamientos negativos” no se relaciona con ninguna de las pruebas psicométricas ni procesos de cambio.

Respecto a los efectos percibidos en el ámbito emocional, se encuentra correspondencia entre los efectos percibidos por la consultante como “capacidad para vivenciar, procesar y aceptar emociones sobre sí misma y lo que acontece en su entorno” con el proceso de cambio observado y titulado “Cambios en la actitud frente a sus emociones y capacidad de modulación”. Adicionalmente, al referirse la consultante al efecto percibido de mayor estabilidad emocional, se corrobora con la mejora en la subescala de Ansiedad/Estado del STAI y en el ítem 19 de la subescala Ansiedad/Rasgo en el que mejora la frecuencia de “casi nunca” a “casi siempre” ante la afirmación “Soy una persona estable”. A su vez, este efecto percibido de “proyección/estabilidad” se relaciona con el efecto observado en la subescala de Propósito en la Vida de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. En este sentido, esta subescala hace referencia a la capacidad de marcarse metas y definir una serie de objetivos que permitan dotar a su vida de un cierto sentido, generando satisfacción de la persona respecto a su vida. Se puede afirmar a su vez, que este efecto tanto observado como percibido coincide con el proceso de cambio de “Cambios en la actitud frente a sus emociones y capacidad de modulación”.

Sobre la mejora de las relaciones interpersonales reportada por la consultante, se relaciona también con el efecto observado en la subescala sobre las relaciones positivas en las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, la cual se refiere a la capacidad de mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que se confíe. Esto también se ve reflejado por su lado en el proceso de cambio nombrado como “de la búsqueda de aprobación a las relaciones genuinas”.

Por último, la consultante nombra dos efectos percibidos respecto a su cuerpo, que son la somatización/conciencia corporal y el contacto corporal, sobre lo cual no se encuentran referencias en las escalas seleccionadas para el análisis de los efectos. Por otro lado, tampoco se encuentra en los efectos observados ni percibidos ninguna mención o indicador sobre el proceso de cambio denominado como “Generación y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento”.

## Factores Moduladores del Proceso Terapéutico

Según la consultante, algunos factores facilitaron o modularon los procesos de cambio, a saber: la alianza terapéutica, los experimentos o técnicas experienciales y la motivación para el cambio de la propia consultante.

Sobre la alianza terapéutica el terapeuta en la Entrevista Final de Cambio hace mención a la aceptación incondicional de la consultante como base del vínculo y de creación de un espacio de aceptación, en el que la consultante comienza a “mostrarse tal y como es”. Así mismo, la consultante también nombra la alianza terapéutica como base para los logros terapéuticos, desde la confiabilidad que representaba para ella el terapeuta y lo asocia con la ausencia de juicios por su parte.

Sobre los experimentos, la consultante refiere la utilidad de algunos de los experimentos de contacto con los procesos de cambio, en especial el de la máscara, en la cual se elabora una máscara emulando los atributos con los que ella se relaciona con los demás, episodio que nombra como “revelador para ella completamente”. Además, menciona que estas experiencias, que parten de la representación de vivencias de su vida cotidiana, después le permitían trasladar estos aprendizajes a sus experiencias día a día.

A estos factores, la consultante añadió la propia motivación para el cambio como modulador del cambio terapéutico. Incluso, atribuye los cambios al “compromiso consigo misma”, lo cual relaciona con su capacidad de identificar lo que le sucede en sí misma a nivel emocional, cognitivo, corporal y comportamental, a las autovaloraciones positivas y a la mejora en la “relación consigo misma” en general.

Por parte del terapeuta, sobre el proceso de cambio derivado de los experimentos, se identifica el uso de elementos intermediarios que conectan a la consultante con su experiencia interna y facilitan la generación de una respuesta diferente, basada en sus necesidades y deseos personales:

I: ¿Podrías comentar acerca de cómo crees que era la experiencia y el nivel de contacto de la paciente en estos momentos?

