



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **EVALUACIÓN DE PROCESOS TRANSDIAGNÓSTICOS DESDE EL MARCO HUMANISTA EXPERIENCIAL**

Autor: Álvaro Sanz Esteban

Tutor Profesional: Ciro Caro García

Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid

Mayo 2019



Álvaro  
Sanz  
Esteban

**EVALUACIÓN DE PROCESOS TRANSDIAGNÓSTICOS DESDE EL MARCO  
HUMANISTA EXPERIENCIAL**



## Resumen

La crisis que existe en la actualidad en los sistemas de diagnóstico categoriales nos coloca ante la necesidad de establecer una nueva dirección para el estudio de la **psicopatología** clínica, una concepción fenomenológica de la experiencia presente en la **Psicología Humanista**. En el presente trabajo se estudió la presencia de **procesos transdiagnósticos** propuestos desde el marco de la **Terapia Focalizada en la Emoción** (TFE). En el estudio se correlacionaron los **procesos transdiagnósticos** de rumia y reproche, contacto con la experiencia, impulsividad y dificultad en la regulación emocional con el malestar psicológico, mediante la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS), el Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas (SA-45). Los resultados mostraron que estos procesos estaban presentes, en mayor medida, en la población con un malestar psicológico alto. Los resultados confirman la presencia de estos **procesos transdiagnósticos** propuestos desde un marco humanista experiencial de la psicología, como formas de auto-tratamiento del **dolor emocional**. Por tanto, se puede hablar de la existencia de evidencia en favor de la consideración de este tipo de procesos, como elementos integrables en la **Formulación de Caso** (FC).

**Palabras clave:** Psicopatología, Psicología Humanista, Terapia Focalizada en la Emoción, Procesos Transdiagnósticos, Formulación de Caso, Dolor Emocional

## Abstract

The crisis that exists today in the categorical diagnosis systems places us before the need for a new direction for the study of clinical **psychopathology**, a phenomenological conception of the experience presents in **Humanist Psychology**. This work studied the presence of **transdiagnostic processes** proposed from the **Emotion Focused Therapy** (EFT). In the study were correlated **transdiagnostic processes** of rumination and reproach, contact experience, impulsivity and difficulty in emotional regulation with psychological discomfort, using the Ruminative Responses Scale (RRS), Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) and Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). The results showed that these processes were present, mainly, in the population with a high psychological discomfort. The results confirm the presence of these **transdiagnostic processes** proposed from an experiential humanist framework of psychology, as forms of self-treatment of **emotional pain**. Therefore, it is possible to talk about the existence of evidence in favor of the consideration of this kind of process, as integrable elements in the **Case Formulation** (CF).

**Key words:** Psychopathology, Humanist Psychology, Emotion Focused Therapy, Transdiagnostic Processes, Case Formulation, Emotional Pain

## Introducción

La Psicopatología busca explicar el sufrimiento psíquico en función de una serie de factores de naturaleza biológica, psicológica y social, que, en diversas combinaciones, son utilizados por los distintos modelos psicoterapéuticos para determinar las variables y procesos sobre los que intervenir (Vallejo, 2011). A su vez, los sistemas diagnósticos categoriales –DSM y CIE– consideran los trastornos psiquiátricos como entidades que poseen un conjunto de rasgos, características o propiedades esenciales por las cuales se les puede filiar en una categoría nosológica, dentro de un sistema taxonómico compuesto por categorías mutuamente excluyentes (Duero y Shapoff, 2009). Sin embargo, en la actualidad no nos encontramos precisamente en la época dorada de estos sistemas tradicionales de diagnóstico psiquiátrico, ya que se podría decir que se encuentran en una crisis debido a la insatisfacción, las críticas y los movimientos o alternativas que existen frente a éstos (Pérez-Álvarez, 2015). Uno de los antecedentes de la crisis del diagnóstico categorial surge en la década de los 70 y 80 del siglo XX, tras la denuncia por parte de los movimientos anti-psiquiátricos y sociales hacia la psiquiatría y su propuesta de clasificación nosológica en el DSM-III de 1980, pero en las ediciones posteriores de dicho manual no se han producido cambios sustanciales en su lógica interna (Belloch, 2012). En el lanzamiento del DSM-V se añadió un ingrediente a la polémica, al desvelarse los conflictos de interés de los miembros de comités con sospechosas vinculaciones a empresas farmacéuticas, al proponer como primera línea de intervención el tratamiento farmacológico aún sin contar con la suficiente evidencia para ello (Caro y Montesano, 2016).

Actualmente, esta crisis se mantiene debido a las críticas relacionadas con los problemas de validez y fiabilidad debidas a la alta comorbilidad entre trastornos (González-Pando, Cernuda-Martínez, Alonso-Pérez, Beltrán-García y Aparicio-Basauri, 2018), provocando, para estos autores, que la comorbilidad se esté convirtiendo actualmente en una característica de los trastornos mentales, más que una limitación por no cumplirse varios supuestos a la hora de realizar una clasificación psicopatológica, en particular que dicho trastorno o categoría no se superponga con otra categoría psicopatológica, y por ende, que tener cierto trastorno implique no poder tener otros (Belloch y Pascual-Vera, 2018). En cuanto a las críticas relacionadas con la validez, Pérez-Álvarez (2015) y González-Pando *et al.* (2018) destacan el fallo de tres tipos de validez por parte de los sistemas de diagnóstico categoriales: validez discriminante o de contenido, ya que no permiten establecer sin lugar a dudas la presencia o ausencia de un trastorno; validez conceptual, al no asegurar si se trata de un determinado trastorno y no de otro diferente, dejando fuera buena parte de las experiencias que viven los pacientes; y validez predictiva, al no poder predecir cuál será la evolución clínica ni la respuesta al tratamiento, dando lugar a una gran variabilidad. Se pone de manifiesto, por tanto, un descontento relacionado con la inexactitud al definir o clasificar el malestar que sufren las personas, debido a que parece haber un gran número de categorías diagnósticas que, de una forma u otra, se

solapan entre sí. Así, por ejemplo, esto genera confusión, como ponen de manifiesto Castillo y Corlay (2011) al diagnosticar en el mismo caso clínico pensamientos intrusivos de un posible Trastorno Obsesivo-Compulsivo o síntomas premórbidos de una posible esquizofrenia.

Ante este panorama surge la necesidad de adoptar modelos que observen y describan procesos básicos subyacentes y transversales en los trastornos mentales (Mirapeix y Fernández-Álvarez, 2018). Pérez-Álvarez (2015) establece dos grandes direcciones: en primer lugar, la alternativa transdiagnóstica, que aboga por una concepción dimensional de la psicopatología, permitiendo la identificación y evaluación de procesos psicológicos subyacentes a diversas topografías diagnósticas, de modo que la intervención y el tratamiento psicológico esté orientado hacia dichos procesos mediante técnicas avaladas empíricamente y fundamentadas de modo científico (Caro, 2018; Sandín, Chorot y Valiente, 2012); y en segundo lugar la vuelta a una psicopatología clínica que reivindica la subjetividad –centrándose en el mundo-vivido de las personas–. Estas dos salidas naturales a los sistemas de diagnóstico consisten pues en una visión dimensional de procesos por parte del transdiagnóstico, y en una aproximación fenomenológica a la experiencia psicopatológica (Pérez-Álvarez, 2015). Entendiendo por fenomenología estructural aquella que atiende a las dimensiones de la experiencia que ponen de relieve estructuras de la subjetividad y los modos de ser-en-el-mundo, en los que se sitúa cada experiencia o síntoma; no busca en un extremo describir signos y síntomas relacionados con la psicopatología –al estilo de los criterios nosográficos–, pero tampoco describir la experiencia subjetiva ideográfica, sino “captar y describir la esencia de los fenómenos, su núcleo, gestalt o estructura” (Pérez-Álvarez, 2017, 2015).

La mayor parte de los enfoques de la psicología clínica –humanista, psicodinámico, conductual, sistémico y contextual– son transdiagnósticos de origen y vocación, y en la literatura de la última década podemos encontrar revisiones muy completas sobre procesos transdiagnósticos que atestiguan una concepción dimensional de la psicopatología (Sandín *et al.*, 2012), como el estudio de McEvoy, Watson, Watkins y Nathan (2013) sobre la comorbilidad de ciertos trastornos afectivos y la presencia del pensamiento negativo repetitivo en ellos, como un constructo transdiagnóstico, analizando las dimensiones de la preocupación y la rumia. En los últimos años se han introducido dimensiones transdiagnósticas de distinta naturaleza, ligadas a distintas creencias, experiencias, síntomas o valores, siendo algunas de las más reputadas y reconocidas la evitación experiencial, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, el síndrome de afecto negativo, el perfeccionismo, la rumia, el control de la ira, la repetición intrusiva o la inhibición conductual (Belloch, 2012; González-Pando *et al.*, Sandín *et al.*, 2012). Un ejemplo ilustrativo de la irrupción del planteamiento transdiagnóstico lo encontramos en Belloch y Vera (2018), quienes proponen como uno de los síntomas más característicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, las intrusiones mentales desagradables y no deseadas, son realmente un proceso transdiagnóstico compartido por el Trastorno

Obsesivo-Compulsivo, el Trastorno Dismórfico Corporal, la Hipocondría y los Trastornos Alimentarios.

La mayoría de los estudios sobre transdiagnóstico se han realizado desde el marco de la terapia cognitivo-conductual, lo que ha supuesto, actualmente, una reorganización de la psicopatología y de la intervención coincidente con el discurso y marco contextual de las terapias conductuales de tercera generación (Caro, 2018). Algunos metaanálisis han revisado conceptos transdiagnósticos en los procesos y estrategias de regulación emocional, relacionando seis estrategias de regulación emocional tanto adaptativas como desadaptativas –la aceptación, reevaluación, resolución de problemas, rumia, supresión y evasión–, con los distintos síntomas de depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y el abuso de sustancias (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010). En una revisión posterior, Aldao (2012) propone que dos personas que puedan experimentar el mismo tipo de síntoma o malestar pueden diferir en el uso predominante de unas estrategias de regulación u otras, como por ejemplo la evitación del comportamiento en un caso, o el comportamiento autolesivo en otro. Así, la elección del tipo de estrategia podría depender de distintos factores abordables y evaluables desde un punto de vista fenomenológico-estructural, es decir, examinando la experiencia propia de la persona, de cómo es con ella misma, con el resto y con el mundo, y como vive este malestar en sus propios términos (Caro, 1999; Pérez-Álvarez, 2015). Por su parte, Brown y Barlow (2009) establecen dos dimensiones o factores de primer orden que expliquen un componente biológico-genético de la vulnerabilidad para los trastornos emocionales: *Neuroticism/Negative Affectivity* y *Extraversion/Positive Affectivity* –Neuroticismo/Afectividad Negativa y Extraversión/Afectividad Positiva respectivamente–. A partir de ahí, proponen que el resto de factores transdiagnósticos, como la rumia, la preocupación, la evitación comportamental o de sensaciones, se ordenan como generadores y mantenedores de la afectividad negativa, expresada mediante síntomas característicos de categorías nosológicas como el trastorno de Depresión, de Ansiedad Generalizada u Obsesivo-Compulsivo.

