



**Universitat Ramon Llull**

## **TESI DOCTORAL**

Títol Efectos diferenciales de la EFT (Emotional Freedom Techniques) en los patrones narrativos de los pacientes en Psicoterapia

Realizada por M<sup>a</sup> Teresa Durán Fabré

en el Centro Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport  
Blanquerna.

y en el Departamento de Psicologia

Dirigida per Dr. Lluís Botella García del Cid

**“La causa de todas las emociones negativas  
es un trastorno del sistema energético del cuerpo”.**

**Craig (1995)**

## ÍNDICE

<b>0. AGRADECIMIENTOS</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
1.1. ¿Qué es psicoterapia?	6
1.2. Breve historia de la psicoterapia.	9
1.3. Integración en psicoterapia.	11
<b>2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b>	<b>18</b>
2.1 Psicología energética.	18
2.2 La EFT en el contexto de la Psicología energética.	23
<b>3. EFT EN LA PRÁCTICA: PROCEDIMIENTO APLICADO</b>	<b>27</b>
3.1. Bases de la EFT.	27
3.2. Puntos de acupresión en la EFT.	31
3.3. Pasos de la receta básica	38
3.4. Protocolo de aplicación de los casos.	41
<b>4. ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>42</b>
4.1. Introducción: objeto de estudio y objetivos.	42
4.2. Método.	42
4.2.1. Participantes.	42
4.2.2. Instrumentos.	45
4.2.3. Procedimiento.	56
4.3. Resultados.	58
4.3.1. Resultados genéricos.	58
<b>5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES</b>	<b>68</b>
5.1. Limitaciones del estudio y sugerencias de investigaciones futuras. 72	
5.1.1. Limitaciones del estudio.	72
5.1.2. Sugerencias de investigaciones futuras.	73
<b>6. REFERENCIAS</b>	<b>75</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>87</b>

## 0. AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta tesis doctoral ha representado para mí un largo pero enriquecedor camino en el que he vivido experiencias únicas y he descubierto a personas fantásticas que me han acompañado en mi apertura mental y me han motivado a querer explorar nuevas posibilidades.

Por este motivo y como autora de este estudio, quiero agradecer la colaboración, ayuda y apoyo a las siguientes personas:

- A mis pacientes: por su motivación para el cambio y sus ganas de querer salir adelante, por creer y confiar en mí como profesional de la psicoterapia y facilitarme de forma voluntaria las sesiones para poder realizar el estudio.
- A Luis Bueno: por abrirme a la EFT y a un mundo de posibilidades.
- A Rosa María Plana: por mostrarme y acompañarme a explorar el campo de la psicología energética, por enseñarme uno de los muchos caminos a recorrer y por confiar en mí y en este proyecto.
- Al Dr. Lluís Botella, director de esta tesis: por acompañarme y orientarme en la búsqueda de sentido de este estudio y por creer en mí para llevarlo a cabo.
- A los miembros del Grup de Recerca en Psicologia, Persona i Context (Psicopersona) de Blanquerna por compartir experiencias y conocimiento.
- A la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna*, por darme la base de mi formación como psicóloga y darme la oportunidad de acceder al conocimiento y la posibilidad de realizar esta investigación.
- a todos los profesionales, amigos y familiares que me han apoyado, me han animado y me han escuchado a lo largo de este trayecto. En especial a Elvira, Carles, Bea, Alina, Gemma, Sara, Eva, Agustín.
- A Ricardo, ya que sin su apoyo inicial, no me dedicaría a esta profesión que tanto me apasiona.
- A mis hijos Èric y Artur, por su paciencia, comprensión y animarme a seguir adelante; y por ayudarme a crecer y ser quién y como soy.

A todos ellos y ellas, muchas gracias por acompañarme, apoyarme y compartir este proceso de enriquecimiento personal y profesional.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo del estudio que se presenta en esta tesis es investigar cuáles son los efectos diferenciales de la introducción de procedimientos de *Emotional Freedom Techniques* (EFT) en la psicoterapia sobre los patrones narrativos y la mejora y bienestar de los pacientes.

El interés de este tesis nace de que la EFT utiliza y combina--en una misma sesión--técnicas de acupresión (derivadas de la medicina tradicional china) y de kinesiología que se supone que operan en el nivel de los hemisferios cerebrales. La acupresión se basa en la noción de liberación de la energía bloqueada en los distintos meridianos del cuerpo, reequilibrando la energía vital de todo el organismo (lo que se conoce como *Chi*), trabajando el malestar de la persona a través del discurso.

Asimismo, en la EFT se aúnan principios como el descondicionamiento de respuestas condicionadas desadaptadas (Pavlov, 1927), el dismantelamiento de dicha respuesta concebida como conducta reforzada inadecuadamente (Skinner, 1938), el trabajo terapéutico con escalas de estrés (Wolpe, 1973), la reestructuración cognitiva (Beck, 1976) y la terapia de exposición (Wolpe y Lazarus, 1966). A partir de aquí y como veremos en el punto 3.5. se puede trabajar integrando en cada sesión de EFT, técnicas de las diferentes perspectivas psicológicas, como por ejemplo Programación Neurolingüística para trabajar la activación mental y emocional y técnicas de hipnosis ericksoniana.

A lo largo de una sesión de EFT, el trabajo terapéutico -que supone la integración de estos distintos enfoques- produce, entre otros resultados, que se facilite el cambio de la emoción y por ende, el de una nueva narrativa. Por ello se va a exponer la importancia que tiene el discurso narrativo y la organización de la experiencia a través del relato como promotor de cambio. Todo ello, teniendo también presente la vinculación del proceso narrativo con la construcción del self y los aspectos relacionales.

El paciente tiene sus propios mecanismos de elaboración de la narrativa (construcción de la realidad, la identidad, emociones, relaciones con los demás) que dan como resultado el relato y que, a lo largo de la aplicación y con la destreza y habilidades

del terapeuta, hace que el discurso narrativo se convierta en una herramienta de autoconocimiento y consecuentemente, de construcción de significado.

Comprendemos el mundo y le otorgamos significado en función de las hipótesis que forman parte de nuestros mapas del mundo y lo codificamos como pautas, de forma que el significado que atribuimos a los hechos es el que da lugar a las emociones y las acciones. El lenguaje puede distorsionar una experiencia que se está explicando, condicionar cómo actuamos o cómo sentimos y ser utilizado como herramienta terapéutica.

Las personas organizamos nuestra experiencia y le damos sentido a través del relato, por lo tanto, estas historias son constitutivas ya que modelan las vidas y las relaciones (White y Epston, 1993).

La multiplicidad de significados sólo es posible a través de la construcción de matrices narrativas, convirtiéndose estas en una forma de construcción de múltiples posibilidades y por lo tanto, en un repertorio de constructos analizables.

En referencia al concepto de identidad, desde una perspectiva constructivista relacional, se considera que la identidad es producto y proceso de la construcción de las narrativas del *self* (Botella, 2006). Dentro de esta construcción--que implica un proceso activo de construcción de significado que se traduce en un proceso de continua reelaboración--encontramos aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales, conductuales y relacionales de la experiencia.

Tanto Angus y Hardtke (1994) como Pennebaker (1993) sugieren que existe una asociación significativa entre los componentes del proceso narrativo y la evolución psicoterapéutica.

De hecho, la base de dicha asociación podrían ser toda una serie de procesos narrativos que posibilitan la experiencia sensorial, subjetiva y de significado que puede dividirse en las siguientes actitudes narrativas (Gonçalves, 2002):

- (a) *Recuerdo* como capacidad para identificar elementos episódicos de la experiencia.
- (b) *Objectivización* como exploración de la multiplicidad del mundo sensorial.
- (c) *Metaforización* hacia la diferenciación de significados de la experiencia.
- (d) *Proyección* como elaboración de posibilidades alternativas para narrativas de futuro.