T: Eh, la experiencia yo creo que pasa por varios niveles ¿no? Primero la creación, lo que acabo de decir, luego experiencia que tiene que ver con lo corporal y sensorial ¿sí? Me puedo quedar en silencio un tiempo y ahora mi cuerpo, mis sensaciones son lo que dan información que pasa por el campo de lo vital, de lo cognitivo y ella empieza a filtrar esa información y a darle otro nombre, es decir, quiero, no quiero, me gusta, no me gusta estas formas de contactarme son convenientes para mí o no y allí empezaba, bueno, me sale hablar de las capas de la neurosis, eh, pasa a la capa explosiva y en la capa explosiva sabemos que es la capa de la vida y la capa de la vida es poder hacer un contacto mucho más genuino con lo que ella desea, quiere y necesita, pero nadie le da una pauta, es decir el proceso lo va haciendo ella a través de unos elementos intermediarios que son telas, máscaras, cojines y todo lo demás y ella genera un nuevo ajuste por sí misma a través del contacto que tiene con esta realidad que veía muy lejano y muy abstracta psíquicamente y cuando se pone de forma concreta ¿sí? A través del contacto ella puede generar otra respuesta, que nadie se la cuente, eso es lo más importante, que nadie le dice qué hacer y cómo hacerlo, sino que ella lo va descubriendo y lo va reactualizando.

### Discusión

En la discusión de los resultados, es crucial destacar la contundente evidencia encontrada a favor de la efectividad de la psicoterapia en el caso examinado. Estas evidencias resultan cruciales para la metodología de proceso-resultado porque permiten el cuestionamiento acerca de por qué o cómo el proceso terapéutico fue efectivo en este caso, y sobre cómo éstos están relacionados. Así, en respuesta al objetivo principal de la investigación, se puede afirmar a partir de los resultados que efectivamente se produjeron efectos y procesos de cambio asociados a la experiencia de contacto en psicoterapia y que, además, los procesos y los efectos tienen relación entre sí.

### La exploración de la experiencia interna como factor clave del proceso terapéutico

En particular, al explorar los procesos de cambio resultantes de este estudio, se resalta la relevancia de la exploración de la experiencia interna, abarcando la autopercepción y la autoconciencia de la persona sobre sus estados emocionales, corporales y mentales. Esta exploración de la experiencia interna, vinculada especialmente al primer proceso de cambio denominado “de la negación y la máscara a la verdad y el reconocimiento de sí misma” y respaldada por niveles elevados de experiencia según la escala EXP, brinda la oportunidad de explorar y aplicar nuevos recursos de afrontamiento, lo cual produce una ampliación del autoconcepto y un cambio hacia la autovaloración positiva. De esta forma, se puede argumentar a partir de los hallazgos que, para generar procesos de cambio estructurales en la persona, es necesario comenzar por trabajar el autorreconocimiento y las concepciones acerca de sí, de su entorno y de sus relaciones mediante la propia exploración de la experiencia interna acompañada de un alto nivel de experiencia emocional. Así se evidencia cuando se ponen en relación los procesos de cambio y los efectos percibidos por la consultante, e incluso con algunos efectos medidos a través de escalas psicométricas.

Los resultados también encuentran resonancia en modelos teóricos como el ciclo de la experiencia propuesto por Zinker (2003) y las secuencias de procesamiento emocional presentadas inicialmente por Pascual-Leone y Yeryomenko (2017) y posteriormente por Pascual-Leone y Kramer (2017), los cuales hacen referencia a la necesidad de identificar experimentar y aceptar las emociones negativas iniciales para facilitar el cambio terapéutico, dado que implican “necesidades existenciales insatisfechas”, tal como era la necesidad inicial de aprobación por parte de la consultante. Desde estos modelos, la introducción del trabajo acerca de la valoración positiva de sí misma es fundamental, dado que la generación de sentimientos de auto merecimiento facilita la movilización hacia la satisfacción de las necesidades no satisfechas, lo cual se hizo notorio en el caso presentado en el que la inicial necesidad de aprobación por parte de los demás resulta siendo la autoaprobación y reconocimiento de sí misma, como piedra angular del proceso.

