



“Experiencing y Activación Emocional
como factores de cambio para el duelo
complicado. Una Intervención desde la
Terapia Focalizada en la Emoción.”

Autor: Sergio Gómez-Casero de la Vega

Tutor: Alejandro de la Traba López

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

Resumen

La Terapia Focalizada en la Emoción es un enfoque neohumanista que pone el foco en las emociones dentro del proceso psicoterapéutico (Mónaco et al., 2022) favoreciendo la expresión de estados emocionales nucleares para poder transformar la experiencia y significado en el paciente (Caro y Jodar, 2023). En este proceso se ha comprobado que la activación emocional y la profundidad experiencial cumplen un papel importante (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). Este estudio pretende conocer el impacto y la naturaleza de la relación entre estos dos elementos y la mejora de la sintomatología en una muestra de 30 pacientes con duelo complicado, recogida en otro estudio tras tres sesiones de psicoterapia. Cuatro codificadores se entrenaron para codificar la activación emocional y la profundidad experiencial según sus escalas (“*CEAS-III*” y “*The Experiencing Scale*”) y se recogieron los resultados obtenidos del *SA-45*, el *ICG* y el *AAQ-II*. Se realizaron los análisis correlacionales y mediacionales con SPSS obteniendo resultados que mostraban que a mayor profundidad experiencial menor sintomatología depresiva y por tanto mejores resultados psicoterapéuticos mientras que la activación emocional no ha tenido ningún impacto. Además, no se ha podido establecer ninguna mediación entre las variables. Se pone de manifiesto que para futuras investigaciones es importante diseñar un tratamiento más largo que se ajuste a la situación real de terapia y elegir con mejor precisión el momento de la sesión y del proceso de psicoterapia en el que se mide cada variable para poder tener una visión más global de las relaciones entre estas.

Palabras clave: Profundidad experiencial. Activación emocional. Terapia Focalizada en la Emoción. Duelo Complicado.

Abstract

Emotion Focused Therapy is a neohumanist approach which focuses on emotions in the psychotherapy process (Mónaco et al., 2022) facilitating the expression of nuclear emotional states, transforming the experience and meanings in the patient (Caro y Jodar, 2023). As demonstrated in other studies, in this process, arousal and experiencing are important (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). This study aim is to know the impact and relation between these two elements and the improvement of symptoms in a sample of 30 patients with complicated grief taken from another study after three psychotherapy sessions. Four encoders were trained to code emotion arousal and depth of experiencing according to the scales (“*CEAS-III*” y “*The Experiencing Scale*”) and results were collected from *SA-45*, the *ICG* and the *AAQ-II*. Correlational and mediational results were measured with SPSS concluding that the increase in depth of experiencing have an impact on the decrease of the depressive symptomatology resulting in better psychotherapeutic results, while emotion arousal did not have an impact. Furthermore, it has not been possible to establish any mediations between the variables. For future research it is important to be concerned about implementing a larger treatment which replicates a real therapy scenario and choosing with better precision the moment of the psychotherapy sessions and the phase of the process in which the variables are measured to have a better understanding of the relation between them.

Palabras clave: Experiencing. Arousal. Emotion Focused Therapy. Complicated Grief.

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	5
Marco Teórico	5
Emoción	5
Duelo complicado	7
Trabajo con sillas	7
Profundidad experiencial.....	9
Arousal o activación emocional	10
Hipótesis y objetivos del estudio.....	10
Método	12
Participantes	12
Instrumentos	12
Diseño y Procedimiento	14
Resultados	16
Fiabilidad interjueces	16
Análisis correlacional.....	17
Tabla 1.....	17
Análisis mediacional	18
Tabla 2.....	19
Tabla 3.....	19
Tabla 4.....	20
Discusión.....	21
Referencias	25
Anexos.....	30
Anexo 1 Inventario de Duelo Complicado (ICG)	30
Anexo 2 Cuestionario de Evaluación de Síntomas (SA45).....	31
Anexo 3 Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)	32
Anexo 4 Material para la formación de los codificadores.....	33

Introducción

Marco Teórico

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un modelo psicoterapéutico humanista que fue desarrollado por Greenberg con el objetivo de integrar los distintos enfoques humanistas; terapia centrada en el cliente, la terapia Gestalt y las terapias existenciales y sus paradigmas, junto con la metodología cuantitativa (Mónaco et al., 2022). Este modelo psicoterapéutico se considera de orientación neo-humanista y empíricamente validado (Goldman et al., 2016; Mónaco et al., 2022; Murray et al., 2022).

Emoción

La emoción es un proceso psicológico que ha sido de gran interés de estudio para diversidad de modelos psicoterapéuticos. Desde la TFE se entiende la emoción como un proceso psicológico que ayuda al paciente a desarrollarse dando sentido y significado a su experiencia siendo la responsable de generar un cambio siempre y cuando se pueda expresar de forma congruente pudiendo sanar, movilizar un cambio y asegurar las relaciones interpersonales (Murray et al., 2022). La emoción se concibe como un proceso interno en respuesta a un estímulo externo o interno con múltiples funciones; moviliza a la persona orientando sus conductas, organiza el resto de procesos cognitivos (percepción, atención y memoria), comunica interpersonalmente el estado en el que nos encontramos, ya sea de forma verbal o no verbal y nos permite crear significado sobre el medio externo y sobre nosotros mismos (Caro y Jodar, 2023). La TFE concibe distintos tipos de expresión de la emoción donde encontramos las emociones primarias adaptativas y desadaptativas, emociones secundarias e instrumentales en función de la forma en cómo se procesa y expresa la emoción (Herrmann et al., 2016; Pascual-Leone y Greenberg, 2005). Las emociones primarias son aquellas que están más directamente en contacto con la realidad y pueden ser adaptativas si mueven al individuo a cubrir su necesidad en el presente, o desadaptativa si a pesar de ser una emoción muy nuclear está más vinculada a un suceso o evento pasado alejando al individuo del presente (Caro y Jodar, 2023). Las emociones secundarias son aquellas que son respuesta a la experiencia primaria y verdaderamente nuclear y que existen para tapar de alguna forma esa primera emoción (Caro y Jodar, 2023). Por último, las emociones instrumentales son aquellas que se

expresan con el fin de conseguir un objetivo a través del otro por medio de la manipulación, pudiendo ser consciente o inconsciente la puesta en marcha de estas emociones (Caro y Jodar, 2023).