Esto facilita que aumente la coherencia así como el sentido de una elaboración progresiva de aspectos emocionales, cognitivos y de significado.

Para poder explicar los modelos y el contexto teórico en que se basa la tesis los puntos siguientes se centrarán en qué se entiende por psicoterapia (1.1) así como una muy breve historia de la misma (1.2) cuya finalidad es llegar a una descripción del estado de la cuestión en integración en psicoterapia.

### **1.1. ¿Qué es psicoterapia?**

Existe una gran variedad de definiciones sobre qué es la psicoterapia, así como una enorme (excesiva según algunos autores) diversidad de enfoques terapéuticos.

Feixas y Miró (1993) recogen una selección de definiciones generales sobre psicoterapia:

1. Según la *American Psychological Association* (APA, 1969), psicoterapia es cualquier tratamiento basado en la comunicación, ya sea verbal o no verbal, con el paciente. Lo distingue de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.
2. Según Korchin (1976), sería la aplicación de técnicas psicológicas de forma intencionada con la finalidad de producir cambios en la personalidad o conducta.
3. Wolberg (1977) describe la psicoterapia como el tratamiento psicológico de problemas emocionales con el fin de: (a) suprimir, modificar o paliar síntomas; (b) intervenir en pautas disfuncionales de conducta y/o (c) promover el desarrollo de la personalidad.
4. Strupp (1978) la define como un proceso interpersonal que promueve el cambio de pensamientos, emociones y conductas que el paciente vive como problemáticas y para ello busca a un profesional.
5. Harré y Lamb (1983) la definen como el tratamiento de dificultades emocionales y de personalidad a través de medios psicológicos.
6. Battegay *et al.* (1990) ven la psicoterapia como un tratamiento basado en un método científicamente fundamentado. Incluyen la idea de que el tratamiento puede ser para un paciente, una pareja, una familia o un grupo, para conseguir ayudarles a alcanzar un conocimiento sobre sus

conflictos y mejorar su relación con la realidad.

7. Para Zeag y Munion (1990) se trata de un proceso enfocado al cambio que se da en el contexto de una relación profesional y que se orienta a un cambio duradero.
8. Mahoney (1991) afirma que se trata de una relación especial entre una persona o un grupo de personas, creando una alianza y partiendo desde el conocimiento teóricos sobre la naturaleza humana y el desarrollo psicológico.

Actualmente, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP, 2015) entiende la psicoterapia como un “tratamiento de naturaleza psicológica y carácter científico, que se utiliza para las manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, con el que se tratan de promover cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia. Nos importa resaltar que el término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico-profesional definido, sino que connota un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”.

La APA en su web actual cita que su base fundamental es el diálogo entre la persona y el psicólogo con el objetivo de resolver su demanda y aprender nuevas habilidades, competencias y herramientas que le permitirán enfrentar futuros desafíos.

Visto lo que comparten todas estas definiciones, se podría concluir que la psicoterapia consiste en la aplicación de un tratamiento científico a través de una serie de técnicas de carácter y con principios psicológicos para tratar las expresiones psicológicas o físicas de malestar con el fin de conseguir el bienestar en las personas o grupos. Su objetivo es el cambio de pensamientos, emociones, conductas y/o relaciones, proporcionando y potenciando a la persona que asiste a la consulta, recursos y herramientas para poder gestionarse a sí misma, su entorno y su realidad.

Orlinsky y Howard (1986; 2013) en su investigación sobre el proceso y resultado psicoterapéutico proponen una definición del modelo genérico de la psicoterapia,



indicando los componentes que se encuentran en todo proceso con independencia de su orientación:

1. Contrato terapéutico.
2. Operaciones terapéuticas (la técnica).
3. Vínculo terapéutico (interpersonal).
4. Relación consigo mismo (intrapersonal).
5. Impacto de las sesiones y logros terapéuticos (la clínica).
6. Modelos secuenciales (temporalidad del proceso).

Dentro del amplio ámbito de la psicoterapia encontramos distintos enfoques en función de la escuela de la que provienen, por ejemplo (y sin ningún ánimo de ser exhaustiva):

1. Terapias Cognitivas y Cognitivo/Conductuales: Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Cognitiva (de Beck, Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis), Terapias de Tercera Ola (Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctico-Conductual), terapias cognitivas integradoras (por ejemplo, Terapia Cognitivo Analítica)...
2. Terapias Psicodinámicas/Psicoanalíticas: Psicoanálisis clásico freudiano, psicoterapia psicodinámica, psicoanálisis Lacaniano, terapia Adleriana, psicoterapia basada en la psicología analítica de Jung...
3. Terapias Sistémicas: estratégica, estructural, centrada en soluciones, escuela de Milan, narrativas, posmodernas...
4. Terapias Humanístico-existenciales: centrada en el cliente, gestáltica, Análisis Transaccional, existencial, psicodrama...
5. Terapias Constructivistas: Terapia de Constructos Personales, Cognitivo-Narrativa, post-racionalista...

En el siguiente puntos se revisan muy escuetamente algunos puntos básicos de estas distintas líneas psicológicas.

## 1.2. Breve historia de la psicoterapia.

Para llegar a concebir la integración en psicoterapia se requiere al menos un mínimo recorrido histórico por los principales modelos teóricos y paradigmas.

Cabe tener en cuenta en el desarrollo a lo largo de la historia, que cada enfoque comporta una visión distinta de la naturaleza humana y sus problemas así como de cómo abordarlos psicológicamente (Feixas y Miró, 1993). Cada modelo ha desarrollado una identidad propia con su epistemología, su contenido, su vocabulario y su forma de abordar los tratamientos. La adhesión a una línea psicológica por parte del psicoterapeuta le proporciona un modelo desde el que trabajar –con todas sus implicaciones- así como un importante rol afiliativo en su desarrollo profesional (Botella, 2000).

La psicoterapia se consideró un “movimiento nuevo” a principios del siglo XX (aunque históricamente ya desde la antigua Grecia existen antecedentes sobre procedimientos o acercamientos a lo que podría ser una “psicoterapia”) y continua renovándose a través de cambios, nuevas orientaciones y, especialmente, controversias (Lambert, 2013).

A finales del siglo XIX y principios del XX se generan intensos intentos de comprender y explicar el mundo interno, siendo Freud una de las figuras más influyentes en esta tendencia histórica mediante su aportación del psicoanálisis, que tuvo posteriormente a continuadores/disidentes como Adler y Jung que aunque modificaron aspectos de la teoría psicoanalítica, mantuvieron aspectos clave de ella.

En los años 20 surgen como alternativa planteamientos basados en enfoques de las teorías del aprendizaje (Watson y Rayner, 1920; Jones, 1924) que resaltaban la conducta, las contingencias de su establecimiento y el papel directivo del terapeuta. En este contexto, Watson se suele ubicar como fundador del conductismo en 1913. Esta corriente enfatiza los métodos experimentales aplicados a variables que puedan observarse, medirse y manipularse.

En los años 30, los psicólogos se muestran disconformes con el enfoque psicométrico con lo que empiezan a profundizar en el diagnóstico y el trabajo psicoterapéutico.

En los años 40, con la Segunda Guerra Mundial, aumenta la demanda social de los psicólogos pasando estos a integrarse en los sistemas de salud tanto americanos

como británicos. Se les da formación en las áreas del diagnóstico, la investigación y la terapia. En este contexto histórico empiezan a surgir otros enfoques como la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers (1942) que resaltan que el cliente es un agente activo responsable del proceso terapéutico, así como la enorme relevancia de la relación terapéutica.