Por otra parte, dentro del marco humanista-experiencial la investigación e identificación de procesos transdiagnósticos es aún muy escasa, al menos en el sentido estricto de utilizar esta terminología. No obstante, trabajos recientes comienzan a ocuparse del estudio de los procesos transdiagnósticos explícitamente (Caro, 2018; Timulak, 2015), y es en este marco en desarrollo donde se sitúa este trabajo.

Los procesos transdiagnósticos son una fuente óptima de información para establecer hipótesis sobre los elementos causales, precipitantes y mantenedores del malestar y los problemas psicológicos que sufren las personas (Caro, 2017a), por lo que sería coherente utilizarlos en un modelo de FC. Así hacen Frank y Davidson (2014), quienes elaboran una guía práctica para incorporar los procesos transdiagnósticos implicados en el malestar y la psicopatología en un modelo

de FC desde el marco Cognitivo-Conductual. Dicho modelo, permite identificar y explicar la sintomatología y la problemática de la persona, aportando estructura y una organización de la información clínica, y ofreciendo una plantilla que sirva de guía para el tratamiento, como referencia para evaluar cambios y como apoyo a los terapeutas para expresar la empatía necesaria para que la relación terapéutica funcione (Eells, 2007; en Caro, 2017a). La FC Permite también al psicoterapeuta aplicar un conocimiento nomotético a un contexto ideográfico, completando así el espacio entre diagnóstico e intervención y orientado la selección de un tratamiento adaptativo a las condiciones de cada caso. Teniendo esto en cuenta, no es de extrañar que cada modelo teórico seleccione las variables que considere oportunas en la observación o intervención (Caro, 2018; Caro, 2017b) dando lugar a distintos desarrollos y propuestas de FC. En el psicoanálisis, por ejemplo, Freud comenzó a establecer un modelo de FC relacionado con la energía psíquica del sujeto –*drive* en la literatura psicoanalítica– y relativo a cómo es gestionada según el modelo estructural del Ello/Yo/Superyó y hacia qué objeto y de qué forma es liberado (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas, 2005; Messer y Wolitzky, 2007). Un modelo que evolucionó con los años, teniendo en cuenta otras variables o procesos que operan en las personas, como los estados del self, los distintos caminos o vías dependientes del contexto y la persona que desarrollan una patología o los sistemas motivacionales del sujeto (Bleichmar, 2008). Desde el marco de la terapia conductual, uno de los métodos más relevantes para diseñar y establecer los componentes de una FC ha sido el análisis funcional de la conducta, en el que se pone el foco en la conducta problema/objetivo de la terapia para poder analizar los antecedentes y factores que predisponen a la aparición de dicha conducta, junto con los consecuentes a corto y largo plazo y sus tipos (Törneke, 2010). Desde la Psicología Humanista, podemos encontrar las primeras intenciones de FC en la Teoría Fenomenológica de la Personalidad de Rogers, en el desarrollo y formación del autoconcepto por parte de la persona en su realidad fenoménica, mediante la experiencia y el acto de experimentar; o en el ciclo de satisfacción de necesidades de la Gestalt descrito por Perls, quien establece cómo el organismo cierra las necesidades como fondo y figura, pasando por distintas etapas que pueden ser interrumpidas por mecanismos de defensa neuróticos (Casanova, 1993; Martín, 2011). Teniendo en mente esta variedad de modos de formular, la crisis del del DSM-V apunta a un cambio de mentalidad en el que la FC podría tener un papel importante en la práctica terapéutica, en el trabajo en salud mental y en la investigación clínicamente significativa (Caro y Montesano, 2016).

Por su parte, la Psicología Humanista opera de forma experiencial y experimental-existencial, estudiando las implicaciones clínicas y el impacto que tienen en nuestra vida cotidiana las distintas preocupaciones existenciales como la libertad, la muerte, la soledad o la identidad (Greenberg, Koole y Pyszczynski, 2004). Dentro de este marco la TFE es un modelo de psicoterapia con evidencia empírica, que integra distintos elementos de la psicoterapia centrada en el cliente y la Gestalt con la moderna teoría de las emociones bajo un marco teórico dialéctico-constructivista, basado en la



antropología de la relación Yo-Tú –un encuentro de dos personas con distintas experiencias subjetivas y con un papel activo en la relación– (Goldman, Greenberg y Caro, 2016; Greenberg, Elliott y Pos, 2009). Greenberg (2002) considera a las emociones como “sistemas de procesamiento de la información adaptativos, resultado de la evolución, que informan a las personas acerca de que una meta, una necesidad o un valor importantes pueden ser satisfechos o realizados, o bien pueden resultar perjudicados en una situación”. Por eso, durante la sesión, el terapeuta en TFE realiza un diagnóstico de proceso emocional que distingue entre emociones primarias y secundarias (Greenberg, 2010). Las emociones primarias se refieren a la primera emoción que aparece en una persona en contacto con una situación, como sentir miedo ante un peligro, pudiendo ser éstas tanto adaptativas –cuando están en sintonía y ajustadas con la situación– como desadaptativas –cuando está relacionado con aspectos no resueltos de la persona y no está ajustado a la situación–. Las emociones secundarias surgen como respuesta a una experiencia interna, una respuesta a otra emoción ocultando la experiencia más primaria –cómo sentir miedo en vez de enfado cuando alguien traspasa nuestros límites–.

Esta evaluación de proceso emocional se realiza para acceder al dolor emocional primario desadaptativo y transformar los esquemas de emoción subyacentes, puesto que el objetivo de la intervención y del cambio terapéutico en TFE es el esquema emocional (Greenberg, 2010; Timulak, 2015). Los esquemas emocionales se forman a partir de eventos emocionales que se dan en los ambientes relacionales o escenarios de la existencia –como traiciones, abandonos o pérdidas– que producen reacciones emocionales que crean una memoria evocable en situaciones similares (Greenberg *et al.*, 2009; Greenberg, 2010). El cambio terapéutico está orientado a las estructuras de memoria emocional de la persona mediante un proceso de reconsolidación, que desorganiza el esquema emocional previo y que conlleva procesos de toma de conciencia, expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción con otra emoción, en los que el terapeuta acompaña y ayuda al cliente mediante la sintonización empática (Goldman *et al.*, 2016). A su vez, la intervención en TFE se basa en dos principios fundamentales de orden superior: facilitar una relación terapéutica y facilitar el trabajo terapéutico (Greenberg, Rice y Elliott, 1996). En el primer principio el estilo de relación terapéutica procede directamente de la Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers, en el que el terapeuta acompaña empáticamente la experiencia del cliente, y actúa con autenticidad. El segundo principio aporta un estilo gestáltico directivo, que permite al terapeuta facilitar la implicación del cliente a la hora de profundizar en la experiencia y transformarla mediante técnicas y ejercicios vivenciales (Greenberg, 2010; Greenberg *et al.*, 1996). Esta combinación tiene como finalidad facilitar la actuación y los procesos óptimos del cliente, fomentando así su crecimiento y autodeterminación, al facilitar la conclusión de las tareas terapéuticas (Greenberg *et al.*, 1996). Para que este proceso sea eficaz, el terapeuta debe de ser sensible a las señales que ofrezcan los estados del cliente durante la sesión, especialmente aquellos que deriven de problemas afectivo/cognitivos, los cuales serán interpretados como marcadores que indican una oportunidad terapéutica, informando

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

sobre qué tipo de intervención es más apropiada, y acerca de la disposición en el aquí y ahora del cliente para trabajar los problemas que causan su estado interno problemático en el momento (Caro, 2017a; Greenberg, 2010; Greenberg *et al.*, 1996). Esas señales son las denominadas marcadores de tarea, de entre los cuales destacan los seis principales con los que empezó a intervenir la TFE (Greenberg, 2010; Greenberg *et al.*, 1996):

1. Reacciones problemáticas de extrañeza ante una situación particular.
2. Una sensación sentida poco clara en la que la persona está confundida respecto a su experiencia.
3. Escisión por conflicto, en la que un aspecto del sí mismo es crítico en relación con otro aspecto.
4. Escisiones auto-interruptoras, en la que una parte del sí mismo interrumpe la expresión y experiencia emocional.
5. Asuntos inacabados o sentimientos no resueltos hacia un otro significativo o similar
6. Vulnerabilidad del sí mismo, sintiendo fragilidad, vergüenza o inseguridad.

La Tabla 1 muestra estos seis marcadores junto con otros añadidos posteriormente, las tareas terapéuticas que han sido investigadas hasta la fecha, y los estados finales a los que su resolución exitosa conduce.

Tabla 1: Tareas Procesual-Experienciales: marcadores e intervenciones (adaptado por Caro, 2017a, de Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; en Caro, 2017a).