La investigación muestra la paradoja de que cuanto más se busca la felicidad menos se encuentra, y esto se basa en el supuesto de que cuando buscamos la felicidad entendida como el placer tendemos a evitar las emociones desagradables porque pensamos que son la fuente de infelicidad cuando en realidad a largo plazo lo que produce sufrimiento se ha demostrado que es precisamente no procesar las emociones agradables ni desagradables (Caro & Jodar, 2023; Mauss et al., 2011). Viktor Frankl habla precisamente del origen del sufrimiento en uno de sus famosos ensayos, y lo define como la tendencia a querer huir de forma desesperada de una situación que nos produce malestar, sensaciones y emociones desagradables, y matiza que aquel que está dispuesto a aceptar esa situación es el que es capaz de dejar de sufrir para pasar a aceptar (Frankl, 1946). En TFE se conceptualiza estas formas de “huir” de la emoción y de cómo tratamos con estas emociones como cinco principales fuentes de patología. La primera de ellas es la evitación emocional o falta de contacto emocional que consiste en no atender o simbolizar la experiencia emocional impidiendo así a la persona entender que le sucede y perdiendo por tanto información relevante a su estado en el aquí y ahora (Caro y Jodar, 2023; Greenberg, 2010). La falta de regulación emocional también es una fuente de trastorno desde la visión de TFE, tanto por exceso de regulación emocional como por defecto de regulación, es decir, tanto una persona que se interrumpe en exceso la emoción como una que tiene un nivel de activación de la emoción muy alto (Caro y Jodar, 2023; Cludius et al., 2020; Greenberg, 2010). Una comunicación emocional a nivel interpersonal deficiente puede generar también patología desplazando el foco de la responsabilidad de lo que uno siente en el otro y por tanto imposibilitando la agencia no dándonos cuenta de lo que podemos estar necesitando (Caro y Jodar, 2023; Goldman y Greenberg, 2013). Guiar nuestra experiencia únicamente desde nuestras emociones primarias desadaptativas, es decir, desde nuestras heridas primarias que han sido generadas por nuestra historia a raíz de traumas de apego (Caro y Jodar, 2023; Timulák, 2015). Por último, la falta de sentido existencial también parece ser una fuente de patología común (Caro y Jodar, 2023).

Estas emociones ignoradas fruto de un evento o relación cargada de significado afectivo y emocional son necesarias de evocar para poder procesar en el presente las emociones

dolorosas asociadas a dicho objeto (Murray et al., 2022). Esto se hará de tal manera que primero podamos contactar de forma consciente con esa emoción, para luego entender el significado y sentido de esa emoción, integrando lo afectivo con lo cognitivo (Pinheiro et al., 2021). Para ello se requiere de un espacio donde se den las aptitudes rogerianas de empatía, presencia, autenticidad y aceptación (Mónaco et al., 2022; Murray et al., 2022).

Desde la TFE lo que se pretende es favorecer el procesamiento de las emociones de forma consciente, tratando de traer a la consciencia aquellas emociones que han quedado pendientes de elaborar porque han sido ignoradas (Mónaco et al., 2022).

Duelo complicado

Ya sabemos que es la emoción, de donde puede provenir y que propuesta se hace para trabajar con ellas desde la TFE, pero es momento de arrojar una pregunta. ¿En qué procesos naturales del ser humano pueden surgir dificultades en el procesamiento de la emoción? En procesos psicológicos y humanos como el duelo que se experimenta por una pérdida, las emociones desagradables o dolorosas a veces pueden tender a evitarse, y si esto persiste en el tiempo de 6 a 12 meses podemos estar hablando de duelo complicado o duelo prolongado, que según el DSM-5 y el ICD-11 se concibe como trastorno (O'Connor et al., 2023). El duelo complicado se caracteriza por ser una respuesta que no permite a la persona avanzar en el proceso de resolución de la pérdida, que puede desenlazar en trastornos como depresión, ansiedad, y estrés postraumático, o que puede acarrear sintomatología como rumiación y preocupación sobre el objeto de pérdida además de intensas y crónicas manifestaciones de tristeza, enfado o culpa (Buur et al., 2024). El duelo complicado o duelo prolongado sería una de las situaciones en las que pueden quedar emociones y asuntos sin resolver.

Trabajo con sillas

¿Cómo se podría dar resolución a este proceso desde la TFE? Desde la Terapia Focalizada en la Emoción se ha usado el trabajo con sillas que nace de la Gestalt para facilitar el trabajo emocional (Paivio y Greenberg, 1995; Pascual-Leone y Baher, 2023; Stiegler et al., 2023). Sin embargo, el trabajo con sillas difiere del de Gestalt en la forma

en la que se enfoca el proceso de aplicación del mismo, ya que desde la TFE se trabaja con marcadores y micro-marcadores que nos hablan del procesamiento y de las necesidades del individuo que hay en el aquí y ahora (Goldman et al., 2016). El trabajo con sillas ha parecido ser un método bastante efectivo según un estudio que se realizó en el cual se comparaba la terapia basada únicamente en el uso de las cualidades rogerianas con la terapia basada en actitudes rogerianas más la aplicación de la técnica de las dos sillas ya que evocaba una mayor autocompasión (Stiegler et al., 2023). El trabajo con sillas tiene distintos formatos en función de lo que queramos trabajar, pero lo que pretende en todos ellos es representar la relación entre dos partes del self o entre el self y otro significativo para poder resolver los conflictos, adquiriendo y explorando nuevos significados dentro de él. El trabajo con sillas se caracteriza por la representación de un conflicto del paciente que no está resuelto y que tendrá que explorar vivenciando y estableciendo un dialogo en una escena imaginaria entre las dos partes entre las que existe la discordancia, primero situándose en un lado y luego en el otro. Se deberá integrar ambas partes que dialogan de forma que se pueda favorecer un proceso de resolución del conflicto, en el que se crea un nuevo significado y escenario emocional (Pascual-Leone y Baher, 2023). Podemos encontrar distintos formatos para el trabajo con sillas, como el dialogo de dos sillas para resolver conflictos del self, las sillas para las autointerrupciones, trabajo con sillas para favorecer la autocompasión y la silla vacía para resolver asuntos no resueltos dentro de una relación afectiva con otro significativo (Caro y Jodar, 2023). Centrándonos en la silla vacía con asuntos no resueltos el objetivo es tratar de experimentar estados emocionales que no han podido ser elaborados en relación a otro significativo o un objeto de apego como podría ser por ejemplo el dolor o enfado en la muerte de un ser querido (Caro y Jodar, 2023; Clarke y Greenberg, 1986; Pascual-Leone y Baher, 2023). Para este trabajo lo que se trata de visualizar en la otra silla es a la persona con la que no está resuelto el asunto tratando de expresar todas esas emociones que no han podido ser elaboradas y cambiar de silla para establecer un dialogo entre el otro significativo perdido y la propia persona (Pascual-Leone y Baher, 2023).

Desde la Universidad Pontificia de Comillas en Madrid surge un proyecto de investigación para una tesis doctoral del que salen los datos y las medidas que servirán para el desarrollo de este trabajo. Este estudio se llama “La Necesidad Existencial en el Proceso de Transformación Emocional en la Terapia Focalizada en la Emoción en Duelo Complicado” y tenía como objetivo atender al papel que juega la necesidad existencial en

el proceso de transformación emocional desde un enfoque de Terapia Focalizada en la emoción en pacientes con un duelo complicado (Gamoneda, 2023). La forma en la que se recogen estos datos en el proyecto de investigación es mediante la implementación de tres sesiones de psicoterapia online desde un enfoque de Terapia Focalizada en la Emoción. La primera sesión es una sesión de encuadre y exploración, en la segunda sesión se implementa una silla vacía desde la TFE y en la tercera sesión se hace un cierre.

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción se atiende a distintos constructos teóricos que son muy relevantes y que han demostrado, gracias a la evidencia científica, tener un impacto en los resultados psicoterapéuticos. Entre estos constructos se encuentran la empatía, la alianza, la activación emocional, la profundidad experiencial en sesión, la creación de significado a partir de emociones activadas (Goldman et al., 2016). En esta investigación se pone el foco en dos variables, la profundidad experiencial y la activación emocional o arousal que se describen a continuación.