En 1949, en Boulder (Colorado) se realiza la primera conferencia americana sobre formación en psicología clínica en la que se trata la formación de los psicólogos, imprimiéndoles un carácter clínico profesional.

En 1952 Eysenck da lugar a una enorme controversia al publicar un trabajo sobre los efectos de la psicoterapia en la neurosis, en el que los resultados mostraban una correlación inversa entre recuperación y psicoterapia lo que provocó que se hicieran centenares de estudios en los cuales se comprobó una y otra vez la eficacia general de la psicoterapia (Lambert y Bergin, 1994).

Tanto la línea conductista como la rogeriana, aunque diametralmente opuestas en muchos aspectos, suponen, frente a la freudiana, tratamientos más breves y énfasis en la importancia de la evaluación de los cambios.

Las terapias humanistas en los años 50-60 tienen por objetivo la autorrealización y el desarrollo del potencial humano. También en esta década surge el modelo sistémico vinculado al tratamiento de la familia como expansión de la teoría de la comunicación de la escuela de Palo Alto, de los trabajos de Minuchin sobre la estructura de las familias y de la ya mencionada escuela de Milán que trabajará sobre las pautas de comunicación. en el sistema familiar. A la vez ven la luz las aportaciones de Kelly (1955) con su Teoría de los Constructos Personales, precursor de lo que años más tarde se denominaría constructivismo.

A raíz de las limitaciones epistemológicas y aplicadas del conductismo estricto en los años 60 surgen teorías como la del aprendizaje social de Bandura (1969) que son precursoras y puentes hacia las primeras terapias cognitivas con exponentes como Ellis (1962) y Beck (1964). Ambos postulan que “las emociones y las conductas están influidas por la percepción de los eventos”.

En los años 80 se proponen criterios con grupos experimentales y de control para validar los modelos psicoterapéuticos. Se publican los primeros meta-análisis (por ejemplo, Smith *et al.*, 1980) que indican que la psicoterapia es superior a los placebos y representan un punto de inflexión ya que se otorga validez científica al proceso psicoterapéutico.

Toma forma también en esta década el modelo constructivista con exponentes como Mahoney y Neimeyer, surge el interés por las narrativas en psicoterapia y se consolidan los criterios de investigación en psicoterapia por lo que se refiere a eficacia, efectividad y eficiencia.

Según Feixas y Miró (1993), las tendencias actuales en psicoterapia vendrían enmarcadas por:

1. La tendencia a la investigación de resultados.
2. La búsqueda de modelos eclécticos e integradores que abarcan la diversidad y especificidad (la selección de un modelo de terapia en función del cliente o del problema).
3. La tendencia hacia la terapia breve motivada por criterios de reducir su coste.

Por lo que respecta a la diversidad de enfoques, como reacción a la a veces desconcertante variedad de ellos, surge el giro hacia la integración teórica y técnica en psicoterapia.

### **1.3. Integración en psicoterapia.**

Lo que pretende la integración es poder dialogar desde los diferentes enfoques para generar propuestas nuevas y más evolucionadas saliendo del planteamiento de los inicios de la psicoterapia, en donde cada escuela se veía a sí misma como la mejor y la única, y avanzando hacia el relativismo. Eso no implica necesariamente construir un nuevo modelo sino que se cambie el planteamiento: poder integrar conocimientos y técnicas nos da la suficiente flexibilidad para adaptarnos a la demanda del paciente, reconociendo los factores comunes de la diversidad de modelos de psicoterapia existentes.

Según resultados de una encuesta clásica a los miembros de la División de Psicología Clínica de la APA, un 55% de ellos se definían como eclécticos. Una encuesta similar en Alemania dio un porcentaje del 74% (Ávila, 1989).

Dada la relevancia de este dato, se van a exponer los factores y argumentaciones que han influido en la tendencia hacia el eclecticismo.

Las razones que justifican el uso de un modelo integrador, según Norcross (1995) son:

1. La proliferación de distintos enfoques terapéuticos.
2. La ineficacia de teorías y tratamientos únicos.
3. Las contingencias externas socioeconómicas.
4. El dominio del corto plazo y tratamientos centrados en el problema.
5. En el caso de trastornos difíciles, poder considerar varios tratamientos.
6. El reconocimiento de que combinaciones terapéuticas obtienen un buen resultado.
7. La identificación de efectos específicos en psicoterapia y de tratamientos basados en la evidencia.
8. El desarrollo de una red profesional para la integración.

En este sentido la comunidad terapéutica está de acuerdo en que un enfoque en concreto puede no ser clínicamente adecuado para todas las demandas, todos los pacientes y todas las situaciones y que hay que proporcionarle al paciente el enfoque o los enfoques que le permitan mejorar y obtener bienestar teniendo en cuenta que no todas las líneas son adecuadas en el caso de problemas psicológicos complejos.

En los años 90, los pacientes y las compañías de seguros instan a demostrar la eficacia de las terapias, lo que lleva a que un buen número de clínicos busquen nuevos paradigmas y orientaciones.

Al mismo tiempo se busca que las terapias duren poco tiempo lo que hace que se enfoquen en el problema; lo que crea variaciones terapéuticas compatibles entre sí. Como recuerda Norcross (1995), el eclecticismo técnico (expuesto en este mismo punto) responde la pregunta de “que terapia funciona mejor y más rápidamente para este paciente con este problema”.

El hecho de que hayan diversos especialistas clínicos para tratar trastornos específicos proporciona el conocimiento desde la experiencia de otras teorías y de otras terapias, tratando con terapias que no responden fácilmente a un tratamiento como puede ser el caso de trastornos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs), o el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD) entre otros.

Vistas las distintas argumentaciones, a continuación, se describirán los principales enfoques a los que ha dado lugar el movimiento integrador.

Norcross (2005) describe en su obra cuatro formas distintas de integración (no excluyentes entre ellas), que comparten el deseo de incrementar la eficacia de los tratamientos, su eficiencia y su aplicabilidad:

1. Eclecticismo técnico: Su objetivo es mejorar sus competencias para seleccionar el mejor tratamiento para cada persona y para cada problema. Busca aquello que ha funcionado en el pasado con problemas y características parecidas. Elige distintas técnicas sin necesidad de acudir a las teorías originarias. Un ejemplo sería: utilizar con un paciente una técnica de respiración para bajar el nivel de ansiedad, luego trabajar con una silla vacía para elaborar un conflicto entre partes escindidas.
2. Integración teórica: Se integran dos o más terapias de forma que se espera un mejor resultado que aplicando una sola. En este modelo se integra tanto la técnica como la teoría, a diferencia del anterior. Combina y crea un tratamiento nuevo. Un ejemplo sería la terapia cognitivo-analítica.
3. Factores comunes: Como su nombre indica, busca los factores comunes de las terapias para crear tratamientos más eficaces. Ha habido un gran interés por investigar los factores comunes a todo proceso psicoterapéutico (por ejemplo, Grencaavage y Norcross, 1990; Tracey et al., 2003), tales como:
  - a) alianza terapéutica.
  - b) catarsis.
  - c) adquisición y práctica de nuevas conductas.
  - d) expectativas positivas del paciente.
4. Asimilación integrativa: Adopta un modelo de psicoterapia y, desde dicha línea, toma aspectos de otros modelos. La ventaja es la de trabajar desde una teoría con una gama de técnicas. Por ejemplo: terapia interpersonal asimilativa.

Justamente estas formas distintas de integración, plantean un nuevo reto como reflejo de la diversidad que nos ofrece actualmente la psicoterapia.