<i>Marcador de Tarea</i>	<i>Intervención</i>	<i>Estado Final</i>
<b>Tareas Basadas en la Empatía</b>		
Experiencia relevante relativa al problema (p. e. interesante, problemática intensa, desconcertante)	<i>Exploración empática</i>	Marcador claro o nuevo significado explicado
Vulnerabilidad (emoción dolorosa relacionada con el sí mismo)	<i>Afirmación empática</i>	Auto-afirmación (sentirse entendido, esperanzado, más fuerte)
<b>Tareas Relacionales</b>		
Comienzo de la terapia	<i>Formación de la alianza</i>	Ambiente de trabajo productivo
Queja sobre la terapia o dificultad por retraimiento (cuestionamiento de las metas o de las tareas, evitación persistente de la relación o del trabajo)	<i>Dialogo sobre la alianza</i>	Reparación de la alianza (vinculo terapéutico fortalecido o entrega a la terapia, mayor auto-compresión)
<b>Tareas de Experienciación</b>		
Dificultad en el foco de atención (p. e. confuso, abrumado, en blanco)	<i>Despejar un espacio</i>	Establecimiento de un foco de trabajo terapéutico, habilidad para trabajar productivamente con el proceso experiencial (distancia de trabajo)

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

Sentimiento poco claro (vago, externo o abstracto)	<i>Enfoque experiencial (Focusing)</i>	Simbolización de la sensación sentida, sensación de relajación (cambio sentido), preparación para aplicar nueva consciencia fuera de la terapia (llevar adelante)
Dificultades expresando sentimientos (evitación de sentimientos, dificultad de responder a preguntas sobre sentimientos)	<i>Permitir y expresar la emoción (también enfoque, despliegue o trabajo con sillas)</i>	Expresión apropiada o exitosa de emociones hacia el terapeuta o hacia otros
<b>Tareas de Reprocesamiento</b>		
Marcador narrativo (presión interna para contar historias vitales difíciles, tales como un trauma)	<i>Re-narración del trauma</i>	Alivio, restauración de los vacíos narrativos
Protesta o queja relativa al sentido	<i>Elaboración de sentido</i>	Revisión de una creencia valiosa personalmente
Punto de reacción problemática (reacción desconcertante frente a una situación específica)	<i>Despliegue evocador sistemático</i>	Una nueva visión sobre uno-mismo-en-el-mundo entra en funcionamiento
<b>Tareas Enactivas</b>		
Escisión autoevaluativa (auto-crítica, sentimientos de estar dividido)	<i>Diálogo de las dos sillas</i>	Autoaceptación, integración
Escisión auto-interruptora (sentimientos bloqueado, estado de resignación)	<i>Representación con las dos sillas</i>	Autoexpresión, empoderamiento
Asuntos inacabados (malos sentimientos duraderos hacia otro significativo)	<i>Trabajo con la silla vacía</i>	Sensación de dejar ir al resentimiento o a las necesidades no satisfechas en relación con el otro, autoafirmación, comprensión del otro o afirmación en su responsabilidad
Dolor agudo imposible de regular	<i>Auto-consuelo compasivo</i>	Emoción regulada que hace que el dolor sea soportable y la persona pueda continuar con la exploración.

Los avances recientes y continuos, junto con la evolución en TFE han permitido que se convierta en uno de los tratamientos basados en la evidencia reconocidos para trastornos afectivos – como la depresión, ansiedad y traumatización–, trastornos de la alimentación o problemas interpersonales entre otros; una evidencia empírica que se genera a través de una investigación que no violenta la naturaleza experiencial y dialógica de la terapia (Greenberg, 1994; 2010). Asimismo, su evolución ha permitido que este enfoque crezca en su adopción, siendo la terapia de pareja focalizada en las emociones un enfoque terapéutico en creciente uso, focalizado a estimular a las parejas a explorar sus necesidades emocionales no reconocidas y a expresar sus necesidades dentro de la relación (Moser y Johnson, 2008). Al trabajar desde un marco humanista-experiencial, y en relación con los diagnósticos, la TFE prefiere hablar de procesos que operan en las personas, más que de personas que pertenecen a cierta categoría nosológica o trastorno (Greenberg y Goldman, 2007). Y Dicha identificación de procesos ha venido dada tanto por la teoría y la investigación, como por la práctica clínica apoyada en la FC procesual, es decir, momento a momento (Goldman *et al.*, 2016).

Dicho modelo de FC es sensible al momento y al contexto de cada sesión, a fin de identificar el sufrimiento nuclear del paciente y los marcadores de asuntos emocionales y procesos que determinan el malestar de éste (Goldman *et al.*, 2016). Al seguir un enfoque “neohumanístico experiencial” de la terapia –basado en la teoría humanista-fenomenológica, la emoción y la teoría cognitiva y la neurociencia afectiva– no supone un desarrollo de formulaciones de casos, sino que más bien subraya la formulación de los procesos de terapia, resaltando y la importancia que tiene la autoridad del cliente en lugar de la del terapeuta (Eells, 2007). Con lo cual se puede decir que atiende a las reivindicaciones sobre la psicopatología que planteábamos anteriormente, en los términos de la propuesta de Pérez-Álvarez (2015).

Este modelo de FC ha sido resumido como una evolución de la teoría de la TFE, que permite a los terapeutas un medio para comprender cual es la fuente emocional de los problemas del cliente, una guía para elaborar un foco entre terapeuta y cliente conjuntamente y un grupo de mapas para formular el nivel de proceso (Goldman *et al.*, 2016). Esta FC se desarrolla en tres fases, en cada una de las cuales se puede identificar un proceso clave, la actividad del terapeuta en cada fase y los objetivos que se persiguen (Caro, 2017a; Goldman *et al.*, 2016): 1) Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente, 2) Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear y 3) Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados. La primera fase se centra en escuchar lo que aqueja al cliente para comenzar a encuadrar los problemas relaciones y conductuales, permitiendo identificar la experiencia emocional más dolorosa y el estilo de procesamiento emocional del cliente, a fin de ayudarlo a desplegar la narrativa contextual o vital en la que se encuadra. En la segunda fase, el terapeuta se centra en explorar el malestar más conmovedor y doloroso y atender a los marcadores que revelan los esquemas emocionales nucleares implicados en las dificultades del cliente. Para configurar el foco terapéutico, se atiende e integran los procesos agrupados bajo el acrónimo MENSIT, que se muestra esquematizado en la Figura 1 (Goldman *et al.*, 2016):

1. (M) marcadores de tarea claves hasta el momento (p. e. que el cliente se diga así mismo “Soy un inútil”).
2. (E) emociones primarias adaptativas o desadaptativas clave en la dificultad (como el auto-desprecio o la vergüenza).
3. (N) necesidades asociadas a la emoción primaria que no se satisfacen o no se satisficieron debido a la dificultad y siguen presionando (p. e. la necesidad de ser validado).
4. (S) emociones secundarias que aparecen como reacción a las emociones primarias, oscureciéndolas, consumiendo los recursos de la persona y generando un malestar añadido (p. e. la culpa al expresar el malestar, la tristeza que provoca éste).
5. (I) los mecanismos o procesos interruptores que la persona ha creado para resguardarse y protegerse del dolor de las emociones primarias desadaptativas, limitando la conciencia de las necesidades o gestionando el malestar secundario y generando un bloqueo al potencial de

transformación de la persona de sus esquemas emocionales (p. e. bloquear un enfado, dejar de enfadarse o de expresar la tristeza)

- (T) los temas clave donde se articulan los esquemas de emoción y que conforman las dificultades del cliente histórica y actualmente en términos de relación intrapersonales (con uno mismo), interpersonales (con otro significativo), existenciales o de dificultad/imposibilidad de acceder al proceso experiencial.

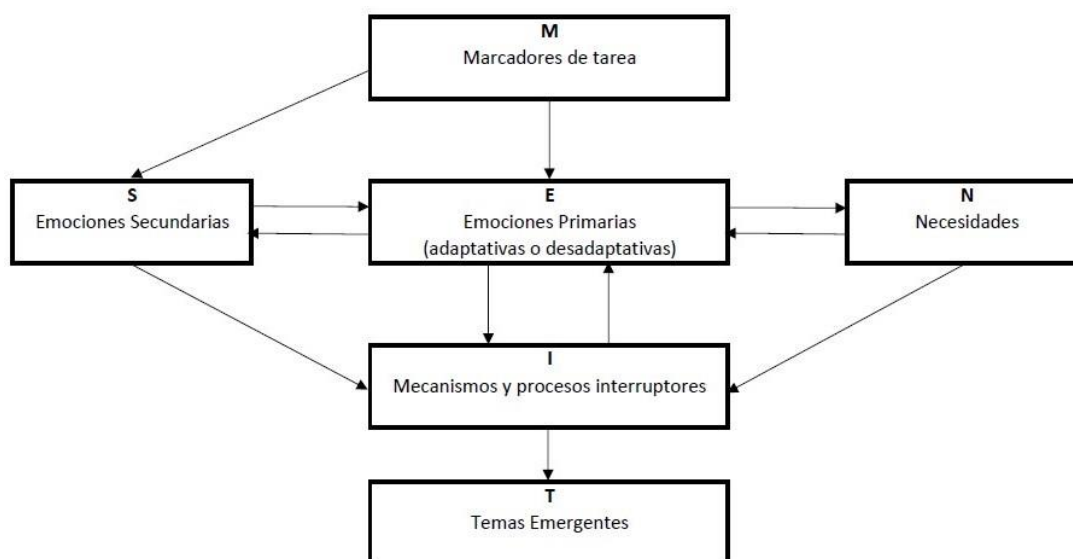


Figura 1. Elementos de la narrativa del foco terapéutico en FC en TFE (Goldman *et al.*, 2016).

En la tercera fase de la FC en TFE el proceso consiste en observar y formular los estados emocionales que surgen en la sesión, así como advertir los marcadores que preceden al inicio de una tarea, ayudando al cliente a implicarse y completarla con el fin de producir cambios en los esquemas emocionales nucleares, reintegrar el nuevo significado emocional y que después, reflexivamente, el cliente pueda llevar este cambio a la vida cotidiana (Goldman *et al.*, 2016).

Siendo éste que acabamos de describir el marco general de la FC en TFE, entendida procesualmente, nuestro trabajo se centra en un marco conceptual complementario formulado inicialmente por Timulak (2015) quien, basándose en hallazgos recientes sobre los procesos de transformación de la emoción en TFE, se centra en comprender, explorar y transformar el dolor emocional de los clientes. Dicho marco ha sido asumido y expandido por Caro (2018) como un proceso de evaluación transdiagnóstica, que ordena las diversas formas de respuesta de las personas a su dolor emocional y a las necesidades existenciales subyacentes, y las vincula tanto con la sintomatología, como con las oportunidades de intervención psicoterapéutica.