Se podría argumentar entonces, a partir de los hallazgos y referentes teóricos revisados, que en un modelo terapéutico resulta imprescindible comenzar por la autopercepción y la identificación de las propias emociones, pensamientos, conductas, maneras de vincularse con el otro, e incluso de la propia biografía, atravesada por la exploración de la experiencia interna como parte esencial, para la toma de conciencia sobre la necesidad no satisfecha y el reconocimiento de los aspectos problemáticos y la necesidad de cambio. Este reconocimiento, desde una perspectiva dinámica y procesual, lleva a la toma de acción para el contacto o satisfacción de la necesidad y, para ello, es esencial la exploración de nuevos recursos e incluso su aplicación, lo que genera sentimientos de valía en las personas y resulta en la transformación acerca de las comprensiones acerca de sí mismos y sus entornos, colocándose en un lugar de competencia frente a su propia vida y sus conflictos. La valoración positiva de sí misma emerge como un elemento fundamental, alineándose con las perspectivas de Rogers (1992), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1994) y la Terapia Basada en Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) y genera nuevas conexiones entre aspectos propios y con el entorno, donde la persona es capaz de satisfacer sus necesidades por sí misma Krause et al. (2006).

### La profundidad de la experiencia emocional y la experiencia de contacto psicoterapéutica

Con base en los planteamientos de la Terapia Centrada en la Emoción, se consideró crucial en el presente estudio contar con una alta profundidad de las experiencias emocionales de la consultante durante los episodios terapéuticos seleccionados para el análisis (medidos a partir de la escala EXP), con el fin de abordar de manera sistemática el estudio de la experiencia de contacto en el ámbito psicoterapéutico. Al respecto, algunas investigaciones basadas en la Terapia Centrada en la Emoción han reportado que una experiencia más profunda durante los episodios emocionales, así como una mayor excitación emocional durante el tratamiento con el subsiguiente proceso de darle sentido a la emoción, ha predicho un mejor resultado del tratamiento (Goldman et al., 2005; Warwar y Greenberg, 1999).

Desde la Terapia Centrada en la Emoción de Greenberg (1986), los esquemas emocionales son el modo primario a través del cual las personas se experimentan a sí mismas, por lo que tienen una gran influencia sobre el punto de vista y la experiencia de estas. Siendo así, y a la par con los resultados del presente estudio, se propuso intervenir sobre los esquemas emocionales mediante técnicas vivenciales, que promovieran la evocación/activación y exploración de las experiencias emocionales, teniendo en cuenta que la profundidad de estas experiencias incide sobre los procesos de cambio. En Bedard (2008) sobre el tratamiento de la depresión desde diferentes orientaciones terapéuticas, se consideró un ingrediente activo del cambio el procesamiento emocional medido por la profundidad de la experiencia. Por otra parte, la Terapia Centrada en la Emoción es el modelo basado en la experiencia que cuenta con mayor respaldo empírico (Goldman et al., 2006; Greenberg y Watson 1998; Pos et al., 2003; Warwar, 2004; Watson y Bedard, 2006; Watson et al., 2003).