Las formas de integración descritas por Norcross (2005) tienen cada una de ellas una posible lectura constructivista:

1. El eclecticismo técnico: Cómo se ha comentado, se basa en elegir técnicas y procedimientos sin dejarse limitar por la teoría subyacente a ellos.

Lazarus (1967) es crítico con la inflación teórica ya que según él lo importante es la praxis, aquello con lo que los psicoterapeutas lidian en sus sesiones. El hecho de integrar técnicas mejora la práctica psicoterapéutica y este autor cree que en cuanto una técnica se ha desprendido de su carga teórica permite observar nuevos fenómenos que sin este proceso no surgían.

Dentro de los distintos tipos de eclecticismos, tenemos:

- 1.1. El eclecticismo intuitivo: Según el paciente que acude a terapia, se elige la técnica que se cree se adecuará mejor a su demanda y necesidades. Esta selección está basada en la intuición, subjetividad, creatividad o experiencia del terapeuta sin una base conceptual que la sostenga. Por ello, no se considera base del modelo de integración, que selecciona las técnicas según criterios definidos como es los casos que vamos a ver a continuación.

- 1.2. El eclecticismo técnico pragmático: El criterio de selección que utiliza es el nivel de eficacia que éstas han demostrado en su contraste empírico. Este nivel nos proporcionaría la técnica más eficaz para cada caso, por ejemplo, el modelo de la terapia de conducta que, en la actualidad, incorpora otras técnicas como puede ser la hipnoterapia, técnicas gestálticas.

La aportación constructivista a este tipo de eclecticismo se ha centrado en técnicas como la Terapia de Rol Fijo, la Técnica de la Rejilla o el escalamiento (Kelly, 1995). Por ejemplo, en la Terapia de Rol el paciente se describe a sí mismo mediante una autocaracterización, y el terapeuta la re-escribe para explorar constructos alternativos. El paciente tendrá la tarea de practicar

ese nuevo rol que habrá sido preparado y entrenado en sesión. Este ejercicio permite la reestructuración de los constructos supraordenados que el paciente utilizaba.

1.3. El eclecticismo técnico de orientación: En este caso, se seleccionan, en función de un marco teórico concreto, aquellas técnicas que puedan favorecer al paciente. Lo que se busca es ofrecer técnicas que estén en consonancia con una teoría determinada. La aportación desde el constructivismo a este tipo de eclecticismo sería la propia Terapia de Constructos Personales de Kelly (1955) en la cual las técnicas se eligen en función de las estrategias de cambio derivadas de la conceptualización de los procesos de construcción del cliente (véase una revisión en Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 1993 y Winter, 1992). En este caso, las técnicas se eligen en función de las estrategias de cambio derivadas de la conceptualización de los procesos de construcción del cliente.

1.4. El eclecticismo técnico sistemático: Se trataría de integrar técnicas trazando un esquema sobre el tratamiento a aplicar en función de las características de cada paciente. Como ejemplo, cabe citar la selección sistemática de tratamientos propuesta por Beutler y Clarkin (1990).

2. En la integración teórica se integran dos o más psicoterapias con el objetivo de que dicha unificación sea más efectiva que las dos anteriores por separado.

Dentro de este *marco integrador* podemos encontrarnos con dos tipologías:

2.1. Integración teórica híbrida: Se consideran dos enfoques que sean complementarios y se selecciona tanto aspectos teóricos como técnicas más provechosas de uno y de otro.



Un ejemplo desde el constructivismo sería la integración de la Teoría de los Constructos Personales con el modelo sistémico (Procter y Feixas, 2000). Con esta propuesta se intenta vincular al individuo con el sistema familiar. Se parte de que la familia como tal tiene su propio sistema de constructos familiares (Procter, 1981) que varían mediante la interacción entre sus miembros.

2.2. Integración teórica amplia: Es más compleja que la anterior ya que combina un amplio abanico de enfoques enlazando aspectos cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales.

Fernández-Alvarez (1992) desde la psicología cognitiva, adopta el enfoque de considerar los procesos humanos como procesamiento de la información y la parte cognitivo-social que entiende a la persona como constructora activa de significado. Partiendo de este modelo, uno de sus hitos es una descripción de las etapas del ciclo vital desde la evolución de las estructuras de significado, lo que supone hablar también de modalidades de cambio.

3. Por lo que respecta a *los factores comunes*, se trata de identificar aquellos aspectos, ya sean teóricos o clínicos, que comparten la mayoría de modelos psicoterapéuticos. Este enfoque busca aquellas variables que forman parte del cambio psicológico para poder ofrecer el mejor abordaje para el proceso de cambio.

Dentro de estos factores comunes se han destacado:

- a) los relacionados con las características de los pacientes;
- b) los relacionados con las características de los terapeutas;
- c) las variables del propio proceso terapéutico.

Examinadas las distintas formas posibles de integración, cabe pensar que el desarrollo de una red profesional es, a la vez, causa y consecuencia de la integración en psicoterapia; el mejor ejemplo es la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), cuyo objetivo es el de “promover la exploración y el desarrollo de

los enfoques psicoterapéuticos que integran orientaciones teóricas, clínicas, prácticas y diversos métodos de investigación”.

A modo de conclusión, podríamos hacer referencia al principio de equifinalidad, que postula que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, lo que se vincularía a la idea de que los cambios que se producen en las personas pueden ser similares pero lo que cambia es la forma diferente de facilitar dichos cambios (vinculado a lo que supone la integración).

Bajo este marco, podríamos hablar de que :

- a) las terapias cognitivas enfatizan lo racional;
- b) las humanistas lo emocional;
- c) las psicodinámicas el relato biográfico;
- d) las sistémicas lo relacional;
- e) las conductuales las conductas y hábitos;
- f) los constructivistas la elaboración del significado;
- g) las energéticas la energía existente.

Este trabajo se centra en este último punto que abre una vía alternativa de fomento de los cambios. La Psicología Energética se basa en provocar cambios en la persona y en el propio sistema mediante procesos de funcionamiento internos y asume que produce también un cambio a nivel narrativo.

## 2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.

### 2.1. Psicología Energética.

La Psicología Energética (PE), término acuñado por Gallo (2004), está considerada una rama de la psicología con enfoques integradores en psicoterapia, *coaching* y el ámbito de la salud, que aborda la relación existente a nivel bioenergético entre emoción, cognición, comportamiento y salud. Partiendo de esta idea, trabaja la valoración y el tratamiento de problemas psicológicos tanto a través de técnicas psicoterapéuticas como a través de los sistemas bioenergéticos provenientes de la medicina tradicional china, la kinesiología y la física cuántica. Así podemos encontrar técnicas como la sensibilización, test kinesiológicos, estimulación de distintas áreas del cuerpo, posturas, movimientos, visualizaciones, uso de afirmaciones, reestructuración cognitiva...

En resumen, se considera PE el conjunto de técnicas y métodos que integran intervenciones psicológicas y energéticas en un formato terapéutico tomando como base que los problemas psicológicos son un reflejo de las perturbaciones en los patrones bioenergéticos y los patrones cognitivos-emocionales y comportamentales (*Association for Comprehensive Energy Psychology*, 2015).

El inicio de la PE se dio en los años 60-70 con pioneros como Goodhart (1964) que fundó la kinesiología aplicada y Diamond (1979), que integró el sistema de los meridianos de acupuntura con pruebas kinesiológicas musculares para evaluar el flujo de energía de los meridianos. De aquí partió el trabajo de Callahan (1985), creador de la *Thought Field Therapy*, al creer que las perturbaciones emocionales estaban causadas por perturbaciones en el campo de pensamiento. Cabe citar también el trabajo de Shapiro (1988), creadora del *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) para

tratar el trastorno por estrés post-traumático. Todos ellos comparten la visión de que el cuerpo juega un papel crucial en el cambio psicológico y de que la estimulación somática puede influir en la cognición, provocando con sus métodos una ruptura del bucle de retroalimentación que mantiene los problemas psicológicos (Church, 2009).