Profundidad experiencial

La conexión con la experiencia se ha conceptualizado como la profundidad experiencial o “*experiencing*”. Rogers define la profundidad experiencial como la actitud exploradora que tiene el paciente de forma activa con el objetivo de descubrir nuevos aspectos sobre la percepción de las experiencias (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017; Rogers, 1951). Más tarde añade que es un ingrediente necesario para un resultado psicoterapéutico satisfactorio, ya que de este modo el paciente puede tratar de hallar nuevos significados de las experiencias (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017). Gendlin aclara que en las sesiones de psicoterapia lo importante reside en la manera en la que el paciente explora los significados de una experiencia y no tanto en el contenido de la experiencia (Barceló, 2015; Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017). Hoy en día se ha investigado más sobre este constructo llegando incluso a ser definido, conceptualizado y operativizado en una escala en la cual se explica cómo se puede evaluar este aspecto en un paciente. La profundidad experiencial se define como esa dimensión de la persona que le permite vivenciar de tal forma que se aporte un significado a la experiencia (Klein et al., 1969). La profundidad experiencial se evalúa en 7 niveles, siendo los niveles más bajos en los que la persona no aporta una visión personal de la experiencia y aquellos más altos en los que la persona puede explorar e integrar nuevos significados a la experiencia. La profundidad

experiencial además solo se puede evaluar a través de la expresión verbal del dialogo que se da en el espacio terapéutico (Klein et al., 1969).

Arousal o activación emocional

El arousal se define como la intensidad emocional representada de forma no verbal en la persona (Carryer y Greenberg, 2010; Greenberg y Watson, 2006). El arousal se considera muy importante para el procesamiento emocional ya que para ello se requiere de una activación suficiente pero no excesiva ya que sería desbordante para la persona (Auszra et al., 2010; Greenberg y Auszra, 2007). Se considera que una frecuencia óptima de activación emocional de aproximadamente el 25% del tiempo durante episodios emocionales es un gran predictor de resultado (Greenberg, 2017). El arousal queda definido y recogido en una escala llamada “*Client Expressed Emotional Arousal Scale-III-R*” (Warwar y Greenberg, 1999). En esta escala quedan recogidos 7 niveles de arousal emocional siendo los 3 primeros niveles bajos y el último nivel muy alto (Auszra et al., 2010; Carryer y Greenberg, 2010).

Teniendo en cuenta cómo se usa la tarea de la silla vacía para trabajar con personas con un duelo complicado, nacen tres preguntas fundamentales ¿La activación emocional en la sesión de la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos? ¿La capacidad de experimentar del cliente al inicio y al final de la sesión de trabajo con silla vacía predice los resultados terapéuticos? ¿Qué relación causal existe entre la capacidad del paciente de experimentar al inicio de la sesión, la activación emocional, la capacidad de los pacientes para conectar y simbolizar su experiencia en el final de la sesión y los resultados psicoterapéuticos?

Hipótesis y objetivos del estudio

Como mi trabajo se centra en la tarea de la silla vacía la recogida de datos envuelve la segunda sesión de psicoterapia donde se aplica dicha técnica. El foco de interés de este estudio está en conocer el impacto que pueden tener las variables de profundidad experiencial o experiencing y la activación emocional o arousal en los resultados psicoterapeuticos. De este interés nacen los tres objetivos específicos de este estudio:

- Conocer si la profundidad experiencial del cliente en los 15 primeros minutos y los últimos 15 minutos de la sesión de trabajo con la Silla Vacía está relacionada con los resultados terapéuticos.
- Comprobar si la activación emocional en los primeros 30 minutos desde el inicio de la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos.
- El último objetivo tiene la intención de conocer la relación dentro de la sesión en la que se aplica la tarea de silla vacía entre la profundidad experiencial del cliente en los 15 primeros minutos y los últimos 15 minutos, la activación emocional en los primeros 30 minutos desde el inicio de la tarea y los resultados psicoterapéuticos.

Por ello se plantean las seis hipótesis siguientes del estudio:

Hipótesis correlacionales

1. La profundidad experiencial en el cliente en los 15 primeros minutos de la sesión en la que se aplica el trabajo con la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos.
2. La activación emocional en los primeros 30 minutos del trabajo de la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos.
3. La profundidad experiencial en el cliente en los últimos 15 minutos de la sesión en la que se aplica el trabajo con la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos.

Hipótesis mediacionales del proceso del cliente.

4. El Experiencing del cliente en los últimos 15 minutos de la sesión de trabajo con silla vacía media la relación entre la activación emocional del cliente en los primeros 30 minutos del trabajo con sillas y los resultados terapéuticos postratamiento y seguimiento.
5. La activación emocional del cliente en los primeros 30 minutos del trabajo con silla vacía median la relación entre el Experiencing del cliente en los 15 primeros minutos y el Experiencing del cliente en los 15 últimos minutos de la sesión.

6. El Experiencing del cliente en los 15 últimos minutos de la sesión de trabajo con silla vacía median la relación entre el experiencing del cliente en los 15 primeros minutos de la sesión y los resultados terapéuticos postratamiento y seguimiento.

Método

Participantes

La muestra de este estudio la componen 30 personas mayores de edad que cumplen los criterios para considerar que pasan por un duelo complicado, que consintiesen grabarse en las sesiones y que el duelo por fallecimiento de un querido hubiese ocurrido hace más de dos años. A esta población se le aplicó 3 sesiones de psicoterapia en formato online (videoconferencia) (Gamoneda, 2023).

Los criterios de inclusión de los participantes fueron que sufrieran duelo complicado, que diesen el consentimiento para grabarse en las sesiones, que fuesen mayores de edad, que la pérdida fuera hace más de dos años y que tuviesen facilidad para el contacto con la emoción.

Los criterios de exclusión fueron que no estuviesen experimentando un duelo complicado, que padeciesen una psicopatología de la conducta alimentaria o de tipología psicótica, que fuese una persona adicta a sustancias, que estuviese medicado con ansiolíticos, que no dispusiese de material tecnológico suficiente para realizar las sesiones de forma telemática, que no permitiesen ser grabados, que ya estuvieran en un proceso de psicoterapia y que tuviesen dificultades para el contacto emocional.

Instrumentos

- **Escala de Profundidad Experiencial** (“The Experiencing Scale: A Research and Training Manual”; Klein et al., 1969): Este manual sirve para codificar la variable de profundidad experiencial o “*experiencing*”. En este manual valoramos si existe o no un nivel de profundidad experiencial adecuado valorando los siete niveles existentes de “*experiencing*”. Se considera un nivel de profundidad experiencial adecuado a partir del nivel 4. La valoración que hacemos de la profundidad experiencial será siempre a través de las expresiones verbales del paciente. Según

este manual del nivel 1 al 3 no se considera que exista una profundidad experiencial suficiente. En estos niveles las expresiones verbales del paciente hacen referencia a narraciones impersonales, narraciones de hechos o narraciones y descripciones explicativas. A partir del nivel 4 hasta el nivel 7 si se puede considerar una profundidad experiencial adecuada. En estos niveles ya no hablamos de narraciones, y pasamos a hablar de aportación de perspectiva interna (nivel 4), exploración de los sentimientos (nivel 5), creación de conclusiones (nivel 6) y tendencia a la libertad y a la acción (nivel 7).