Para comprender este marco, primero debemos entender que expone que la angustia general del cliente se manifiesta como emociones dolorosas e indiferenciadas, un dolor emocional secundario caracterizado por desesperanza, desamparo, ansiedad, impotencia, ira o frustración, que configuran

una sensación de malestar global compuesta de presentaciones sintomáticas y quejas de salud mental (Caro, 2018; Timulak y Pascual-Leone, 2015). Los síntomas conforman este malestar global poco diferenciado en el que predomina el afecto negativo, son considerados como fenómenos que se producen en múltiples dominios –p. e. problemas de carácter conductual o problemática afectiva o del estado de ánimo– que se encuentran descontextualizados respecto a su origen primario y son reinterpretados por la persona y vividos desde la incomprensión, el desconcierto y la perplejidad ante la experiencia (Caro, 2018). Como experiencia secundaria, son producidos por los procesos psicológicos de autotratamiento mediante los que el cliente ha aprendido a responder a un dolor emocional primario. Este se halla configurado por tres heridas interpersonales nucleares relativas a tres necesidades existenciales, que fueron violentadas o no respondidas en contextos relacionales durante el desarrollo y en la vida adulta, conformando tres clústeres emocionales clave (Timulak, 2015):

1. Heridas en la necesidad de ser amado, comprendido y de estar en contacto, que producen sentimientos crónicos de soledad, tristeza o pérdida.
2. Heridas en la necesidad de ser respetado, visto, apreciado y validado en lo que uno es y hace, productoras de sentimientos persistentes de vergüenza, culpa o incluso asco.
3. Heridas en la necesidad de sentir seguridad, protección y confianza, que conducen a sensaciones de miedo, pánico o peligro.

Estas heridas asociadas, son consideradas las dimensiones transdiagnósticas clave del modelo, de modo que los clústeres emocionales asociados generarían un dolor nuclear ideográfico, activado por los acontecimientos experienciales que tienen lugar en la existencia (Caro, 2018). Estas heridas se activan ante los acontecimientos experienciales, que son materializados debido a los organizadores experienciales en la existencia, naturales o presintomáticos, que establecen una mediación entre el orden biológico y el orden simbólico en la producción de autoconsciencia, acción humana espontánea o deliberada y síntomas (Caro, 2018). Debido a la activación de estas heridas interpersonales tras el despliegue de la memoria emocional esquemática y al dolor emocional que producen, la persona pone en marcha los correspondientes procesos psicológicos de autotratamiento, con la intención de aliviar o evitar ese dolor nuclear, pero generando, por el contrario, el mantenimiento del mismo –ya que no es eficaz–, y produciendo experiencia secundaria sintomática. Pueden surgir de distintas maneras y dando lugar a una dinámica internalizante o externalizante, y a mayor o menor nivel de insight o consciencia del problema por parte de la persona. Así, el modelo de FC transdiagnóstico propuesto por Caro (2018), recoge cuatro formas principales:

1. Hiperreflexibilidad o formas de Reflexividad Improductiva, alta consciencia e internalizante, que da lugar a una voz autocrítica que emite juicios internos (p. e. “soy incapaz, estoy mal hecho”).

2. Bloqueo experiencial o procesos de Supresión de la Experiencia, nivel bajo e internalizante, que busca suprimir la experienciación de un significado emocional doloroso (p. e. las auto-interrupciones del enfado).
3. Despliegue de Acciones Irreflexivas, nivel bajo y externalizante, que produce la satisfacción de la necesidad sin saber la vulnerabilidad de la necesidad en sí (p. e. sustituir la reflexión por la acción, cuidar a alguien porque yo quiero que me cuiden y sentirme cuidado).
4. A-Reflexividad, desistimiento y colapso; nivel alto y externalizante, que produce un “no hacer nada” con el dolor aun sin evitar que desaparezca (una crisis de vulnerabilidad en la que uno siente que se va a romper por sentirse extremadamente vulnerable).

Estos procesos psicológicos generan más dolor emocional y producen por tanto más síntomas, por lo que en última instancia serían considerados como procesos transdiagnósticos que se observarían en diversas categorías diagnósticas, pudiendo así ser primarios, secundarios o incluso terciarios, dependiendo del nivel de profundidad bajo el que operen (Caro, 2018).



Figura 2. Formas de PATD y tareas terapéuticas en TFE asociadas, según la consciencia de problema y la dinámica, adaptado de Caro (2018).

Estos Procesos de Autotratamiento Transdiagnósticos (PATD) adquieren por tanto un papel central en la evaluación en la FC, por lo que permitirían orientar al terapeuta y tomar una decisión sobre la intervención a realizar, es decir, estarían asociados a tareas terapéuticas operables en la sesión (Caro, 2018), como resume la Figura 2. De esta forma la Reflexividad Improductiva supondría una intensificación de la reflexión con la intención de resolver un problema relativo a una necesidad/herida, funcionando como un marcador de tareas enactivas como el diálogo de las dos sillas. La Supresión de la Experiencia supondría la retirada de la atención de la experiencia afectiva, perceptiva o cognitiva con la finalidad de evitar sentir y evitar un significado emocional doloroso, funcionando como un marcador de tareas de experienciación como el Focusing y permitir y expresar

la emoción. En el despliegue de Acciones Irreflexivas, la persona sustituiría la reflexión por la acción a fin de satisfacer una necesidad sin sentir la vulnerabilidad, operando como un marcador de tareas de experienciación y de reprocesamiento como la re-narración del trauma, la elaboración de sentido o un despliegue evocador sistemático. El último proceso, la A-Reflexividad se caracteriza por que la persona muestra desistimiento, ausencia, un colapso reflejado en un no-hacer por los fracasos al haber intentado operar sobre la experiencia, con la finalidad de perder la intención de hacer o pedir ayuda para regular el dolor, funcionando como marcador de tareas de experienciación, basadas en la empatía como la afirmación empática o tareas enactivas como el auto-consuelo compasivo.

Desde esta perspectiva, en la que ponemos el foco por un lado en las dos alternativas al diagnóstico categorial que hemos abordado (los procesos transdiagnósticos y la fenomenología estructural), y por otro en un marco conceptual de FC de la TFE como un proceso de evaluación transdiagnóstica, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Existen estos procesos transdiagnósticos o no? En caso de que existan, ¿producen algún tipo de malestar, o mantienen el malestar original? ¿Podrían relacionarse con algún tipo de efecto específico coherente con su naturaleza? De estas preguntas surgen las hipótesis de investigación que se plantean en el trabajo.

1. Si estos PATD existen, podrán ser hallados en la población.
2. En el caso de que existan, estos procesos serán más frecuentes en la población con malestar psicológico. Por lo que, a mayor malestar psicológico, mayor número de PATD presentes.
3. Si una persona recurre a un PATD específico, sufrirá síntomas coherentes con la naturaleza de dicho proceso. Por tanto, cada grupo de PATD estará relacionado con una dimensión general psicopatológica: internalizantes (la persona lo vive dentro, más mental) y externalizantes (la persona lo vive fuera, más conductual).

En un intento psicométrico y estadístico de poder cuantificar y registrar la existencia de estos PATD, se exploró la relación entre el malestar psicológico y procesos característicos y representativos de cada grupo de PATD. Para nuestro estudio, seleccionamos los procesos de rumia y el reproche como representativos del PATD Reflexividad Improductiva, la desconexión con la experiencia en el momento presente en el PATD Supresión de la Experiencia, la impulsividad en el PATD Acciones Irreflexivas y la dificultad en la regulación emocional en el PATD A-Reflexividad. Para poder comprobar si estos procesos rumiativos, de desconexión con la experiencia, de impulsividad y de dificultad en la regulación emocional estuvieron más presentes en la población con malestar psicológico, se exploró el nivel de malestar psicológico general, distinguiendo entre dos niveles de malestar psicológico, alto y bajo. Por último, para comprobar si la sintomatología de la persona era coherente con la naturaleza del PATD al que recurre, se relacionaron nueve categorías sintomatológicas presentes en el malestar psicológico con los procesos más representativos de los cuatro grupos de PATD.



## Método

### Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 184 participantes pertenecientes a la población general no clínica, mayores de edad y seleccionados por muestreo incidental de conveniencia no probabilístico. La muestra incluyó a 112 mujeres (60.9%) y 72 hombres. La media de edad de la muestra total fue 36.04 años (DT=15.25) y el rango de edad entre 18 y 71 años. En el subgrupo de mujeres la media de edad fue 36.83 años (DT= 15.60) y el rango de edad fue entre 18 y 71 años, mientras que en el grupo de hombres la media de edad fue de 34.81 años (DT= 14.70) y el rango de edad estaba comprendido entre 20 y 68 años. En cuanto al estado civil, el 33.7% de los participantes refirió estar soltero, el 35.9% con pareja, el 27.2% casado y el 3.2% divorciado o separado. En cuanto al nivel de estudios, el 1.6% tenía estudios primarios, el 9.8% estudios de secundaria (ESO), el 17.4% completaron bachillerato o realizaron formación profesional (FP), el 42.4% habían completado una licenciatura o grado universitario y el 28.8% una licenciatura de grado superior o un posgrado universitario.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire [SA-45]* (Davison et al., 1997). Para medir el malestar psicológico, se utilizó este instrumento de autoinforme compuesto de 45 ítems que evalúa la sintomatología global o específica de la persona durante los últimos siete días mediante nueve dimensiones psicopatológicas básicas: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, y Psicoticismo. Se usó la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008), en la que los ítems se contestan mediante escalas tipo Likert de cinco puntos, que van de 0 o “Nada en absoluto” a 4 o “Mucho o extremadamente” (Anexo 1). El  $\alpha$  de Cronbach del total de la escala es de  $\alpha=.95$ , y el de cada una de las subescalas es:  $\alpha=.85$  Depresión,  $\alpha=.83$  Hostilidad,  $\alpha=.84$  Sensibilidad Interpersonal,  $\alpha=.80$  Somatización,  $\alpha=.84$  Ansiedad,  $\alpha=.63$  Psicoticismo,  $\alpha=.72$  Obsesión-Compulsión,  $\alpha=.71$  Ansiedad Fóbica y  $\alpha=.71$  Ideación Paranoide (el índice de consistencia interna en nuestro estudio fue de  $\alpha=.93$ ,  $\alpha=.77$ ,  $\alpha=.77$ ,  $\alpha=.79$ ,  $\alpha=.80$ ,  $\alpha=.79$ ,  $\alpha=.68$ ,  $\alpha=.74$ ,  $\alpha=.78$  y  $\alpha=.74$  respectivamente). Cuenta con validez factorial, los factores que forman las dimensiones explican el 60.3% de la varianza total (Sandín et al., 2008).
- *Ruminative Responses Scale [RRS]* (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Para medir los procesos rumiativos y de reproche se usó la adaptación al castellano de Hervás (2008) de la

escala original que evalúa a través de 22 ítems el estilo rumiativo mediante dos dimensiones: Reflexión y Reproches. Los ítems se contestan a través de una escala likert de 5 puntos desde 1 o “Totalmente en desacuerdo” y 5 o “Totalmente de acuerdo” (Anexo 2). La consistencia interna del total de la escala es alta, con un  $\alpha$  de Cronbach de  $\alpha=.93$  y de  $\alpha=.80$  para la subescala de Reproches y  $\alpha=.74$  para la subescala de Reflexión (el índice de consistencia interno en nuestro estudio fue de  $\alpha=.92$ ,  $\alpha=.82$  y  $\alpha=.71$  respectivamente), las dos halladas mediante análisis factorial de rotación Varimax que explican el 54% de la varianza (Hervás, 2008).