A partir de los trabajos mencionados de Callahan (1985) y Shapiro (1995), distintos alumnos y clínicos desarrollan distintos métodos: *Emotional Freedom Techniques* (EFT; Craig, 2005), *Energy Diagnosis and Treatment Methods* (EDxTM; Gallo, 2000), *Tapas Acupressure Technique* (TAT; Fleming, 1993). La EFT se examinará en el punto 2.3. La EDxTM consiste en la evaluación y tratamiento de perturbaciones psicológicas integrando pruebas musculares, terapia de los meridianos y terapia cognitiva; la TAT se basa en ejercer acupresión en determinados puntos de la cabeza y de la cara con el fin de tratar problemas psicoemocionales (en especial trastornos de ansiedad, traumas y duelos).

El proceso en un contexto energético (Hartmann, 2001) sería:

1. Conciencia: Tomar conciencia de la existencia del problema. Depende de la emoción presente en el contexto en el cual se ha dado dicho problema, es decir, del impacto que causó en su momento en nuestro sistema energético.
2. Atención: El acontecimiento ha llamado nuestra atención de forma consciente y al focalizarlo lo vamos elaborando.
3. Respuesta-Emoción: Lo ocurrido puede causar emociones muy intensas que no estamos acostumbrados a gestionar.
4. Emoción de la emoción: De la emoción principal surge una emoción secundaria.
5. Pensamiento consciente: Intentamos racionalizar lo ocurrido para buscar posibles soluciones y dar sentido a lo que nos ha ocurrido.

A nivel energético, la alteración surge cuando el problema es muy íntimo (interno) y se instala de manera que forma parte de uno mismo a los dos niveles, protegiéndose y resistiéndose a una solución, confundiendo dicho problema con el *self*.

Para explicar como funciona la PE y su supuesta efectividad aún queda un largo camino a recorrer aunque podemos encontrar variedad de artículos en la página web del Dr. Fred Gallo (<http://energypsych.com/readings/research-in-energy-psychology/>), más de 3.000 artículos y vivencias en la página oficial de EFT de Gary Craig (<http://www.emofree.com>), y más de 5.000 artículos y reportes de anécdotas en la web sobre EFT (<http://www.eftuniverse.com>).

Algunos aspectos que se suponen efectivos en la PE serian (Benor, 2014):

1. El procedimiento de aplicar *tapping* en los puntos de acupuntura se asume como el mecanismo principal que produce efectos beneficiosos.
2. El foco en las afirmaciones es una parte esencial en las intervenciones.
3. La estimulación en el lado derecho y el lado izquierdo del cuerpo es esencial para obtener los cambios de forma rápida y observable.

De hecho existe divergencia de criterios, principalmente en la ciencia y la medicina occidental, acerca de si los métodos en los que se emplea acupresión son clínicamente útiles.

Lane (2009), en su trabajo sobre la neuroquímica de la acupresión cree que la psicología energética mejora los efectos cognitivos ya que estimula la producción de serotonina, opioides, GABA y regula el cortisol a través de la estimulación en puntos determinados. En la misma línea, Ruden (2005, citado en Gallo, 2004) tiene la hipótesis

de que al ejercer acupresión se estimulan varios neurotransmisores reguladores del humor (GABA, glutamato y serotonina). Dichos cambios a nivel neuroquímico reducen el dolor, hacen descender el ritmo cardíaco, reducen la concentración de cortisol y disminuyen el nivel de ansiedad dando lugar a una desensibilización del estímulo traumático.

Prokhorov *et al.* (2006) mostraron en varios estudios que la resistencia eléctrica en los puntos de acupresión difería de la resistencia en la piel en puntos no establecidos por la acupuntura.

Wolpe (1958) en su teoría de la inhibición recíproca, asocia la relajación muscular con las respuestas inhibitorias en caso de patrones desadaptados. Shapiro (1995) sugiere que el movimiento de los ojos provoca cambios sinápticos ya que genera una corriente que provocaría cambios en el potencial sináptico de la red neuronal pudiendo llegar a una solución adaptativa (recordemos que, al final de una ronda de *tapping*, suelen hacerse unos ejercicios oculares).

Feinstein (2012) concluye, en base a una revisión de estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la PE y que cumplen los estándares científicos, que la técnica de la estimulación a través de la acupresión es un método en el que se puede confiar por ser rápido en cuanto a la alteración de los caminos neuronales que subyacen a los problemas psicológicos y sugiere que cuando se estimulan los puntos de acupresión se “desactiva” la amígdala de forma que, repitiendo dicho proceso (en EFT serían las distintas rondas), se llega a una respuesta condicionada que aminora la ansiedad puesta sobre el foco del problema y el hipocampo almacena esta información produciéndose la mejora clínica en situaciones estresantes y creando nuevos hábitos de respuesta.

Church (2010) sugiere que la influencias conductuales y psicológicas regulan los genes responsables de la inflamación, la inmunidad y la regeneración celular lo que abre campo al estudio de la epigenética en el caso de la meditación, la relajación y la EFT.

Dhond, Kettner y Napadow (2007) muestran a través de imágenes obtenidas por resonancia magnética que la amígdala, el hipocampo y estructuras asociadas al miedo y al dolor disminuyen su metabolismo después de aplicar acupuntura. Mason (2012) en su estudio sobre el uso de psicología energética en la práctica psicoterapéutica comenta que resulta facilitadora de cambios en emociones, pensamientos, comportamientos y fisiología.

Sin embargo, la PE genera controversias debido a la que sus métodos se hallan fuera de los marcos clínicos convencionales. Mayer (2009) resume en su libro estudios de diferentes autores como Clinton (2002) que trabaja equilibrando los chacras (centros de energía corporales) y comenta, en base a su experiencia, que el hecho de hacer *tapping* aumenta la ansiedad y provoca más miedos. Nims (2002) cree que no es necesario hacer *tapping* ya que el abordaje verbal es efectivo por si solo. Diepold (2002) plantea que cuando se dan respuestas críticas sobre el modelo al proponer hacer un ejercicio de *tapping*, estas comprometen el tratamiento.

El tratamiento desde la PE puede aplicarse en variedad de casos como podemos ver en los estudios más recientes:

1. Traumas: Church *et al.* (2013), Gallo (2013), Conolly y Sakai (2012), Conolly y Sakai (2011), Church (2010).
2. Estrés post-traumático: Church y Brooks (2014), Dunnewold (2014), Sheldon (2014), Church y Feinstein (2012), Gurret *et al.* (2012).

3. Ansiedad, miedos y fobias: Boath, Stewart y Carryer (2013), Boath, Stewart y Carryer (2012), Darby y Hartung (2012), Irgens *et al.* (2012), Fitch, Di Girolamo y Schmuldt (2011), Baker y Siegel (2010).
4. Adicciones: Church y Brooks (2013).
5. Depresión: Stapleton *et al.* (2014), Stapleton *et al.* (2013), Church, De Asis y Brooks (2012), Palmer-Hoffman y Brooks (2011).
6. Dolor físico: Church y Brooks (2012);
7. Competencias deportivas: Llewellyn-Edwards y Llewelly-Edwards (2012), Baker (2010).
8. Otros: Psoriasis (Hodge y Jurgens, 2011); insomnio (Lee *et al.*, 2011); estrés (Burk, 2010).