- **Escala de Arousal** (“Client emotional arousal scale III-R”; Warwar y Greenberg, 1999). Esta escala es un instrumento que mide la expresión del arousal, es decir, de la activación emocional del sujeto en 7 niveles (Warwar y Greenberg, 1999). La forma de evaluación es por medio de observadores que categorizan en el arousal de la persona en función de los patrones de acentuación vocal y la regularidad del ritmo vocal y por los patrones de interrupción del habla fruto de una alta excitación emocional (Pos et al., 2017). El arousal o activación emocional se puede presentar de forma restringida en el nivel 1 o 2, de forma presente pero moderada en el nivel 3 o 4, de forma intensa pero controlable en el nivel 5 y 6 o de forma muy intensa e incontrolable en el nivel 7 (Pos et al., 2017).
- **Inventario de Duelo Complicado** (“Inventory of Complicated Grief”; Prigerson et al., 1995). Este inventario está enfocado para evaluar la existencia de un duelo complicado. Se compone de 19 ítems que miden la severidad de la sintomatología del duelo complicado. Además, en la versión española se ha demostrado que se miden tres dimensiones como los recuerdos del difunto, la sensación de vacío y la presencia de la persona fallecida en el imaginario del paciente (Limonero et al., 2009). Esta prueba ha demostrado a lo largo de los años tener una buena consistencia interna y fiabilidad. Los últimos datos muestran un alfa de Cronbach de .88 y una fiabilidad test-retest de .81 (Limonero et al., 2009).
- **Cuestionario de Evaluación de Síntomas** (“Symptom Assesment-45 Questionnaire”; Maruish, 1999). Se trata de un cuestionario auto aplicado de 45 ítems que viene derivado de una versión más amplia de 90 ítems (“Symptom Checklist-90”). Este cuestionario sirve para medir los síntomas basándose en 9 escalas (hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, agorafobia, ideación paranoide y psicoticismo). Este

cuestionario ha demostrado tener una buena consistencia interna presentando un alfa de Cronbach de .85 para las diferentes escalas.

- **El Cuestionario de Aceptación y Acción-II** (The Acceptance and Action Questionnaire-II; Bond et al., 2011). Este instrumento trata de medir el grado en el que los pacientes emplean la evitación experiencial. Este cuestionario está compuesto por 7 ítems. Las propiedades psicométricas de este cuestionario son muy buenas presentando un alfa de Cronbach total de .84 y .88 en la versión española, y una fiabilidad test-retest de .81 y .79 a los 3 meses y los 12 meses respectivamente.

Diseño y Procedimiento

El diseño consiste en un estudio experimental longitudinal prospectivo sin grupo control. El estudio se divide en dos fases. En la primera fase se ha desarrollado un entrenamiento dirigido a un equipo de codificadores para codificar las variables de activación emocional y profundidad experiencial (variables de proceso). El equipo de codificadores está conformado por 4 psicólogos.

Para la variable de resultado psicoterapéutico (variable resultado) previamente ya se recogieron las puntuaciones en los inventarios y cuestionarios que miden la existencia de duelo complicado, la sintomatología psicológica y la evitación experiencial antes de la intervención, una semana después y dos meses después de la intervención. Esto se debe a que las sesiones quedaron grabadas y todos los datos recogidos porque es un estudio que se realizó ya en su día.

En la segunda fase del estudio se procedió a la codificación de las variables de profundidad experiencial y activación emocional del material audiovisual de las sesiones en las que se aplicó la silla vacía en los pacientes. Para mejorar la validez del estudio se asignó de forma aleatoria los participantes a los distintos codificadores.

Para la codificación de la profundidad experiencial y la activación emocional:

Entrenamiento de evaluadores en CEAS-III y EXP. El entrenamiento en el CEAS-III y EXP tuvo una duración 35 horas a lo largo de un mes. Estuvo compuesto por la lectura comprensiva del “*The Experiencing Scale: A Research and Training Manual*” (Klein et

al., 1969) y del “*Client emotional arousal scale III-R*” (Warwar y Greenberg, 1999) 7 sesiones de 5 horas de formación dedicadas al estudio y discriminación de los diversos códigos, análisis de videos específicamente preparados para ello, así como sesiones prácticas de codificación de videos no seleccionadas para la observación final.

Procedimientos de uso del CEAS-III y EXP. Cuatro evaluadores codificaron los niveles de profundidad experiencial y la activación emocional del cliente, siendo un total de 60 codificaciones. Se tomaron 60 sesiones codificadas, 15 sesiones otorgadas a cada evaluador mediante el visionado de las sesiones grabadas, que indicaron el nivel de profundidad experiencial y activación emocional. La codificación comenzó desde el inicio de la sesión del trabajo con sillas hasta su conclusión.

Procedimiento de fiabilidad entre evaluadores. La fiabilidad entre evaluadores para el uso de ambas escalas ha sido establecida de la siguiente manera: Mediante un método aleatorio fueron asignadas al primer y segundo evaluador 7 sesiones y al tercer y cuarto evaluador 8 sesiones. Los evaluadores desconocían en todo momento las sesiones compartidas. Los evaluadores fueron ajenos a las hipótesis de estudio y a los resultados terapéuticos de los participantes en la investigación.

Después de completar estas fases se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos por las codificaciones y los resultados de los inventarios y cuestionarios.

En cuanto al análisis de datos nos interesa hacer un análisis correlacional para comprobar la primera, la segunda y la tercera hipótesis y así poder evaluar la relación entre las variables de profundidad experiencial y activación emocional con los resultados psicoterapéuticos. Para la cuarta, la quinta y la sexta hipótesis se realizará un análisis de mediación mediante la macro Process facilitada por Hayes (2013). Se llevará a cabo un procedimiento de bootstrapping para probar las mediaciones, con 10.000 muestras para generar intervalos de confianza. Además, también haremos la prueba kappa para determinar la fiabilidad interjueces a la hora de codificar las variables de activación emocional y profundidad experiencial.

Resultados

Los resultados respectivos a la fiabilidad interjueces, el análisis correlacional y el análisis mediacional se presentan a continuación.

Fiabilidad interjueces

Con el fin de valorar si los jueces medían con precisión los mismos constructos de experiencing y arousal según quedan descritos en sus respectivas escalas, se procedió a calcular la fiabilidad interjueces con el método “ICC” con un total de cuatro jueces. Para la variable de experiencing se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase en la primera pareja de jueces de $ICC = .813$ y en la segunda pareja de $ICC = .814$. Por otro lado, para la variable de arousal se obtuvo $ICC = .840$ en la primera pareja de jueces y $ICC = .852$ en la segunda pareja de jueces. Los cuatro valores de ICC son estadísticamente significativos por lo que podemos determinar que tenemos una buena fiabilidad interjueces y por tanto una buena consistencia interna en la codificación de las dos variables de experiencing y arousal.