- *Escala Abreviada del Five Facets of Mindfulness Questionnaire [FFMQ]* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006; Coo-Calcagni y Salanova, 2016). Para poder cuantificar la el nivel de conexión con la experiencia en el momento presente, se utilizó esta forma abreviado de cuestionario de autoinforme que consta de 20 de los 39 ítems originales diseñados por Baer *et al.* (2006), a partir de las escalas de mindfulness existentes y el inventario KIMS, ofreciendo cinco facetas que implican (Baer *et al.*, 2006; Coo-Calcagni y Salanova, 2016; Quintana, 2016): Observar –notar o atender a las experiencias internas y externas como las sensaciones corporales, emociones, visiones, sonidos–, Describir –nombrar las experiencias observadas con palabras, pero sin realizar juicios conceptuales de ellas–, Actuar Conscientemente –focalizar la atención conscientemente sobre cada actividad que se realiza–, No enjuiciamiento –de la propia experiencia, tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, siendo aceptadas y permitidas en la conciencia sin evitarlas ni escaparse de ellas–, y No reactividad ante la propia experiencia –permitir que los sentimientos y emociones fluyan sin dejarse atrapar o llevar por ellos–. Las primeras cuatro coinciden con el KIMS (Baer *et al.*, 2004; en Baer *et al.*, 2006) y la quinta es propia del FFMQ. Se utilizará la versión española reducida y validada de Coo-Calcagni y Salanova (2016), en la que los ítems se contestan en una escala likert de cinco puntos que van de 1 o “Nunca o muy raramente cierto” a 5 o “Siempre o muy cierto” (Anexo 3). El  $\alpha$  de Cronbach de la prueba total es de  $\alpha=.84$ , y  $\alpha=.54$  en la subescala Observar,  $\alpha=.43$  Describir,  $\alpha=.80$  Actuar conscientemente,  $\alpha=.77$  No enjuiciamiento y  $\alpha=.58$  No reactividad (el índice de consistencia interno en nuestro estudio fue de  $\alpha=.81$ ,  $\alpha=.72$ ,  $\alpha=.73$ ,  $\alpha=.88$ ,  $\alpha=.77$  y  $\alpha=.65$  respectivamente). Todos los factores correlacionan de manera significativa entre sí, probando la validez de constructo de la escala y cuenta con una validez por análisis factorial de extracción por componentes principales que muestra los ítems se distribuyen en una estructura de cinco factores que explican el 65% de la varianza. (Coo-Calcagni y Salanova, 2016).
- *Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11]* (Patton, Stanford y Barratt, 1995). Para medir la impulsividad se utilizó la adaptación al castellano de Salvo y Castro (2013) de la escala

original, que evalúa un factor general de impulsividad a través de 30 ítems y tres factores de medida: Impulsividad cognitiva, Impulsividad motora e Impulsividad no planificada. Los ítems se informan sobre la frecuencia de diferentes conductas en una escala likert de 4 puntos (Anexo 4) desde 1 o “Si raramente o nunca” y 4 o “Si siempre o casi siempre” (Martínez-Loredo *et al*, 2015). La consistencia interna del total de la escala es aceptable, con un  $\alpha$  de Cronbach de  $\alpha=.77$ , así como el de las subescalas con valores de  $\alpha=.91$  y  $\alpha=.85$  para Impulsividad general e Impulsividad no planificada (el índice de consistencia interna en nuestro estudio fue de  $\alpha=.78$ ,  $\alpha=.76$  y  $\alpha=.54$  respectivamente). El valor del Índice Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,875.

- *Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS]* (Gratz y Roemer, 2004). Para cuantificar el nivel de dificultad en la regulación emocional, se usó la adaptación al castellano de Hervás y Jódar (2008) de la escala original que evalúa a través de 28 ítems diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades: Descontrol emocional, Interferencia cotidiana, Desatención emocional, Confusión emocional y Rechazo emocional. Los ítems se contestan a través de una escala likert de 5 puntos que van de 1 o “Casi nunca/0-10% de las veces” a 5 o “Casi siempre/90-100% de las veces” (Anexo 5). El  $\alpha$  de Cronbach que obtuvieron Hervás y Jódar (2008) del total de la escala fue alto, siendo de  $\alpha=.93$ , con una consistencia interna de  $\alpha=.91$  en Descontrol emocional,  $\alpha=.90$  en Rechazo emocional,  $\alpha=.87$  en Interferencia emocional,  $\alpha=.73$  en Desatención emocional y  $\alpha=.78$  en Confusión emocional (el índice de consistencia interna en nuestro estudio fue de  $\alpha=.94$ ,  $\alpha=.92$ ,  $\alpha=.91$ ,  $\alpha=.92$ ,  $\alpha=.83$  y  $\alpha=.82$  respectivamente). Cuenta con una validez por análisis factorial en la que los 5 factores explican el 63.5% de la varianza, con un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.92 (Hervás y Jódar, 2008).

### **Procedimiento**

El estudio fue aprobado para su realización por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas. La recogida de los datos se realizó mediante los materiales descritos anteriormente en modalidad de cuestionario online, siguiendo el procedimiento de bola de nieve. Debido al alto número de ítems de las cinco escalas en el estudio, se realizaron cuatro modelos de cuestionario para evitar que el efecto fatiga o factores como la prisa por terminar la prueba afectaran a los resultados. De este modo se hicieron cuatro modelos en los que el SA-45 fue la primera escala de la prueba y se combinó el orden de las escalas RRS, FFMQ, BIS-11 y DERS, para que la última escala de la prueba no fuera siempre la misma. Los participantes fueron previamente informados sobre la confidencialidad de los datos recogidos, se les ofreció la oportunidad de conocer los resultados de las pruebas si lo deseaban y otorgaron su consentimiento para que las personas implicadas en el estudio pudieran tener acceso a los datos de las escalas y los datos sociodemográficos relevantes que se recogieron, como sexo, edad,

estado civil, nivel de estudios y una dirección de contacto opcional mediante correo electrónico. Las pruebas se administraron de forma individual y explicando de forma clara y concisa la información necesaria para la realización del estudio.

## Resultados

Al agrupar de distintas formas la muestra total ( $N=184$ ), se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la prueba  $t$  en las diferentes variables entre mujeres ( $n=112$ ) y hombres ( $n=72$ ) en la variable Ansiedad  $t(182) = 2.70, p < .01$ , siendo las puntuaciones medias más altas en las mujeres con 10.41 (DT=3.56) respecto a los hombres con 9.01 (DT=3.18). La variable sociodemográfica estado civil se redujo en una variable con dos niveles: tener una relación sentimental ( $n=116$ ) y no tener una relación sentimental ( $n=68$ ). En las diferencias de medias respecto a tener o no una relación sentimental (Tabla 1), las personas con relación sentimental obtuvieron puntuaciones más altas en Somatización, mientras que las personas sin relación sentimental obtuvieron mayores puntuaciones en impulsividad y Depresión, existiendo diferencias estadísticamente significativas en las tres variables. En contacto con la experiencia, el ANOVA señaló efecto de la interacción sexo x nivel de estudios,  $F(4,174) = 2.525, p < .05$ , concretamente entre ser mujer y tener estudios de ESO con una significación de  $p < .01$  y ser hombre y tener estudios postuniversitarios con una significación de  $p < .01$ . Sin embargo, en los grupos donde hubo interacción la muestra era demasiado pequeña, de  $n=13$  y  $n=14$  respectivamente, por lo que no son datos muy fiables. El ANOVA señaló también efecto en Depresión  $F(1,180) = 4.126, p < .05$ , y Ansiedad  $F(1,180) = 4.939, p < .05$ , debido a la interacción de las variables sexo x relación sentimental, concretamente en ser mujer y no tener una relación sentimental con una significación  $p < .05$  en ambos casos.

Tabla 1  
*Diferencia de medias en función de tener o no una relación sentimental*

Variables	M (DT)		t	p
	Con relación sentimental	Sin relación sentimental		
Impulsividad	65.31 (9.41)	68.56 (10.44)	2.169*	.031
Depresión	9.05 (2.93)	10.34 (3.75)	2.589**	0.1
Somatización	10.04 (3.61)	8.82 (3.62)	-2.209*	0.28

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

En cuanto a la edad (Tabla 2) se elaboraron tres grupos: 18 a 30 años ( $n=114$ ), 31 a 55 años ( $n=28$ ) y Más de 55 años ( $n=42$ ). El ANOVA encontró diferencias de medias estadísticamente significativas en todas las escalas excepto en Impulsividad y en alguna dimensión psicopatológica. No se encontró que hubiese efecto de la interacción sexo x edad en ninguna de las variables, así como

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

tampoco se mostró efecto en ninguna variable de la interacción edad x relación sentimental ni en la interacción edad x estado civil. El ANOVA mostró efecto en la variable Ansiedad Fóbica  $F(7,170) = 2.247, p < .05$  en la interacción concretamente en tener entre 31 y 55 años y un nivel de estudios correspondiente a FP con una significación  $p < .001$ . Se formaron dos grupos a partir del nivel de estudios, el primero comprendido por aquellos participantes sin estudios universitarios ( $n=53$ ) y el segundo por aquellos con estudios universitarios ( $n=131$ ). Se encontraron diferencias significativas en la variable Somatización  $t(71.9) = 2.178, p < .05$ , siendo las puntuaciones medias más altas en el grupo sin estudios universitarios con 10.66 (DT=4.61) respecto al grupo con estudios universitarios con 9.16 (DT=3.10).