## **2.2 La EFT en el contexto de la Psicología Energética**

Como se ha comentado en el apartado anterior, Craig (2005), discípulo de Callahan (1985), partió del aprendizaje y la aplicación de la TFT a sus propios pacientes durante 5 años. Durante este tiempo simplificó la técnica de la TFT creando el método que nos ocupa.

Church (2013), define clínicamente la EFT subrayando que los tres ingredientes básicos son: *exposición*, *cambio cognoscitivo* y *acupresión*. En su estudio enmarca la clínica de la EFT en “el método de la evidencia basada en la práctica que describe los estándares de evaluación de la APA y que ha sido validado por numerosos estudios”.

Dicho autor hace una revisión de diferentes estudios en los que se aplica EFT, demostrando que la EFT clínica cumple los siguientes criterios por los que se puede juzgar un instrumento terapéutico:



1. Pruebas aleatorias controladas.
2. Tamaño de la muestra adecuado para ser estadísticamente significativo.
3. La muestra de la población se ha elegido a través de cuestionarios fiables y validados y/o entrevistas focalizadas en el objeto de estudio.
4. Se han elegido instrumentos de evaluación cuya fiabilidad y validez se ha mostrado en investigaciones previas.
5. Las entrevistas se han realizado por profesionales ciegos a la asignación del grupo.
6. Manuales de tratamiento contrastados que, en caso de que fuera un procedimiento sencillo, se describe presentando el experimento.
7. La investigación contiene datos suficientes para que las conclusiones sean revisadas así como la magnitud de la significación estadística ( $p < 0,5$ ).

Feinstein (2012) revisa en su investigación diferentes evidencias anecdóticas, estudio de casos, observación sistemática y pruebas con grupo control y sin él, concluyendo que la aplicación de EFT es eficaz en los casos de estrés post-traumático, ansiedad a hablar en público, ansiedad antes los exámenes, depresión, ansiedad generalizada, dolor y enfermedades físicas, control de peso y práctica del deporte (algunos de ellos están ya mencionados en el apartado anterior).

Es importante poder entender los mecanismo fisiológicos que explicarían porqué y cómo se supone que funciona la EFT. Revisando la literatura encontramos diferentes investigaciones como por ejemplo:

- Swingle, Pulos y Swingle (2004) estudiaron los efectos de dos sesiones de EFT en personas que habían tenido un accidente de coche y que habían sufrido estrés

post-traumático (PTSD). Se hicieron entrevistas clínicas, pruebas psicológicas y mediciones neuropsicológicas (EEG) y se encontró una reducción en las frecuencias asociadas al PTSD. Concluyeron que la EFT, entre otros cambios fisiológicos, reduce las ondas de frecuencias asociadas con el estrés o amplifica las asociadas a la relajación.

- Lambrou, Pratt y Chevalier (2003) compararon una muestra de población que padecía claustrofobia con una que no. Hallaron un incremento en las frecuencias Theta asociadas a la relajación después del tratamiento. También usaron la electromiografía para comprobar el estado de relajación muscular.
- Swingle (2010) halló que la aplicación de EFT era eficaz en el caso de trastornos convulsivos.
- Fox y Malinowski (2013) en su investigación con una muestra de estudiantes con grupo control a los que no se les aplica EFT concluyeron que el hecho de que se haga *tapping* no constituye un efecto placebo.

En cuanto a la continuidad de los efectos a largo plazo del cambio psicológico que supone la aplicación de la EFT:

- Rowe (2005) realizó un estudio con una muestra de 102 participantes en un taller de EFT. El instrumento de evaluación de síntomas psicopatológicos que utiliza es el *Symptom Assessment-45* (SA-45) y lo administró un mes antes, al inicio del taller, un mes después del mismo y a los seis meses. La conclusión que obtuvo es que se produjo una reducción estadísticamente significativa de la angustia psicológica, manteniéndose este nivel a lo largo del seguimiento.
- En la misma línea, en la investigación llevada a cabo por Swingle, Pulos y Swingle (2004) y mencionada en el párrafo anterior, cuatro de los nueve

participantes no mantuvieron el cambio en el tiempo pese a haber mostrado un cambio positivo inmediatamente después del tratamiento.

### 3. EFT EN LA PRÁCTICA: PROCEDIMIENTO APLICADO

#### 3.1. Bases de la EFT

La EFT es un método no invasivo creado por Craig (1995), discípulo de Callahan (1981, 1995, 2001), autor de la *Thought Field Therapy (TFT)*. En la TFT, partiendo de la kinesiología, el autor crea una serie de algoritmos diferentes para cada disfunción en concreto ya que asumió la existencia de un bloqueo energético entre el recuerdo o el pensamiento negativo y la emoción que este suscita. La aportación de Craig (1995) a la EFT reside en simplificar el método de Callahan (1981, 1995, 2001) interviniendo directamente sobre dicho bloqueo.

La EFT combina los puntos que se trabajan en la aplicación de la acupuntura--nacida de la medicina tradicional china--mediante la técnica de acupresión junto con instrumentos como la escala del estrés de Wolpe (1973), técnicas de terapia cognitiva, terapia de exposición breve e intervención somática. Existen variantes de EFT así como de las técnicas que se aplican dependiendo del bagaje y de la orientación sobre la que trabaje el propio terapeuta como por ejemplo la adición de técnicas de terapia breve estratégica, hipnosis ericksoniana o PNL. El reto es la combinación del campo energético con la psicoterapia.

Desde las perspectivas energéticas se asume que el cuerpo humano posee un sistema energético que debe estar equilibrado para mantener un estado óptimo. La energía vital (el Qi de las tradiciones chinas), se supone que circula a través de doce meridianos bilaterales del cuerpo (un total de 24) y dos unilaterales ubicados bajo la superficie de la piel (aproximadamente entre 5 y 10 mms.) y cada uno de ellos se encuentra asociado y relacionado con un órgano interno y su función mediante canales

secundarios. Dicho sistema de meridianos se entiende como un proceso y no como una estructura orgánica ya que existe una correspondencia entre el recorrido que realiza el sistema circulatorio, nervioso y linfático y el recorrido de los meridianos por donde circula la energía vital (véase Fig. 1).

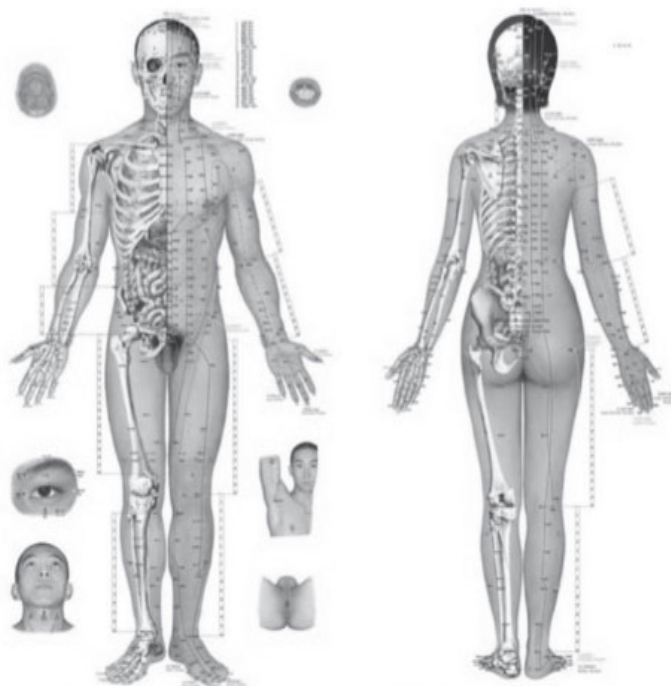


Fig 1: Adaptada de Cobos (2015). Meridianos y puntos de acupuntura .