No obstante, yendo aún más allá de estos planteamientos, algunos autores plantean que la profundidad de la activación emocional “por sí sola no parece ser suficientemente eficaz, siendo necesaria una integración cognitiva de la propia experiencia emocional para facilitar el proceso de cambio” (Basto y Salgado, 2014, p. 41). Así, no solo se trata de la activación o el procesamiento emocional, sino de desarrollar también, como menciona Hayes et al. (1994), “aceptación psicológica” de los eventos privados y emociones temidas, en lo que por otro lado, coincide con Zinker (2003), acerca de “la validez del contenido”. Así, se subraya la necesidad de no solo activar y procesar emociones sino también de desarrollar la aceptación psicológica de las experiencias emocionales y, a su vez, de combinarlas con la integración cognitiva, tal como se observó en el presente estudio en el que el permiso para explorar sentimientos y actitudes más profundamente por parte de la consultante permite una ampliación de su autoconcepto, lo que ocurre cuando ésta pasa de evitar su experiencia interna a <https://doi.org/10.5093/cc2023a18> La experimentación y la aceptación emocional se presentan como estrategias clave para la regulación emocional, enfatizando la importancia de abordar las emociones en terapia mediante experiencias de profundización y contacto. En el caso analizado, se hizo énfasis en el proceso de profundización a través de técnicas experienciales y posterior aceptación emocional por la consultante, ante

lo que cabe resaltar que la aceptación emocional fue evaluada como estrategia de regulación emocional, tal como plantean otros hallazgos (Alberts et al., 2012; Liverant et al., 2008).

### **Papel de la exploración de los recursos de afrontamiento en el proceso terapéutico**

El proceso de cambio de la evitación experiencial a la exploración y aplicación de nuevos recursos de afrontamiento revela la importancia de reconocer y abordar estrategias de regulación emocional ineficaces. La consultante, al explorar nuevas estrategias, experimenta un cambio significativo en la forma en que enfrenta los desafíos, lo que se traduce en una mayor autovaloración y una mejor regulación emocional.

En relación con esto, Zinker (2003) plantea que el objetivo de la terapia gestáltica es que “toda persona debe ser capaz de tomar plena conciencia de sus necesidades y de obrar con arreglo a ellas.” (p.81), lo que solamente puede lograrse a través de la exploración de la experiencia interna. Por lo tanto, se puede afirmar que, en el marco del proceso terapéutico, resulta muy relevante facilitar la oportunidad para explorar los propios recursos de afrontamiento, además de propiciar la exploración de otros nuevos que puedan movilizarse a la acción y ser aplicados a la vida cotidiana para la generalización de estos a diferentes ámbitos de la vida cotidiana. La exploración de nuevos recursos incide, a su vez, en los cambios respecto a la autoestima o de autovaloración positiva.

### **La relación entre la aceptación y valoración de sí misma y las relaciones con los demás**

En términos de autovaloración y relaciones interpersonales, los cambios observados desde una autovaloración negativa hacia una autovaloración positiva y desde la búsqueda de aprobación hacia relaciones más genuinas, sugieren que la exploración de la experiencia interna y la aceptación de sí misma por parte de la consultante influyen directamente en la forma en que la consultante se percibe y se relaciona con los demás.

Así, se observa un incremento de la autoestima de la consultante, derivado del trabajo asociado al reconocimiento de sí misma y la autoaceptación, junto con la capacidad de experimentar y modular sus emociones, lo cual se ha observado en otros trabajos empíricos desde la Terapia Centrada en la Emoción (Goldman et al., 2006; Greenberg y Watson 1998; Pos et al., 2003; Warwar, 2004; Watson et al., 2003). De acuerdo con la consultante y el propio terapeuta, lograr reconocerse, aceptarse y valorarse a sí misma, parece influir en la reducción de la búsqueda previa de aprobación por parte de los demás, logrando relacionarse de una forma más genuina consigo misma y luego con los demás.

Al respecto, Rogers (1992) plantea que la aceptación de sí mismo es el requisito de una aceptación más fácil y auténtica de los demás y que, a su vez, el ser aceptado por otro se traduce en una mejor disposición para aceptarse a sí mismo, tal como fue también valorado positivamente en este estudio por la participante respecto a la relación terapéutica.

### **Relevancia de las técnicas experienciales en la psicoterapia**

Respecto a los factores moduladores de cambio, lo destacable en este estudio fue la utilización de las técnicas experienciales, las cuales incluso según la propia consultante, fueron muy importantes y reveladoras en el proceso. Al respecto, pocos son los estudios que se han centrado en determinar qué ocurre exactamente cuándo se aplican técnicas experienciales, y los que se han encontrado, en concreto dos (Clarke y Greenberg, 1986; Paivio y Greenberg, 1995) se han basado en la *silla vacía*, la cual es una técnica de la psicoterapia Gestalt que ha mostrado ser eficaz y profundizar la experiencia emocional.