Tabla 2  
*Diferencia de medias en las distintas escalas en función de la edad*

Variable	Edad		Diferencia de medias (I-J)
	(I)	(J)	
Malestar Psicológico	18 a 30 años	Más de 55 años	11.218**
Contacto con la Experiencia	18 a 30 años	31 a 55 años	-5.897*
Rumia-Reproches	18 a 30 años	31 a 55 años	6.897*
	18 a 30 años	Más de 55 años	10.302***
Dificultad en reg. emocional	18 a 30 años	Más de 55 años	15.589***
	31 a 55 años	Más de 55 años	11.548*
Depresión	18 a 30 años	Más de 55 años	2.083**
Sensibilidad Interpersonal	18 a 30 años	Más de 55 años	1.885**
	31 a 55 años	Más de 55 años	2.274*
Somatización	18 a 30 años	31 a 55 años	2.011*
Ansiedad	18 a 30 años	Más de 55 años	1.555*
	31 a 55 años	Más de 55 años	2.476*
Obsesión-Compulsión	18 a 30 años	Más de 55 años	2.421**
Ideación Paranoide	18 a 30 años	Más de 55 años	1.490*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Para comprobar si estos PATD existían en la población, se realizó una matriz de correlaciones (Tabla 3). Se obtuvieron correlaciones altas y positivas entre el malestar psicológico y la Rumia-Reproches para el PATD Reflexividad Improductiva, con un coeficiente de determinación de 37%. Se encontraron también correlaciones altas y positivas entre el malestar psicológico y la dificultad en la regulación emocional para el PATD A-Reflexividad, con un coeficiente de determinación de 46%. Se obtuvo una correlación media y positiva del malestar psicológico con la Impulsividad para el PATD Acciones Irreflexivas, con un coeficiente de determinación de 15%. Por último, se obtuvo una correlación media y negativa del malestar psicológico con el contacto con la experiencia para el PATD Supresión de la Experiencia, con un coeficiente de determinación de 30%.

Tabla 3  
Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las distintas variables

Variable	M	DT	Malestar Psicológico	Contacto con Experiencia	Rumia-Reproches	Impulsividad	Dificultad reg <sup>a</sup> emocional
Malestar Psicológico	77.61	19.74	-				
Contacto con Experiencia	69.28	11.25	-.541***	-			
Rumia-Reproches	43.35	12.85	.612***	-.444***	-		
Impulsividad	66.51	9.91	.382***	-.417***	.348***	-	
Dificultad reg <sup>a</sup> emocional	61.01	19.59	.680***	-.666***	.671***	.469***	-

\*\*\*  $p < .001$ . <sup>a</sup>Regulación.

Para poder comprobar la hipótesis de que, a mayor nivel de malestar psicológico, más número de PATD presentes, se formaron dos grupos a partir de una parte de la muestra (Tabla 4), en función de las puntuaciones obtenidas en la escala SA-45. El primer grupo fue de Malestar Psicológico Alto ( $n=46$ ), correspondiente a las puntuaciones iguales o superiores al percentil 75, y el segundo grupo de Malestar Psicológico Bajo ( $n=47$ ), correspondiente a las puntuaciones iguales o inferiores al percentil 25.

Tabla 4  
Variables sociodemográficas de los grupos de Malestar Psicológico

	Malestar Psicológico Alto		Malestar Psicológico Bajo	
Edad	18 a 30 años	73.9%	18 a 30 años	53.2%
	31 a 55 años	19.6%	31 a 55 años	10.6%
	Más de 55 años	6.5%	Más de 55 años	36.2%
Sexo	Mujer	69.6%	Mujer	57.4%
	Hombre	30.4%	Hombre	42.6%
Estado Civil	Soltero/a	41.3%	Soltero/a	31.9%
	Con pareja	41.3%	Con pareja	27.7%
	Casado/a	17.4%	Casado/a	29.8%
			Divorciado/a	10.6%
Nivel de Estudios	Estudios Primarios	4.3%	ESO	12.8%
	ESO	4.3%	FP	17%
	FP	21.7%	Estudios Universitarios	44.7%
	Estudios Universitarios	41.3%	Estudios Postuniversitarios	25.5%
	Estudios Postuniversitarios	28.3%		

Para comprobar si estos procesos eran más frecuentes en la población con malestar psicológico se realizó una prueba  $t$  para muestras independientes (Tabla 5) para comparar las medias y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de Malestar Psicológico Alto y Malestar Psicológico Bajo en las variables correspondientes a los cuatro PATD. Las puntuaciones medias del grupo de Malestar Psicológico Alto fueron superiores al de Malestar Psicológico Bajo en

los procesos de Rumia-Reproche, Impulsividad y Dificultad en la regulación emocional, e inferiores en el Contacto con la Experiencia. La diferencia de medias fue significativa en las cuatro variables, encontrándose la diferencia más alta en la variable Rumia-Reproches y Dificultad en la reg. emocional. En cuanto al tamaño del efecto, los valores de  $d$  de Cohen fueron  $d = 2.38$  en la variable Rumia-Reproches,  $d = 1.90$  en Contacto con la Experiencia,  $d = 1.22$  en Impulsividad y  $d = 2.61$  en Dificultad en la Regulación Emocional. Estos valores indican que, si el tamaño de la muestra creciese, las diferencias serían más notables y seguirían siendo significativas.

Tabla 5  
*Comparación y diferencia de medias entre los grupos de Malestar Psicológico*

Variables	M (DT)		t	Diferencia de Medias (I-J)
	Malestar Psicológico Alto (I)	Malestar Psicológico Bajo (J)		
Rumia-Reproches	55.70 (9.4)	33.49 (9.3)	-11.46***	22.206***
Contacto con la Experiencia	60.98 (9.32)	77.62 (8.14)	9.16***	-16.639***
Impulsividad	72.48 (11.38)	61.21 (6.53)	-5.84***	11.625***
Dificultad reg emocional	80.43 (17.57)	44.11 (9.08)	-12.4***	36.328***

\*\*\*  $p < .001$ .

Para comprobar si la hipótesis de que la persona al recurrir a un PATD específico, sufrirá síntomas coherentes con la naturaleza de dicho proceso, se relacionó cada grupo de PATD desde una dimensión general psicopatológica, en función de si la persona lo vive de forma internalizante (lo vive dentro, más mental) o externalizante (lo vive más fuera, más conductual). Para ello se establecieron correlaciones coherentes entre las variables identificadas con cada PATD con las nueve dimensiones de malestar psicológico y dos ítems de la escala SA-45: el ítem 21 “Tener dificultades para tomar decisiones”, y el ítem 25 “Que se quede la mente en blanco”; once variables que teóricamente constituyen los síntomas producidos por esos procesos. De esta forma se encontraron correlaciones positivas en el PATD Reflexividad Improductiva entre los procesos rumiativos-reproches y las variables psicopatológicas de Depresión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Psicoticismo, Obsesión-Compulsivo, Ansiedad Fóbica e Ideación Paranoide; encontrándose entre las más altas la relación con el factor Depresión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad e Ideación Paranoide (Tabla 6). En el PATD Supresión de la Experiencia, las correlaciones entre Contacto con la Experiencia con Somatización y el ítem 21 (“Tener dificultades para tomar decisiones”) fueron de  $r(182) = -.212$ ,  $p < .01$  y  $r(182) = -.504$ ,  $p < .001$ , siendo la segunda una relación inversa y media. Los coeficientes de determinación de las dos correlaciones fueron 4% y 26% respectivamente. En el PATD Acciones Irreflexivas, la correlación entre las puntuaciones totales de impulsividad y Hostilidad fue de  $r(182) = .382$ ,  $p < .01$ , siendo una relación media y positiva, con un coeficiente de determinación de 15%. Por último, en el PATD A-Reflexividad, la correlación entre la dificultad en la regulación emocional y el

ítem 25 (“Que se quede la mente en blanco”) fue de  $r(182) = .387, p < .001$ , siendo también una relación media y positiva, con un coeficiente de determinación de 15%.

Tabla 6  
*Medias, desviaciones típicas y correlaciones del PATD Reflexividad Improductiva*

Variable	M	DT	Rumia-Reproches	R <sup>2</sup>
Rumia-Reproches	43.35	12.85	-	-
Depresión	9.53	3.30	.576***	33%
Sensibilidad Interpersonal	8.92	3.30	.514***	26%
Ansiedad	9.86	3.48	.513***	26%
Psicoticismo	6.54	2.25	.349***	12%
Obsesión-Compulsión	5.96	2.27	.466***	22%
Ansiedad Fóbica	6.80	2.76	.336***	11%
Ideación Paranoide	9.48	3.31	.486***	24%

\*\*\*  $p < .001$ .