Dichos meridianos, según la medicina tradicional china, están en relación con dos tipos de energía complementarias: Yin y Yang. Cada meridiano del cuerpo experimenta un aumento de energía a lo largo de las 24 horas del día y posee una dirección de flujo de energía.

Los meridianos Yin están relacionados con los “órganos sólidos”: pulmón, bazo, hígado, riñón, corazón y pericardio; los meridianos Yang están relacionados con los “órganos huecos”: intestino delgado, vejiga, vesícula biliar, intestino grueso, estómago y una función llamada “triple calentador”.

Encima de cada meridiano hay una serie de puntos específicos sobre los que podemos ejercer acupresión (o en el caso de la acupuntura, mediante agujas) para ajustar desequilibrios en el Qi. Los estudios de medicina tradicional china indican que fueron descubiertos de forma empírica.

Estudios de autores como Senelar y Auziech (citados en Embid, 1998) concluyen que los puntos serían regiones de cruce muy complejas apropiadas morfológicamente para repercutir un estímulo local hacia el sistema nervioso central y el autónomo.

La acupresión se basa en ejercer presión en los distintos puntos de los meridianos con el objetivo de estimular el fluido energético y resolver bloqueos de energía.

La medicina tradicional china está reconocida por la OMS desde el año 1979, su demanda va en aumento y se practica cada vez en más países. Por ello ha creado una estrategia para impulsar la integración global de la misma en los sistemas de salud de los estados miembros (Burton *et al.*, 2013).

La acupresión o *tapping* que se realiza envía una vibración que recogen los mecano-receptores que son receptores sensoriales (neuronas secundarias) que se encuentran en nuestro sistema somatosensorial y responden a estímulos mecánicos disparando potenciales de acción (proceso de transducción). Los puntos sobre los que se realiza el *tapping* tienen una alta concentración de este tipo de receptores, envían sus señales--viajando a través de fibras aferentes primarias--hacia el córtex somato-

sensorial en los lóbulos parietales y el córtex prefrontal y desde aquí, al córtex, la amígdala, el hipocampo y otras estructuras en donde el problema emocional tiene entidad neurológica (Van der Schrier y Sebastian, 2015).

Church (2008) ha recopilado estudios científicos sobre epigenética que demuestran que muchos genes pueden activarse y desactivarse según sean nuestras creencias, sentimientos y comportamientos con lo que cada pensamiento afecta al cerebro, al sistema inmunitario y al hormonal. Sabban y Kvetnansky (2001) y Davis, Bozon y Laroche (2003) describen dentro de este tipo de genes las funciones del C-fos y EGR-1 como disparadores de estrés.

Por ejemplo, al hacer *tapping* se genera una carga piezoeléctrica que se propaga y hace que se activen genes de inducción inmediata, que son aquellos que median entre nuestro entorno y los procesos neuroquímicos corporales y, si se produce un cambio cognitivo, éstos pueden activarse.

Ulett (1992), autor de variados estudios científicos sobre acupuntura, afirma que la estimulación de los puntos de acupuntura produce endorfinas (neurotransmisor producido por el sistema nervioso central que modula el dolor y disminuye la frecuencia cardíaca), encefalinas (péptido que interviene en la regulación del dolor y la nocicepción corporal), dinorfina (péptido opiáceo que actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central), serotonina (neurotransmisor del sistema nervioso central de acción vasoconstrictora que influye en el estado de ánimo, el sueño, el apetito y la memoria) y produce cambios en el cortisol (hormona glucocorticoesteroide producida por la glándula suprarrenal que posee acción antiinflamatoria e incrementa el nivel de azúcar en la sangre).

El incremento de la serotonina así como el descenso del cortisol y la combinación de los distintos opioides actúan disminuyendo los niveles de ansiedad.

Lane (2009), en su estudio sobre la neuroquímica de la acupresión propone que la psicología energética mejora los efectos cognitivos y de exposición a través de la estimulación de los puntos de acupuntura.

En el momento de realizar una EFT, se trabaja un circuito completo, uno abreviado y unos puntos anexos (acupresión). Se trataría--dentro de un lenguaje occidentalizado—de poder comprender y dar a conocer qué trabaja cada punto.

Desde la perspectiva de la neurociencia, la pretensión es la de averiguar qué se mueve y cómo a nivel orgánico, neuronal y desde otros campos que desconocemos y qué es lo que logra que el proceso terapéutico sea más ágil en comparación con otras técnicas.

### **3.2. Puntos de aplicación de la EFT.**

Los estudios de Craig (1995), Embid (1998), Bolton, Courtney y Harvard (citados en Hartman; 2001) y Hartman (2003), elaboran la relación que se supone que existe entre los puntos de *tapping*, su localización, su correspondencia con el punto de meridiano y las propiedades que se trabajan:



Zona del cuerpo	Punto de <i>tapping</i>	Localización	Punto de meridiano y nombre según MTC	Nomenclatura meridianos	Acción según Embid (1998)	Propiedades según Bolton, Courtney, Harvard (citados en Hartman, 2001)
Cara	Inicio de la ceja (escotadura supraorbitaria) (CE)	Donde empieza la ceja, encima de la nariz y a un lado.	Vejiga 2- <i>Zanzhu</i>	V2	--	Orientación interior. <u>Bloqueado</u> : Incrementa miedo e inhibición. <u>Después de <i>tapping</i></u> : libera el miedo e incrementa el coraje.
	Lado del ojo (LO)	Lateral del ángulo externo del ojo.	Vesícula Biliar 1- <i>Tongziliao</i>	VB1	--	Armonía. <u>Bloqueado</u> : agota la energía. <u>Después de <i>tapping</i></u> : Elimina la letargia y refuerza la determinación y el coraje.
	Bajo el ojo (BO)	En el punto medio bajo la pupila, entre el borde infraorbitario y el globo ocular.	Estómago 1- <i>Chengqi</i>	E1	Punto de entrada del meridiano.	Alegría. <u>Bloqueado</u> : pensamiento confuso. <u>Después de <i>tapping</i></u> : libera emociones indecisas y aumenta la capacidad intelectual y pensamiento claro.
	Bajo la nariz (BN)	Debajo de la nariz, en el surco nasolabial.	Vaso gobernador 26	VG26 o TM26	Elimina el calor, calma el espíritu. Punto de unión entre Du Mai y Shou Yang Ming.	Conexión interior. Desequilibrio energético con molestias físicas; este meridiano controla el cuerpo. <u>Bloqueado</u> : Causa introversión. <u>Después de <i>tapping</i></u> : elimina la timidez y mejora la habilidad de comunicarse y establecer relaciones con los demás.
	Mentón o bajo el labio (BL)	Línea media del mentón labial en la depresión entre la barbilla y el punto medio del labio inferior.	Vaso central: Vaso concepción 24- <i>Chengtiang</i>	VC24	Punto de salida y de unión entre Du Mai, Ren Mai, Zu y Shou Yang Ming.	Poder personal. Desequilibrio energético a través de las emociones. Es el principal controlador de las emociones. <u>Bloqueado</u> : Retiene emociones traumáticas del pasado. <u>Después de <i>tapping</i></u> : se liberan traumas natales y prenatales, permitiendo que la energía circule, eliminando el letargo y la fatiga.