Análisis correlacional

Tabla 1

Matriz de correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de proceso y las variables para autocompasión, auto-crítica y depresión en el post-tratamiento y seguimiento

	EXPP15	EXPU15	AROUSAL30
ICG PoPr Recuerdo	-.077	-.016	.204
ICG PoPr Vacío	.023	-.154	.157
ICG PoPr Presencia	.056	-.336	-.047
ICG SePr Recuerdo	-.288	-.147	.097
ICG SePr Vacío	-.122	-.168	.066
ICG SePr Presencia	-.023	-.300	.094
AQII PoPr	-.051	-.217	.034
AQII SePr	-.280	-.313	.077
SA45 PoPr Hostilidad	.289	-.206	.082
SA45 PoPr Somatización	.031	-.231	.001
SA45 PoPr Depresión	-.419*	-.367*	.226
SA45 PoPr Obsesión	.113	-.204	.067
SA45 PoPr Ansiedad	.189	-.184	.265
SA45 PoPr Sensibilidad	-.006	-.015	-.134
SA45 PoPr Agorafobia	.246	-.285	-.121
SA45 PoPr Paranoide	.069	-.018	-.070
SA45 PoPr Psicoticismo	.277	-.104	.247
SA45 SePr Hostilidad	-.040	-.093	-.006
SA45 SePr Somatización	-.239	-.365	-.001
SA45 SePr Depresión	-.506*	-.466*	.271
SA45 SePr Obsesión	-.052	-.396*	-.020
SA45 SePr Ansiedad	-.037	-.253	.075
SA45 SePr Sensibilidad	.074	-.284	.092
SA45 SePr Paranoide	-.238	-.244	-.081
SA45 SePr Agorafobia	-.154	-.457*	-.118
SA45 SePr Psicoticismo	-.015	-.162	.237

Nota: EXPP15= Experiencing en los primeros 15 minutos de sesión EXPU15 = Experiencing en los últimos 15 minutos de sesión AROUSAL30 = Arousal en los 30 primeros minutos desde el comienzo de la silla vacía ICG = Inventario de Duelo Complicado en sus tres dimensiones SA45 = Cuestionario de evaluación de la sintomatología en sus nueve dimensiones. AQII = Cuestionario de Aceptación y Acción PoPr=Valores post-tratamiento - pre-tratamiento SePr= Valores seguimiento - pre-tratamiento

* $p < .05$; ** $p < .01$

Según los resultados obtenidos (Tabla 1) que muestra la relación entre las variables de experiencing en los primeros quince minutos de sesión, el experiencing en los últimos quince minutos de sesión, el arousal en los treinta primeros minutos desde el comienzo de la silla vacía y los resultados psicoterapéuticos, encontramos que el experiencing en los primeros quince minutos de la sesión correlaciona con el cambio en la sintomatologías depresiva tanto en el postratamiento como en el seguimiento restando los valores del pre-tratamiento, es decir, la dimensión de depresión que juega un papel en los resultados psicoterapéuticos mostraron una correlación significativa moderada e inversa ($r = -0.419$, $p = 0.021$) y ($r = -0.506$, $p = 0.007$) respectivamente. Esto indica que a mayor nivel de

experiencing en los primeros quince minutos de sesión menor sintomatología depresiva y resultados psicoterapéuticos, confirmando la Hipótesis 1.

En cuanto a la relación entre la variable arousal en los primeros treinta minutos desde el comienzo de la silla vacía y los resultados psicoterapéuticos no se ha encontrado ninguna correlación. Esto indica que el hecho de que haya una mayor activación emocional en este periodo de la sesión no afecta a los resultados psicoterapéuticos, por lo que la Hipótesis 2 no se cumple.

Para la última hipótesis correlacional analizamos los datos de las variables de experiencing en los últimos quince minutos de sesión y de resultado psicoterapéutico. Según los resultados obtenidos (Tabla 1) en la dimensión de sintomatología depresiva se mostró correlación significativa e inversa tanto en la variable de cambio en el postratamiento como en el seguimiento ($r=-.367, p=.046$) y ($r= -.466, p= .014$). En la dimensión obsesión en el seguimiento menos los varlores del pre-tratamiento también se encontró una correlación significativa e inversa ($r= -.396, p=.041$) como en dimensión agorafobia ($r=-.457, p= .017$). Estas correlaciones significativas moderadas e inversas entre la variable experiencing en los últimos quince minutos de sesión y las dimensiones de sintomatología depresiva, obsesiva y agorafóbica indica que a mayor nivel de experiencing en los últimos quince minutos de sesión menor sintomatología depresiva, obsesiva y agorafóbica y por tanto mejores resultados psicoterapéuticos, confirmando la Hipótesis 3.

Análisis mediacional

Por último, comprobamos las hipótesis mediacionales con sus respectivos análisis de datos. Como podemos observar en los datos presentados a continuación (Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5 y Tabla 6) no ha existido ninguna mediación entre las distintas variables de experiencing en los primeros quince minutos de sesión, experiencing en los últimos minutos de sesión, arousal en los treinta primeros minutos desde el comienzo de la silla vacía y los resultados psicoterapéuticos. Por tanto, podemos decir que ninguna de las hipótesis mediacionales se cumple, Hipótesis 4, Hipótesis 5 e Hipótesis 6.

Tabla 2.

Análisis Mediacional. Efecto Indirecto del Experiencing del Cliente en los primeros 15 minutos de sesión en los resultados terapéuticos (ICG, AQII, SA45) con el Experiencing del Cliente en los últimos 15 minutos de la sesión de trabajo con la silla vacía como variable mediadora

DV	Efecto Indirecto		Efecto Completamente Estandarizado		
	Estimación (SE)	95% CI	Estimación (SE)	95% CI	
Postratamiento	ICG Recuerdo	-.007 (.043)	[-.148-.049]	-.006 (.037)	[-.130-.040]
	ICG Vacío	-.020 (.050)	[-.207-.032]	-.018 (.044)	[-.177-.030]
	ICG Presencia	-.041 (.074)	[-.261-.057]	-.032 (.056)	[-.191-.044]
Seguimiento	ICG Recuerdo	-.027 (.069)	[-.245-.027]	-.020 (.049)	[-.174-.020]
	ICG Vacío	-.021 (.063)	[-.235-.041]	-.015 (.046)	[-.170-.029]
	ICG Presencia	-.043 (.078)	[-.280-.050]	-.033 (.058)	[-.192-.046]
Postratamiento	AAQII	-.079 (.155)	[-.599-.094]	-.033 (.060)	[-.220-.041]
Seguimiento	AAQII	-.091 (.170)	[-.630-.109]	-.037 (.064)	[-.226-.044]
Postratamiento	SA45 Hostilidad	-.015 (.051)	[-.221-.038]	-.013 (.042)	[-.174-.032]
	SA45 Somatización	-.031 (.077)	[-.318-.050]	-.020 (.048)	[-.199-.031]
	SA45 Depresión	-.043 (.086)	[-.330-.055]	-.027 (.052)	[-.194-.035]
	SA45 Obsesión	-.015 (.058)	[-.222-.047]	-.009 (.037)	[-.140-.030]
	SA45 Ansiedad	-.030 (.072)	[-.297-.037]	-.018 (.042)	[-.172-.023]
	SA45 Sensibilidad	.008 (.046)	[-.049-.168]	-.006 (.030)	[-.032-.103]
	SA45 Agorafobia	-.023 (.060)	[-.270-.033]	-.019 (.047)	[-.195-.031]
	SA45 Paranoide	.001 (.029)	[-.042-.081]	.001 (.025)	[-.040-.064]
Seguimiento	SA45 Psicoticismo	-.013 (.036)	[-.167-.021]	-.016 (.042)	[-.183-.027]
	SA45 Hostilidad	-.000 (.050)	[-.104-.108]	-.000 (.044)	[-.099-.090]
	SA45 Somatización	-.057 (.083)	[-.262-.077]	-.042 (.059)	[-.180-.057]
	SA45 Depresión	-.080 (.130)	[-.448-.100]	-.050 (.078)	[-.260-.064]
	SA45 Obsesión	-.038 (.075)	[-.293-.048]	-.028 (.059)	[-.223-.036]
	SA45 Ansiedad	-.046 (.089)	[-.339-.058]	-.029 (.055)	[-.208-.035]
	SA45 Sensibilidad	-.037 (.076)	[-.296-.037]	-.029 (.059)	[-.218-.030]
	SA45 Agorafobia	-.039 (.064)	[-.226-.055]	-.046 (.070)	[-.230-.067]
	SA45 Paranoide	-.030 (.062)	[-.247-.039]	-.027 (.052)	[-.198-.035]
	SA45 Psicoticismo	-.009 (.038)	[-.142-.033]	-.010 (.046)	[-.179-.036]

Nota: ICG= Inventario de Duelo Complicado AAQII= Cuestionario de Aceptación y Acción SA45= Cuestionario de Evaluación de Síntomas

Tabla 3.