## Discusión

Teniendo en cuenta los datos analizados, se puede afirmar que se confirma la primera hipótesis planteada, ya que, según lo que informan las correlaciones, es probable la existencia de los PATD en la muestra. Las correlaciones entre el malestar psicológico con los procesos rumiativos-reproches y la dificultad en la regulación emocional fueron positivas y medio-altas, con la impulsividad positivas y medio-bajas y con el contacto con la experiencia fueron inversas y medio-altas. Estos resultados nos permiten comprobar que los procesos rumiativos y de reproche, la falta de contacto con la experiencia en el momento presente, la impulsividad y las dificultades que impiden una óptima regulación emocional, están relacionados con el malestar psicológico, sin saber a ciencia cierta si esta relación está vinculada con el mantenimiento o la producción de dicho malestar. Sin embargo, el coeficiente de determinación correspondiente a la correlación de malestar psicológico con impulsividad tuvo un valor muy bajo, de 15%, que indica que no es una correlación fiable. En cuanto a las puntuaciones en las distintas variables en función de la edad, cabe destacar aquellas donde se encontraron diferencias significativas. En todos los casos las puntuaciones más altas las obtuvieron los grupos de menor edad, encontrándose las mayores diferencias en el malestar psicológico, los procesos rumiativos-reproches y la dificultad en la regulación emocional en el grupo de participantes de 18 a 30 años. En cuanto a la condición de tener o no una relación sentimental, se encontraron diferencias significativas con puntuaciones más altas en Impulsividad y Depresión a favor de los participantes que no tenían una relación sentimental. Esta diferencia, que relaciona las puntuaciones en un factor internalizante y otro externalizante, podría significar en nuestra muestra que no mantener una relación sentimental está relacionado con la sustitución de la reflexión por la acción y con el



afecto negativo. Cabe destacar que se encontró una diferencia de medias estadísticamente significativa en la variable Somatización, en la que los participantes con relación sentimental obtuvieron las puntuaciones más altas. Es interesante que, al relacionar por naturaleza sintomática la supresión de la experiencia con la somatización, sea en las personas con relación sentimental donde la puntuación en esa dimensión sea mayor. Esta somatización podría explicarse por la supresión de la experiencia y el contacto con las necesidades propias dentro de la pareja, pudiendo generar angustia relacional como resultado de ciclos interaccionales negativos creados y mantenidos por necesidades insatisfechas y la no expresión de éstas en el momento presente o el aquí y ahora, como establecen las autoras Moser y Johnson (2009).

En cuanto al segundo objetivo de nuestro estudio, los resultados nos permiten confirmar la hipótesis de que estos procesos son más frecuentes en la población con malestar psicológico, ya que existe una diferencia de medias estadísticamente significativa favorable al grupo de Malestar Psicológico Alto en los procesos rumiativos y de reproche, en los procesos impulsivos o irreflexivos y en los procesos de dificultad de regulación emocional, mientras que existe una diferencia de medias estadísticamente significativa favorable al grupo de Malestar Psicológico Bajo en el contacto con la experiencia en el momento presente. Estas diferencias nos permiten por tanto afirmar que, a mayor malestar psicológico mayor número de PATD de las cuatro modalidades. Estos datos confirman por un lado el planteamiento de Caro (2018) de que la persona, al poner en marcha dichos PATD, genera experiencia secundaria sintomática. Por otro lado, son resultados acordes a las bases teóricas y de FC de la TFE, en las que establecen que la persona lleva a cabo formas de autotratamiento en un intento de paliar el malestar generado por un dolor emocional o resguardarse y protegerse del dolor que generan las emociones primarias desadaptativas (Goldman *et al.*, 2016; Greenberg, 2010; Timulak, 2015).

Respecto a los datos sociodemográficos de los grupos de puntuaciones de malestar psicológico, hubo mayor prevalencia de mujeres en el grupo de Malestar Psicológico Alto (69.6%), y el grupo de edad que más prevalencia tuvo fue el de 18 a 30 años, cuyas puntuaciones altas coinciden en el resto de variables. Respecto al estado civil, el 41.3% eran solteros/as o se encontraban con pareja en el grupo de Malestar Psicológico Alto y el 31.9% y el 29.8% estaban solteros/as y casados/as respectivamente en el grupo de Malestar Psicológico Bajo. Estos resultados permiten comprobar que, en cuanto al malestar psicológico, no existe relación entre dicho malestar y encontrarse casado, con pareja o soltero.

En cuanto al tercer objetivo, los resultados no confirman la hipótesis de que, si una persona recurre a un PATD específico, sufrirá síntomas coherentes con la naturaleza de dicho proceso, ya que las relaciones entre cada grupo de PATD no son las esperadas con la sintomatología relacionada según una dimensión general psicopatológica de trastornos internalizantes y externalizantes. Los

únicos resultados significativos y con una correlación medio-alta son los que relacionan los procesos rumiativos, de reproche o reflexividad improductiva con la sintomatología característica de la Depresión, un resultado muy cercano a los encontrados por Brown y Barlow (2009). Las relaciones de la rumia y el reproche con la Sensibilidad Interpersonal y la Ansiedad fueron positivas y medias, pero su coeficiente de determinación se encuentre en un valor cerca de ser aceptado. Con estos resultados, junto con las relaciones significativas pero medio-bajas entre la rumia y el reproche con el Psicoticismo, la Ansiedad Fóbica, la Ideación Paranoide y la Obsesión-Compulsión, y los niveles bajos de sus coeficientes de determinación, no se ha hallado evidencia clara en favor del planteamiento de Caro (2018) de que el PATD Reflexividad Improductiva generará síntomas coherentes con su naturaleza, excepto en la Depresión.

En cuanto al PATD Supresión de la Experiencia, las relaciones entre el Contacto con la Experiencia con la Somatización y Tener dificultades para tomar decisiones, la única relación significativa, inversa y media fue la segunda, pero con un coeficiente de determinación cercano a 30%, por lo que en este caso rechazaríamos para esta muestra, la hipótesis derivada del planteamiento de Caro (2018). En los otros dos PATD, Acciones Irreflexivas y A-Reflexividad ocurrió lo mismo, siendo ambas relaciones medio-bajas, positivas y significativas, pero con un coeficiente de determinación muy bajo.

### **Limitaciones, Ventajas del Estudio e Implicaciones Terapéuticas**

Los resultados obtenidos en este trabajo deben de ser considerados teniendo en cuanto una serie de limitaciones. En primer lugar, se consideraron los procesos de rumia-reproches, desconexión con la experiencia, impulsividad y dificultad en la regulación emocional como más representativos de cada bloque de PATD, pero no abarcan en su totalidad las formas posibles de autotratamiento que se podrían evaluar en el modelo de Caro (2018). A esta condición se debe añadir que los cuestionarios utilizados en el estudio no identifican exactamente los PATD, sino que informan sobre la percepción acerca de ciertos tipos de experiencias y conductas de las personas que responden, las cuales se presumen que son equivalentes a los PATD propiamente dicho. Esta condición relativiza las afirmaciones respecto al no cumplimiento de las hipótesis. En segundo lugar, la muestra del estudio es bastante reducida, produciendo así que no sea todo lo heterogénea posible. También una limitación importante del estudio es la imposibilidad de haber podido acompañar, por una parte, los datos estadísticos con los que se ha evaluado la presencia de PATD, y el malestar psicológico, con un análisis fenomenológico de la experiencia de cada persona. Para ello, en futuros estudios, sería acertado buscar la adecuada compatibilización entre la perspectiva transdiagnóstica y la inevitable categorización psicopatológica, siguiendo un enfoque fenomenológico dimensional y estructural

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

(González-Pando *et al*, 2018; Pérez-Álvarez, 2015). Esto podría ser mediante una metodología más cercana a enfoques cualitativos que permitan, mediante por ejemplo, entrevistas clínicas, un acercamiento a las invariantes en la experiencia estructural de las personas que mantienen el dolor, el sufrimiento y las necesidades existenciales no cubiertas, mientras que generan más malestar psicológico.

Respecto a las ventajas del este estudio, se puede destacar la originalidad del mismo, ya que son muy escasos los estudios dentro de la psicología humanista en los que se realice una aproximación a la evaluación de procesos transdiagnósticos. Teniendo en cuenta el modelo de FC de la TFE como un proceso de evaluación transdiagnóstica, las posibilidades que se abren con futuros estudios podrían suponer un gran avance para la Psicología Humanista y la TFE, debido a que integrar estos procesos transdiagnósticos dentro de un modelo que permite identificar y explicar la sintomatología y problemática de la persona, aporta estructura al terapeuta y le facilita la organización de la información clínica, promoviendo una práctica basada en la evidencia (Caro, 2018; Eells, 2007; Pérez-Álvarez, 2015).

En futuros estudios, sería recomendable una evaluación de estos PATD más coherente y cercana a la experiencia de la persona, permitiendo así su correcta evaluación y tipificación, desarrollando un modelo transdiagnóstico que sea integrable en la FC de la TFE (Caro, 2018), posibilitando la comprensión de la forma en la que se manifiestan y la profundidad en la que operan los PATD, dependiendo de su intencionalidad y aproximación al dolor emocional primario, permitiendo atender a estos procesos para facilitar la elección terapéutica momento a momento.

Los cuestionarios utilizados en el estudio no identifican exactamente los PATD, sino que informan sobre la percepción acerca de ciertos tipos de experiencias y conductas de las personas que responden, las cuales se presumen que son equivalentes a los PATD propiamente dicho. Esta condición relativiza las afirmaciones respecto al no cumplimiento de las hipótesis.

## Referencias Bibliográficas

- Aldao, A. (2012). Estrategias de Regulación Emocional como Procesos Transdiagnósticos: Una Visión más Detenida sobre la Invarianza de su Forma y Función. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 261-277.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un Enfoque Transdiagnóstico de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Evidencia, Utilidad y Limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295-311.
- Belloch, A., y Pascual-Vera, B. (2018). Transdiagnóstico de las Obsesiones y Compulsiones: una Propuesta. *Revista de Psicoterapia, 29*(110), 53-72.
- Bleichmar, H. (2008). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica: Hacia una Técnica de Intervenciones Específicas* (8ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256-271.
- Castillo Joo, J., y Corlay Noriega, I. (2011). Comorbilidad entre Esquizofrenia y Trastorno Obsesivo Compulsivo: ¿Dos entidades Diferentes o un Mismo Espectro entre los dos Trastornos?. *Salud Mental, 34*(3), 279-286.
- Caro, C. (2017a). *Evaluación del Modelo de Formulación de Caso de la Terapia Focalizada en la Emoción* (Tesis Doctoral). Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Caro, C. (Abril 2017b). Formulación de Casos Clínicos. En J. L. Martorell (Presidencia). *I Jornada del Servicio de Psicología Aplicada*. Conferencia llevada a cabo en la UNED, Madrid.
- Caro, C. (2018). La Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción como Proceso de Evaluación Transdiagnóstica. *I Escuela de Primavera de la SEAEP (Sociedad Española para el Avance de la Evaluación Psicológica)*, Málaga, 31 May y 2 Jun.
- Caro, C y Montesano, A. (2016). Una Mirada a la Formulación de Caso en Psicoterapia: Introducción Conceptual y Perspectiva de Futuro. *Revista de Psicoterapia, 27*(104), 5-22.