Por su lado, Zinker (2003), desde la terapia Gestalt también, expone su visión teórica acerca de lo que ocurre durante estos experimentos, y es que se trata finalmente de provocar una experiencia en terapia que lleve a la representación y experimentación de la vivencia de la persona ante determinadas situaciones, especialmente

las que generan algún tipo de conflicto, promoviéndose la modificación de la conducta en la situación terapéutica a partir de la experiencia del cliente.

Estos experimentos, considerados como “la piedra angular del aprendizaje por experiencia” (Zinker, 2003, p.105) y del cambio terapéutico desde la psicoterapia Gestalt, fueron identificados en el presente estudio como la estrategia terapéutica más importante.

## Conclusiones

El presente trabajo, aun siendo limitado por ser un estudio de caso, supone un aporte a la necesidad expresada por parte de los mismos profesionales e investigadores en psicoterapia humanista, por llevar a cabo estudios empíricos en el campo, especialmente de la psicoterapia Gestalt (Primero y Moriana, 2011; Sabucedo, 2023 y Tobón y Correa, 2022). Respecto al diseño de esta investigación, puede considerarse fundamental la elección de la metodología de investigación de proceso-resultado, ya que esta ha permitido poner en relación los procesos de cambio y los efectos psicoterapéuticos asociados a la experiencia de contacto, mostrando que efectivamente hay relación entre los mismos y permitiendo ahondar en dicha relación.

Tras este estudio, se requiere seguir investigando sobre la experiencia de contacto, integrando perspectivas teóricas y técnicas terapéuticas, incluyendo a las psicologías humanistas y combinando los estudios de proceso-resultado con otros diseños de investigación que permitan evidenciar los efectos terapéuticos asociados.

## Referencias

- Agudelo Vélez, D. M., Maquet, Y. G. y López, P. L. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 71–84. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.05>
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alberts, H. J., Schneider, F. y Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance- based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26(5), 863-870. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402>
- Asociación Americana de Psicología (División 12) (2019). *Psychological Treatments*. <https://www.Div12.Org/Psychological-Treatments/>
- Basto I. y Salgado, J. (2014). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: Un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 31–47.
- Bedard, D. L. (2008). *An investigation of clients' emotional processing in process-experiential and cognitive-behavioural therapies: Processing with head and heart*. [Manuscrito inédito]. University of Toronto.
- Bohart, A. C. (1993). Experiencing: The basis of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 51-67.
- Buela, G., Guillén, A. y Seisdedos, N. (2015). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA ediciones.
- Chambers R., Gullone E. y Allen N. (2009) Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chiesa, A. y Serreti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 15(5), 593-600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Clarke, K. y Greenberg, L. S. (1986). The differential effects of Gestalt two chair and cognitive problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 11- 15.
- Daldrup, R. J., Engle, D., Holiman, M. y Beutler, L. E. (1994). The intensification and resolution of blocked affect in an experiential psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 129-141.



- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B. y Gallardo, I. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dosamantes-Alperson, E. y Merrill, N. (1980). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(1), 63-68.
- Echeburúa, E., Salaberria, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. y Angus, L. (2009). Mantenimiento de ganancias después de terapias experienciales para la depresión. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 77(1), 103-112. <https://doi.org/10.1037/a0014653>
- Ginger, S. (1993). *La Gestalt: una terapia de contacto*. Ediciones Copilco.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536-546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. H., Greenberg, L. S. y Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248-260. <https://doi.org/10.1080/10503300512331385188>
- Greenberg, L. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Greenberg L., Rice L. y Elliot R. (1993). *Facilitando el cambio emocional*. Ediciones Paidós.
- Greenberg, L. y Watson, J. (1998). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- Hayes, S., Jacobson, N., Follete, V. y Dougher, M. (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Context Press.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Jha, A., Krompinger, J. y Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*. 7(2), 109-190. <https://doi.org/10.3758/CABN.7.2.109>
- Klein, M., Mathieu, P., Gendlin, E. y Kiesler, D. (1969). *The Experiencing Scale: A Research and Training Manual*. University of Wisconsin Extension Bureau of Audiovisual Instruction.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Bantam Books.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C. y de la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research*, 25(5), 533-545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935516>
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben. Dov, P., Reyes, L., Altimir C. y Ramírez, I., (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Levitt, H., Butler, M. y Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001>
- López Marín, A. M. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de Psicoterapia*, 29, 241-256.
- Luciano, M. y Valdivia, M. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.



- Mahrer, A. R. (1993). Transformational psychotherapy sessions. *Journal of Humanistic Psychology*, 33(2), 30-37.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas, la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Paivio, S. C. y Greenberg, L. S. (1995). Resolución de “asuntos pendientes”: eficacia de la terapia experiencial mediante el diálogo de silla vacía. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 63(3), 419-425. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419>
- Pallaro, P. (1996) Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23(2), 113-119. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00061-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00061-5)
- Pascual-Leone A. y Greenberg L. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pascual-Leone, A. y Kramer, U. (2017). Developing Emotion-Based Case Formulations: A Research-Informed Method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 212-225. <https://doi.org/10.1002/cpp.1998>
- Pascual-Leone, A. y Yeryomenko N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Peláez, M. del S., Lozada, M. y Olano, N. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: La investigación en psicología humanista. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 9, 416-448.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt*. Sociedad de Cultura Valle Inclán.
- Pineda Roa, C., Castro Muñoz, J. y Chaparro Clavijo, R. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. y Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Primero, G. y Moriana, J. A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuesta de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*. 14(2), 271-276.
- Rogers, C. (1992). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Paidós.
- Rogers, S. y White, S. (2017). Experiential reframing: A promising new treatment for psychosocial and existential trauma. *Practice Innovations*, 2(1), 27-38. <https://doi.org/10.1037/pri0000040>
- Sabucedo, P. (2023). La psicoterapia centrada en la persona en la actualidad: Teoría, práctica e investigación. *Quaderns de Psicologia* 25(2), 1-25. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1899>
- Spielberger, C. D., Buela, G. y Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. TEA Ediciones.
- Strauss, A. y Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Teasdale, J., Segal, Z., William Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. A. (2000). Prevención de recaídas / recurrencias en la depresión mayor mediante terapia cognitiva basada en la atención plena. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 68, 615-623.
- Tobón, J. y Correa, C. (2022). *Psicología clínica, una perspectiva humanista*. Fundación Universitaria María Cano.
- Vaimberg, R. y Lombardo M. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Teoría y Técnica*. Ediciones Octaedro.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R. y de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología*, 14(2), 3-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Wakabe, S. y Conceicao, N. (2016). Metatherapeutic processing as a change-based therapeutic immediacy task: Building an initial process model using a task-analytic research strategy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 230-247. <https://doi.org/10.1037/int0000016>
- Warwar, S. H. (2004). *Relating emotional processes to outcome watsonin experiential psychotherapy of depression* [Manuscrito inédito]. York University.

- Warwar, S. y Greenberg, L. S. (1999). *Emotional processing and therapeutic change* [Paper]. International Society for Psychotherapy Research Annual Meeting. Braga, Portugal.
- Watson, J. C. y Bedard, D. L. (2006). Clients Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 152-159. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.152>
- Watson, J., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. y Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>
- Wyatt, C., Harper, B. y Weatherhead, S. (2014). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: a meta-synthesis. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 214-228. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.864788>
- Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia Gestáltica*. Editorial Paidós Mexicana.

Artículo recibido: 04/05/2023

Artículo aceptado: 12/11/2023