Análisis Mediacional. Efecto Indirecto del Experiencing del Cliente en los primeros 15 minutos de sesión en los últimos 15 minutos de la sesión con la Activación Emocional del Cliente en los 30 primeros minutos de trabajo con la silla vacía como variable mediadora.

DV	Efecto Indirecto		Efecto Completamente Estandarizado	
	Estimación (SE)	95% CI	Estimación (SE)	95% CI

EXP últimos 15	-.027 (.087)	[-.339-.052]	-.021 (.072)	[-.292-.040]
----------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Nota: EXP últimos 15= Experiencing en los últimos 15 minutos de sesión

Tabla 4.

Análisis Mediacional. Efecto Indirecto de la Activación Emocional del cliente en los 30 primeros minutos del trabajo con la silla vacía en los resultados terapéuticos (ICG, AAQII, SA45) con el Experiencing del cliente últimos 15 minutos de la sesión como variable mediadora

	DV	Efecto Indirecto		Efecto Completamente Estandarizado	
		Estimación (SE)	95% CI	Estimación (SE)	95% CI
Postratamiento	ICG Recuerdo	.002 (.029)	[-.035-.104]	.003(.039)	[-.048-.135]
	ICG Vacío	.007 (.034)	[-.030-.126]	.011 (.048)	[-.043-.176]
	ICG Presencia	.017 (.052)	[-.062-.168]	-.021 (.060)	[-.074-.185]
Seguimiento	ICG Recuerdo	.008 (.049)	[-.051-.165]	.010 (.052)	[-.060-.160]
	ICG Vacío	.006 (.040)	[-.042-.159]	.007 (.045)	[-.049-.177]
	ICG Presencia	.011 (.048)	[-.078-.109]	.013 (.057)	[-.101-.125]
Postratamiento	AAQII	.033 (.117)	[-.102-.416]	.022 (.072)	[-.064-.259]
Seguimiento	AAQII	.026 (.120)	[-.152-.373]	.017 (.071)	[-.089-.221]
Postratamiento	SA45 Hostilidad	.005 (.029)	[-.030-.105]	.006 (.037)	[-.039-.135]
	SA45 Somatización	.013 (.054)	[-.051-.195]	.013 (.053)	[-.049-.194]
	SA45 Depresión	.018 (.060)	[-.062-.202]	.019 (.057)	[-.063-.188]
	SA45 Obsesión	.005 (.036)	[-.038-.119]	.005 (.036)	[-.036-.140]
	SA45 Ansiedad	.010 (.038)	[-.031-.159]	.009 (.035)	[-.030-.140]
	SA45 Sensibilidad	-.003 (.031)	[-.149-.025]	-.003 (.033)	[-.113-.027]
	SA45 Agorafobia	.008 (.032)	[-.027-.128]	.010 (.041)	[-.036-.166]
	SA45 Paranoide	-.000 (.016)	[-.054-.021]	-.001 (.021)	[-.064-.030]
	SA45 Psicoticismo	.004 (.018)	[-.016-.065]	.007 (.034)	[-.031-.114]
Seguimiento	SA45 Hostilidad	.000 (.029)	[-.067-.062]	.000 (.042)	[-.090-.094]
	SA45 Somatización	.016 (.067)	[-.094-.185]	.019 (.073)	[-.103-.197]
	SA45 Depresión	.023 (.094)	[-.150-.234]	.023 (.087)	[-.133-.231]
	SA45 Obsesión	.010 (.051)	[-.061-.171]	.012 (.063)	[-.067-.234]
	SA45 Ansiedad	.012 (.054)	[-.066-.173]	.012 (.052)	[-.061-.173]
	SA45 Sensibilidad	.009 (.043)	[-.046-.145]	.012 (.053)	[-.056-.177]
	SA45 Agorafobia	.011 (.045)	[-.072-.113]	.020 (.076)	[-.122-.195]
	SA45 Paranoide	.009 (.044)	[-.054-.140]	.013 (.057)	[-.071-.182]
	SA45 Psicoticismo	.002 (.022)	[-.026-.078]	.004 (.039)	[-.048-.127]

Nota: ICG= Inventario de Duelo Complicado AAQII= Cuestionario de Aceptación y Acción SA45= Cuestionario de Evaluación de Síntomas

Discusión

La intervención desde la TFE en procesos que implican la elaboración de emociones como el duelo donde puede haber asuntos no resueltos es muy efectiva como hemos podido saber (Stiegler et al., 2023). Donde pone el foco este estudio es en ver cuáles son los factores diferenciales que predicen una mejora psicoterapéutica, especialmente centrándonos en el experiencinng y la activación emocional a lo largo de la sesión. Analizando los datos necesarios, se exponen las conclusiones relacionadas con cada hipótesis.

La primera hipótesis y la tercera hipótesis guardan relación con el experiencinng. La Hipotesis 1 plantea “*La profundidad experiencial en el cliente en los 15 primeros minutos de la sesión en la que se aplica el trabajo con la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos (H1)*” y la Hipótesis 3 plantea que “*La profundidad experiencial en el cliente en los últimos 15 minutos de la sesión en la que se aplica el trabajo con la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos (H3)*”. Ambas hipótesis son confirmadas, pudiendo concluir que el experiencinng está relacionado con una mejora en los resultados psicoterapéuticos de los pacientes que reciben una intervención aplicando la técnica de la silla vacía desde la TFE. Ya en otros estudios se ha mostrado que el experiencinng es un factor predictor para unos mejores resultados psicoterapéuticos (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017).

Además, podemos ver que la sintomatología que más se reduce en dichos pacientes es la depresiva. Esto puede deberse a varios factores. En primer lugar, puede implicar que los procesos de duelo complicado tengan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva frente a otro tipo de sintomatología como se ha mostrado en algunos estudios (Boelen, 2021; Sekowski y Prigerson, 2022), de modo que cuando hacemos la intervención el impacto solo la recibirá únicamente la sintomatología que esté más activa. En segundo lugar, ya en otros estudios se ha comprobado la eficacia y la importancia que tiene favorecer el experiencinng para mejorar los resultados psicoterapéuticos en procesos en los que se presenta sintomatología depresiva o está presente el propio trastorno de depresión (Goldman, 1998; Pinheiro et al., 2021). Y ya en otro estudio se apuntaba a que incluso si el experiencinng aumentaba en la segunda mitad de la sesión en concreto, los resultados serían mejores (Goldman, 1998) como también se ha visto en este estudio.