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

- Caro, I. (1999). Un Enfoque Postmoderno y Construccionalista sobre la Salud Mental y la Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 10(37), 31-50.
- Casanova, E. M. (1993). El desarrollo del Concepto de Sí mismo en la Teoría Fenomenológica de la Personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(2), 177-186.
- Coo-Calcagni C., y Salanova M. (2016). Validación Española de la Escala Abreviada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Un Estudio Piloto. *Ágora de Salud*, 3(11), 103-10.
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276.
- Duero, D. G., y Shapoff, V. (2009). El Conflicto Nosológico en Psicopatología: Notas Críticas sobre el Diagnóstico Psiquiátrico. *CES Psicología*, 2(2), 20-48.
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of Case Formulation* (2ª Ed.), 412-432. New York: Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Frank, R. I., y Davidson, J. (2014). *The Transdiagnostic Road Map to Case Formulation and Treatment Planning: Practical Guidance for Clinical Decision Making*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Caro, C. (2016). Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del Trabajo con Marcadores y la Facilitación del Proceso, a la Co-creación de un Foco Terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e Implicaciones en los Cuidados de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, J., Koole, S. L., y Pyszczynski, T. A. (2004). *Handbook of Experimental Existential Psychology*. New York: Guilford Press.

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

- Greenberg, L. S. (1994). The Investigation of Change: Its Measurement and Explanation. En R. Russel (Ed.), *Reassessing Psychotherapy Research*, 114-143. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused Therapy: Coaching Clients to Work Through their Feelings*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *Focus*, 8(1), 32-42
- Greenberg, L. S., Elliott, R., y Pos, A. (2009). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *Boletín Científico*, 142.
- Greenberg, L. S., y Goldman, R. N. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2ª ed.), 379-411. New York: Guilford Press
- Greenberg L. S., Rice L. N., y Elliott R. (1996). *Facilitando el Cambio Emocional: El Proceso Terapéutico Punto por Punto* (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al Castellano de un Instrumento para Evaluar el Estilo Rumiativo: la Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111-121.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al Castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Martín, Á. (2011). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., y García-Rodríguez, O. (2015). Spanish Adaptation and Validation of the Barratt Impulsiveness Scale for Early Adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., y Nathan, P. (2013). The Relationship between Worry, Rumination, and Comorbidity: Evidence for Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Construct. *Journal of affective disorders*, 151(1), 313-320.
- Messer, S. B., y Wolitzky, D. L. (2007). The Psychoanalytic Approach to Case Formulation. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2ª ed.), 67-104. New York: Guilford Press.
- Mirapeix, C., y Fernández-Álvarez, J. (2018). Avances en Psicoterapias Transdiagnósticas. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 1-5.

- Moser, M. B., y Johnson, S. (2008). La integración de Enfoques Sistémicos y Humanistas en la Terapia de Parejas Enfocada a la Emoción. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 262-278.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Pérez-Álvarez, M. (2015). Más Allá del DSM-5: Dimensiones Transdiagnósticas y Psicopatología Fenomenológica. *Boletín Psicoevidencias*, 42.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). El Turno Transdiagnóstico y el Retorno de la Psicopatología: El Tema de Nuestro Tiempo en Psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 14(1), 35-52.
- Quintana, B. M. (2016). *Evaluación del Mindfulness: Aplicación del Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ) en Población Española* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense, Madrid.
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y Calidez de la Escala de Ompulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva Frontera en Psicología Clínica [Transdiagnostic: A New Frontier in Clinical Psychology]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma Abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An Emotion-Focused Approach*. Londres: Routledge.
- Timulak, L., y Pascual-Leone, A. (2015). New Developments for Case Conceptualization in Emotion Focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 619-636.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and its Clinical Application*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

## Anexos

## Anexo 1

## SA-45

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

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0	1	2	3	4
	<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Clave de corrección:

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



## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

### Anexo 2

#### RRS

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y rodea con un círculo si casi nunca, algunas veces, a menudo o casi siempre piensas o actúas de esa manera **cuando estás abatido, triste o deprimido**. Por favor, indica lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer utilizando la siguiente escala:

	1	2	3	4
	<i>Casi Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1. Piensas en lo solo/a que te sientes.	1	2	3	4
2. Piensas: “No seré capaz de hacer mi trabajo/tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima”.	1	2	3	4
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias.	1	2	3	4
4. Piensas en lo duro que te resulta concentrarte.	1	2	3	4
5. Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”	1	2	3	4
6. Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes.	1	2	3	4
7. Analizas sucesos recientes para entender por qué estás deprimido/a.	1	2	3	4
8. Piensas acerca de cómo parece no sentir ya nada.	1	2	3	4
9. Piensas: “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”	1	2	3	4
10. Piensas: “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”	1	2	3	4
11. Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así.	1	2	3	4
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.	1	2	3	4
13. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor.	1	2	3	4
14. Piensas: “No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera”.	1	2	3	4
15. Piensas: “¿Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen?”.	1	2	3	4
16. Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”	1	2	3	4
17. Piensas en lo triste que te sientes.	1	2	3	4
18. Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones.	1	2	3	4
19. Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada.	1	2	3	4
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido/a.	1	2	3	4
21. Te vas solo/a a algún sitio para pensar cómo te sientes.	1	2	3	4
22. Piensas en cómo estás de irritado/a contigo mismo/a.	1	2	3	4
Clave de corrección:				
Reproches: 5, 10, 13, 15, 16; Reflexión: 7, 11, 12, 20, 21; Depresión: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22.				

Versión española de la escala RRS de Hervás (2008).

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

### Anexo 3 FFMQ Versión Reducida

Este instrumento se basa en un estudio analítico factorial de cinco cuestionarios de atención plena desarrollados independientemente. El análisis arrojó cinco factores que parecen representar elementos de la atención plena tal como se conceptualiza actualmente. Las cinco facetas son observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia interna y la no reactividad a la experiencia interna.

Por favor califique cada una de las siguientes afirmaciones usando la escala provista. A la derecha de cada frase, indique la opción que mejor describa su propia opinión de lo que generalmente es cierto para usted.

	1 <i>Nunca o muy raramente cierto</i>	2 <i>Raramente cierto</i>	3 <i>Algunas veces</i>	4 <i>A menudo cierto</i>	5 <i>Siempre o muy cierto</i>
1. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
2. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto/a, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
3. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
4. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
5. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
6. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
7. Tengo problemas para pensar en palabras que expresen correctamente como me siento.	1	2	3	4	5
8. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
9. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
10. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan.	1	2	3	4	5
11. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
12. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
13. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
14. Me digo a mí mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
15. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
16. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
17. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
18. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
20. Normalmente puedo describir cómo me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
Clave de corrección:					
Observar: 6, 10, 15, 17; Describir: 7R, 12R 18, 20; Actuar con Conciencia: 1R, 2R, 4R, 8R; No-enjuiciamiento: 5R, 14R, 16R, 19R; No-reatividad: 3, 9, 11, 13; R= ítem de puntuación inversa.					

Versión española reducida de cuestionario FFMQ de Coo-Calcagni y Salanova (2016).

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

### Anexo 4

#### BIS-11

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente rodeando con un círculo **la opción que más le represente** basándose en las siguientes opciones:

	1 <i>Raramente o nunca</i>	2 <i>Ocasio- nalmente</i>	3 <i>A menudo</i>	4 <i>Siempre o casi siempre</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado.	1	2	3	4
2. Hago las cosas sin pensarlas.	1	2	3	4
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho.	1	2	3	4
4. Mis pensamientos van demasiado rápido.	1	2	3	4
5. Planifico mis viajes con antelación.	1	2	3	4
6. Soy una persona con autocontrol.	1	2	3	4
7. Me concentro con facilidad.	1	2	3	4
8. Ahorro con regularidad.	1	2	3	4
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.	1	2	3	4
10. Pienso las cosas cuidadosamente.	1	2	3	4
11. Planifico para tener un trabajo fijo.	1	2	3	4
12. Digo las cosas sin pensarlas.	1	2	3	4
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados.	1	2	3	4
14. Cambio de trabajo frecuentemente.	1	2	3	4
15. Actúo impulsivamente.	1	2	3	4
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente.	1	2	3	4
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.	1	2	3	4
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren.	1	2	3	4
19. Soy una persona que piensa sin distraerse.	1	2	3	4
20. Cambio de vivienda a menudo.	1	2	3	4
21. Compró cosas compulsivamente.	1	2	3	4
22. Termino lo que empiezo.	1	2	3	4
23. Camino y me muevo con rapidez.	1	2	3	4
24. Resuelvo los problemas experimentando.	1	2	3	4
25. Gasto más de lo que debería.	1	2	3	4
26. Hablo rápido.	1	2	3	4
27. Tengo pensamientos irrelevantes cuando estoy pensando.	1	2	3	4
28. Me interesa más el presente que el futuro.	1	2	3	4
29. Me siento inquieto en clases o charlas.	1	2	3	4
30. Planifico el futuro.	1	2	3	4
Clave de corrección: Impulsividad cognitiva: 4, 7R, 10R, 13R, 16, 19R, 24, 27; Impulsividad motora: 2, 6R, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26, 29; Impulsividad no planeada: 1R, 3, 5R, 8R, 11R, 14, 17R, 20, 22R, 25, 28, 30R. R: Ítems inversos.				

Versión española de la escala BIS-11 de Martínez-Loredo *et al* (2015).

## Evaluación De Procesos Transdiagnósticos Desde El Marco Humanista-Experiencial

### Anexo 5

#### DERS

Por favor, **indica cuantas veces te pasan** las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase con un círculo el número correspondiente, según la escala que aparece a continuación:

	1 <i>Casi nunca</i>	2 <i>Algunas veces</i>	3 <i>La mitad de las veces</i>	4 <i>La mayoría de las veces</i>	5 <i>Casi siempre</i>
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos.	1	2	3	4	5
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me encuentro mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me encuentro mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me encuentro mal, creo que darme vueltas en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5
Clave de corrección:					
Rechazo emocional: 10, 11, 18, 19, 20, 23, 24; Descontrol emocional: 3, 13, 14, 15, 17, 22, 25, 26, 28; Interferencia Emocional: 12, 16, 21, 27; Desatención emocional: 2R, 6R, 7R, 9R; Confusión emocional: 1R, 4, 5, 8. R: Ítems inversos.					

Adaptación española de la escala DERS de Hervás y Jódar (2008).