La segunda hipótesis de este estudio hace referencia al arousal y activación emocional. La Hipótesis 2 de este estudio plantea que *“La activación emocional en los primeros 30 minutos del trabajo de la silla vacía está relacionada con los resultados terapéuticos (H2)”*. Los resultados para esta hipótesis no son favorables de modo que podemos decir que no se cumple y que por tanto el arousal no guarda una relación con los resultados psicoterapéuticos. A pesar de ello sí que hay estudios que afirman la importancia del arousal en los resultados psicoterapéuticos (Carryer y Greenberg, 2010; Pos et al., 2017) de modo que se plantea que quizá el arousal por sí solo no es suficiente para ser un factor de mejora, sino que necesita de una fuerza complementaria de mayor potencia de cambio como el experiencinng. Esto tiene sentido además entendiendo que uno de los puntos imprescindibles que plantea la TFE para que se progrese en terapia es que se produzca un movimiento circular y continuo entre lo vivencial y lo cognitivo para producir una integración (Caro y Jodar, 2023).

Prosiguiendo con el resto de las hipótesis de carácter mediacional se encuentra que ninguna de ellas se cumple. La Hipótesis 4 plantea que *“El Experiencing del cliente en los últimos 15 minutos de la sesión de trabajo con silla vacía media la relación entre la activación emocional del cliente en los primeros 30 minutos del trabajo con sillas y los resultados terapéuticos postratamiento y seguimiento (H4)”*. Pos et al., (2017) observaron la relación que guardan el arousal y el experiencinng con los resultados psicoterapéuticos para el tratamiento de la depresión a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico experiencial de entre 16 y 20 sesiones. Según este estudio el tratamiento se podría dividir en una fase inicial (de la primera a la tercera sesión), fase media (de la cuarta sesión a la sesión donde queden 4 para terminar con el proceso) y la fase final conformada por las últimas cuatro sesiones (Pos et al., 2017). En el estudio se concluye que el aumento del arousal a lo largo del tratamiento mejora el experiencinng y los resultados terapéuticos, haciendo hincapié en que es en la fase media de la terapia donde se dan estos resultados (Pos et al., 2017). El tratamiento en este estudio ha consistido en solo tres sesiones, la primera dedicada a establecer el vínculo y la alianza terapéutica, la segunda dedicada al trabajo con la silla vacía y la tercera y última a hacer un cierre. El tratamiento comparado con el ejecutado en el estudio de Pos et al., (2017) es muy corto y solo correspondería a la fase inicial donde todavía no se pueden ver resultados. Esto explica que en este estudio no se pueda comprobar la naturaleza mediadora del experiencinng con respecto al arousal

y los resultados psicoterapéuticos. Sería por tanto conveniente haber contado con un proceso psicoterapéutico más largo donde poder estudiar las sesiones intermedias del proceso y comprobar de nuevo las mediaciones planteadas.

La Hipótesis 5 plantea que *“La activación emocional del cliente en los primeros 30 minutos del trabajo con silla vacía median la relación entre el Experiencing del cliente en los 15 primeros minutos y el Experiencing del cliente en los 15 últimos minutos de la sesión (H5)”*. A pesar de no cumplirse la hipótesis, en otros estudios se ha podido comprobar que fomentar la activación emocional puede favorecer un aumento en el experiencing. En un estudio en el que se implementa una intervención *“somatic”* se llega a la conclusión que enfocarse en las sensaciones corporales y experiencias somáticas relacionadas con la activación de las emociones a nivel corporal fomenta una mayor profundidad experiencial, sugiriendo que el experiencing puede ser influido por un aumento en el arousal o activación de la emoción previamente (Kailanko et al., 2022). Centrándonos en cómo ha sido la intervención en este estudio en los pacientes, puede haber carecido de este foco en la activación emocional tan significativo a través de la focalización en las sensaciones corporales, de modo que no se puede relacionar este aumento de experiencing con el arousal. Sería de interés poder añadir a este enfoque de trabajo con sillas un factor más somático y corporal para poder aumentar más el arousal y poder ver si realmente puede mediar en el aumento del experiencing.

La Hipótesis 6 plantea que *“El Experiencing del cliente en los 15 últimos minutos de la sesión de trabajo con silla vacía median la relación entre el experiencing del cliente en los 15 primeros minutos de la sesión y los resultados terapéuticos postratamiento y seguimiento (H6)”*. Esta hipótesis no se cumple El experiencing como hemos podido comprobar en las hipótesis correlacionales sí que guarda relación con la mejora de los resultados psicoterapéuticos. Sin embargo, el aumento del experiencing al final de la sesión no parece mediar esta relación. Esto se puede deber a que no existe una variabilidad suficiente del experiencing como para establecer una relación causal. Además, como hemos mencionado anteriormente, en otros estudios se ha comprobado que la importancia de que el experiencing aumente radica en la parte intermedia de un proceso de terapia (de la cuarta sesión a la sesión cuarta antes del cierre) (Pos et al., 2017).

A pesar de haber reunido conclusiones correlacionales de interés en este estudio, los resultados podrían haber arrojado conclusiones sobre la naturaleza causal de gran importancia si se hubieran sorteado algunas limitaciones. La primera de ellas hace referencia a la monitorización de las variables y la elección de sus momentos de medición. Como hemos podido ver en las hipótesis mediacionales es importante tener en cuenta cuando se miden las variables para poder establecer la naturaleza de la relación entre estas. En el caso de la Hipótesis 5 por ejemplo ilustra como poder haber medido el arousal y experiencinng al mismo tiempo en la fase intermedia de la terapia podría haber arrojado resultados diferentes. También hay que destacar que la experiencia de los terapeutas pese a su entrenamiento previo y la heterogeneidad en las intervenciones también ha podido afectar a los resultados. Muchas de las sesiones que se realizaron tenían duraciones muy dispares, terapeutas menos experimentados y existía diferencia entre si cerraban o no cerraban la tarea con las sillas. Por último medir las variables únicamente en la segunda sesión limita nuestro campo de visión global, no pudiendo ver si por ejemplo ha podido haber una variabilidad en el arousal o experiencinng no solo en esa sesión si no en la totalidad de la intervención compuesta por tres sesiones, e incluso podría haber mostrado como otras variables como el vínculo o la alianza terapéutica que se trabaja en la primera sesión pueden afectar a las demás variables planteadas como se muestra en otros estudios (Harrington et al., 2021; Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017).

Para futuras investigaciones sería importante una mejor medición y monitorización de las variables en cuanto al tiempo y el momento en el que se miden para poder tener en cuenta más variables y la propia variabilidad en los niveles de cada una de ellas. También sería de interés proponer la medición de las variables no solo concentrada en una sesión sino en el proceso entero incluso pudiendo diseñar intervenciones más largas que reflejen mejor un proceso real de psicoterapia desde estos modelos experienciales. Por último, sería interesante poder fijarnos en otras variables que puedan guardar relación con el arousal o el experiencinng como es el vínculo o la alianza terapéutica que ya en la literatura científica parece mostrar relaciones interesantes (Harrington et al., 2021; Holowaty y Paivio, 2012).

Referencias

- Auszra, Greenberg, (2010). *Manual to the Client Emotional Productivity Scale-Revised (CEPS-R)*. 1–24.
- Barceló, T. (2015). El modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin. *Miscelánea Comillas*, 73(nº 142), 5–34.
- Boelen, P. A. (2021). Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance. *Psychiatry Research*, 302(March), 114033.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114033>
- Bond, F., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., D. (2011). The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2). *Behaviour Therapy*, 42, 676–688.
- Jodar, R. (2023). Manual Práctico de Terapia Focalizada en la Emoción. In *Biblioteca De Psicología*.
- Carrier, J., Greenberg, L. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 190–199. <https://doi.org/10.1037/a0018401>
- Clarke, K. M., Greenberg, L. S. (1986). Differential Effects of the Gestalt Two-Chair Intervention and Problem Solving in Resolving Decisional Conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 11–15. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.33.1.11>
- Cludius, B., Mennin, D., (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*.
- Gamoneda, J. (2023). *La Necesidad Existencial en el Proceso de Transformación Emocional en la Terapia Focalizada en la Emoción en Duelo Complicado*.
- Goldman, R. N., (1998). *Change in thematic depth of experiencing and outcome in experiential psychotherapy*.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=psych&AN=1998-95008->

022&auth=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343

- Goldman, R. N., (2013). Working with Identity and Self-soothing in Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family Process*, 52(1), 62–82.
<https://doi.org/10.1111/famp.12021>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., 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. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32–42. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00175-2>
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106–117.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Greenberg, L. S., y Auszra, L. (2007). Client Emotional Productivity. *European Psychotherapy*, 7(1), 137–152.
- Watson, J. C. (2006). Evocation and Arousal of Emotion. In *Emotion-focused therapy for depression*. (pp. 201–223). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11286-010>
- Harrington, S., Pascual-Leone, A., Paivio, S., Edmondstone, C., (2021). Depth of experiencing and therapeutic alliance: What predicts outcome for whom in emotion-focused therapy for trauma? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 895–914. <https://doi.org/10.1111/papt.12342>
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(2), 178–195. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.958597>
- Holowaty, K. A. M., Paivio, S. C. (2012). Characteristics of client-identified helpful events in emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 22(1), 56–66. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622727>
- Kailanko, S., Wiebe, S. A., Tasca, G. A., & Laitila, A. A. (2022). Somatic Interventions

and Depth of Experiencing in Emotionally Focused Couple Therapy. *International Journal of Systemic Therapy*, 33(2), 109–128.

<https://doi.org/10.1080/2692398X.2022.2041346>

Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J. (1969). *The Experiencing Scale: A Research and Training Manual* (p. vol.1, pags 50–72). Madison of Wisconsin Extension Bureau of Audio Visual Instruction.

Limonero García, J. T., Reverte, M., García, J., Mendez, J., H., P. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291–297.

http://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Limonero/publication/234101905_Adaptacin_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado/links/02bfe50f1a977247d2000000.pdf

Maruish, M. E. (1999). Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2nd ed.* (pp. 725–757). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., Savino, N. S. (2011). Can seeking happiness make people happy? *Emotion*, 11(4), 807–815.

<https://doi.org/10.1037/a0022010>.Can

Mónaco, E., Goldman, R. N., Montoya-Castilla, I. (2022). “The scientific flourishing of Emotion-Focused Therapy”: a bibliometric analysis of EFT articles in Web of Science databases. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 21(3), 269–292. <https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2096105>

Murray, K. W., Champe, J., Young, M., (2022). Integrating theories: Emotion-focused therapy. In *Counseling and Psychotherapy: Theories and Interventions, 7th ed.* (pp. 359–387). American Counseling Association.

O’Connor, M., Vang, M. L., Shevlin, M., Elklit, A., Komischke-Konnerup, K. B., Lundorff, M., (2023). Development and validation of the Aarhus PGD scale for operationalizing ICD-11 and DSM-5-TR TR Prolonged Grief Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 342(May), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.022>

Greenberg, L. S. (1995). Resolving “Unfinished Business”: Efficacy of Experiential Therapy Using Empty-Chair Dialogue. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 63(3), 419–425. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.63.3.419>
- Pascual-Leone, A., (2023). Chairwork in Individual Psychotherapy: Meta-Analyses of Intervention Effects. *Psychotherapy*, 60(3), 370–382. <https://doi.org/10.1037/pst0000490>
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. (2005). Classification of Affective-Meaning States. *York University*, 289–366.
- Pascual-Leone, A., S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653–665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>
- Pinheiro, P., Gonçalves, M. M., Sousa, I., (2021). What is the effect of emotional processing on depression? A longitudinal study. *Psychotherapy Research*, 31(4), 507–519. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1781951>
- Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Stiegler, J. R., Vildalen, V. U., Heggem, T., Ismaili, S. B., Schanche, E., (2023). The effect of the two-chair dialogue intervention on self-compassion - adding an emotional evocative component to a basic Rogerian condition. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(2), 349–358. <https://doi.org/10.1002/capr.12534>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Constable Limited.
- Sekowski, M., G. (2022). Associations between symptoms of prolonged grief disorder and depression and suicidal ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4),

1211–1218. <https://doi.org/10.1111/bjc.12381>

Timulák, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An emotion-focused approach*.

https://openlibrary.org/books/OL28806325M/Transforming_Emotional_Pain_in_Psychotherapy

Warwar, S. H., Greenberg, L. S. (1999). Client Emotional Arousal Scale-III. *York University*.

Anexos

Anexo 1 Inventario de Duelo Complicado (ICG)

Inventario de Duelo Complicado

Adaptación a población Colombiana

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____ Parentesco de la persona fallecida: _____

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Penso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

Anexo 2 Cuestionario de Evaluación de Síntomas (SA45)

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 <i>Nada en absoluto</i>	1 <i>Un poco presente</i>	2 <i>Modera- damente</i>	3 <i>Bastante</i>	4 <i>Mucho o ex- tremadamente</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 cobijado/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 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

Anexo 3 Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4 Material para la formación de los codificadores

AROUSAL (CEAS-III)		EXPERIENCING	
AROUSAL 1	No hay	NIVEL 1	Narración impersonal <i>"Él me pisó el pie"</i>
AROUSAL 2	Hay pero como si estuviese hablando del tiempo	NIVEL 2	Narración de los hechos con implicación personal <i>"Yo pienso que soy bueno"</i>
AROUSAL 3	Hay emoción y la reconozco en mi pero no altera el discurso	NIVEL 3	Narración o descripción de un aspecto del entorno de la persona con comentarios personales explicativos <i>"Él me llamó, así que me enfadé"</i>
AROUSAL 4	Hay emoción, cuando hablo lo noto en el tono y la acentuación pero todavía es muy controlable	NIVEL 4	Aporta su perspectiva interna y personal o sus sentimientos acerca de sí mismo pero sin integrarse. <i>"Me sentí como si yo no fuera nada, como si nadie pudiera darse cuenta de mí"</i>
AROUSAL 5	Hay emoción que inunda con fuerza el discurso pudiendo interrumpirlo.	NIVEL 5	Se produce una exploración de los sentimientos y de la vivencia de la persona que está hablando. <i>"Mi genio es el problema" "¿Por qué soy una persona tan propensa a enfadarme?"</i>
AROUSAL 6	Hay emoción de forma muy intensa y completa pero todavía es controlable	NIVEL 6	Puede llegar a conclusiones a raíz del significado de sus sentimientos <i>"Siempre he contenido mi enfado por miedo a perder el control de mí mismo. Ahora me doy cuenta de que no sería tan terrible perderlo"</i>
AROUSAL 7	Hay emoción que no puedo controlar	NIVEL 7	Se produce una libertad de movimiento en cuanto a los sentimientos y significados. Se percibe una actitud reveladora en el paciente.