Cuerpo	Clavícula (CL)	En la depresión del borde inferior de la clavícula.	Meridiano de Riñón: Riñón 27- <i>Shufu</i>	R27	--	Carácter amable. Desequilibrio energético a través de los miedos, especialmente el miedo a lo desconocido. <u>Bloqueado</u> : Dificulta la toma de decisiones y conlleva un estado energético bajo. <u>Después de tapping</u> : impetu y voluntad para realizar tareas.
Bajo el brazo (BB)	En la línea media de la axila (intercostal)aproximadamente 10 cm bajo la misma.	Meridiano de Bazo: Bazo 21- <i>Dabao</i>	BP21	Punto de salida del Gran Lo del bazo.	Desequilibrio de energía a través de resentimiento. <u>Bloqueado</u> : reduce la velocidad de procesamiento. <u>Después de tapping</u> : elimina patrones de pensamiento confusos y aumenta la concentración.	
Mano	Dedo pulgar (Pu)	En el ángulo ungueal externo: en la base de la uña.	Meridiano de Pulmón: Pulmón 11- <i>Shaoshang</i>	P11	Pozo del meridiano <i>Tayin</i> de la mano.	Valor: Desequilibrio energético a través de los pensamientos negativos. <u>Bloqueado</u> : Causa letargia y energía baja. <u>Después de tapping</u> : Elimina la negatividad e incrementa la vitalidad y la positividad.
	Dedo índice (DI)	En la base de la uña, en el ángulo ungueal externo.	Meridiano de Intestino grueso: Intestino grueso 1- <i>Shangyang</i>	IG1	Pozo del meridiano.	Soltar. Desequilibrio energético en base al aferrarse a la pena y a la culpa. <u>Bloqueado</u> : Nostalgia. <u>Después de tapping</u> : Libera emociones que nos anclaban al pasado. Permite vivir en el presente, ser optimista y trabajar hacia objetivos futuros.
	Dedo medio (DM)	Lado radial del ángulo ungueal.	Meridiano de Pericardio: Pericardio 9- <i>Zhongchong</i>	MC9	Punto de tonificación del meridiano <i>Jueyin</i> de la mano.	Apego. Desequilibrio energético a través de la infelicidad con uno mismo y con los demás. <u>Bloqueado</u> : Sentimientos relacionados con la autoestima baja. <u>Después de tapping</u> : Elimina

	Dedo meñique (Me)	En su borde radial, en el ángulo ungueal.	Meridiano de Corazón: Corazón 9- <i>Shaochong</i>	C9	Punto de salida, pozo del meridiano del corazón <i>Shaoyin</i> de la mano.	sentimientos de inferioridad y incrementa el empoderamiento personal. Amor incondicional. Desequilibrio energético en base a falta de amor por uno mismo y por los otros. Bloqueado: Egoísmo y soledad. Después de <i>tapping</i> : Elimina pensamientos limitantes, abre la consciencia y mejora la memoria a largo plazo. Contribuye al desarrollo de la empatía, compasión y amor incondicional.
Punto kárate (PK)	En el lateral de la mano, entre la muñeca y la base del meñique.	Meridiano de Intestino Delgado: Intestino delgado 3- <i>Houxi</i>	ID3	Punto de apertura del meridiano Du Mai. Punto de tonificación de este meridiano.	Confianza. Bloqueado: Pérdida de confianza en uno mismo. Después de <i>tapping</i> : Elimina dudas sobre uno mismo, sentimientos de autoestima baja y mejora la autoconfianza.	
Punto gama	En el dorso de la mano, a 1cm por debajo del punto central entre el cuarto y quinto metacarpiano entre el dedo anular y meñique.	Meridiano de Tiroides: Triple Calentador 3- <i>Zhonghu</i>	TR3	Punto de tonificación del meridiano,	Conexión. Bloqueado: Dificultad para expresar emociones y amor. Después de <i>tapping</i> : Elimina la baja autoestima y nos abre a interactuar emocionalmente con los demás.	

Cabe tener en cuenta que hay profesionales que añaden el punto coronilla o bien el correspondiente al punto de dolor (situado en el pecho) y de otros que no realizan los puntos correspondientes a los dedos de la mano. En este cuadro se ha citado los puntos que según el autor del método (Craig, 1995) describe como la “método abreviado de la receta básica” (que no incluye los puntos de la mano), añadiendo dichos puntos que se pueden consultar en el manual de EFT así como los descritos por Fernández Luna (2013) . El motivo de inclusión/exclusión de los puntos de la mano reside en que según el autor, el método breve funciona muy bien aunque es necesario conocer la inclusión de dichos puntos y aplicarlo para obtener mayor resultado.

Para conseguir una imagen visual, vamos a ver los puntos correspondientes y explicados en la tabla anterior en referencia a la cara y a la mano.

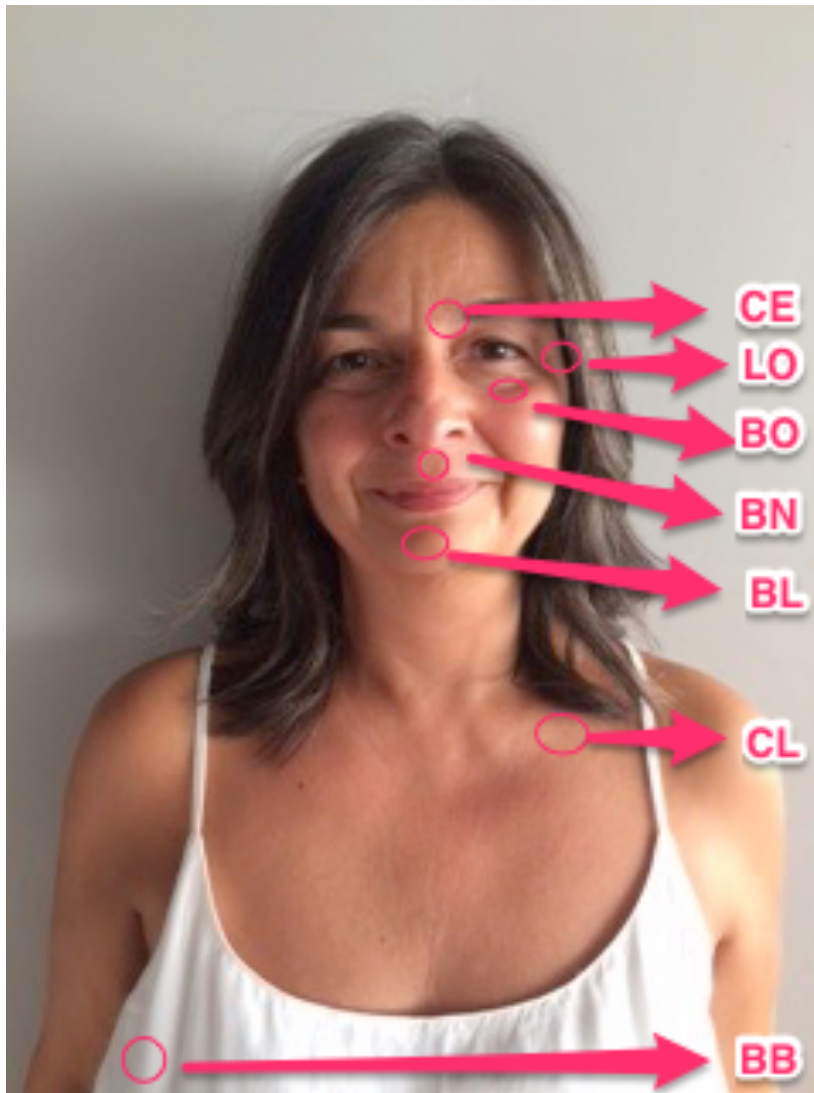


Figura 2: Puntos de localización correspondientes a la cara y al cuerpo.

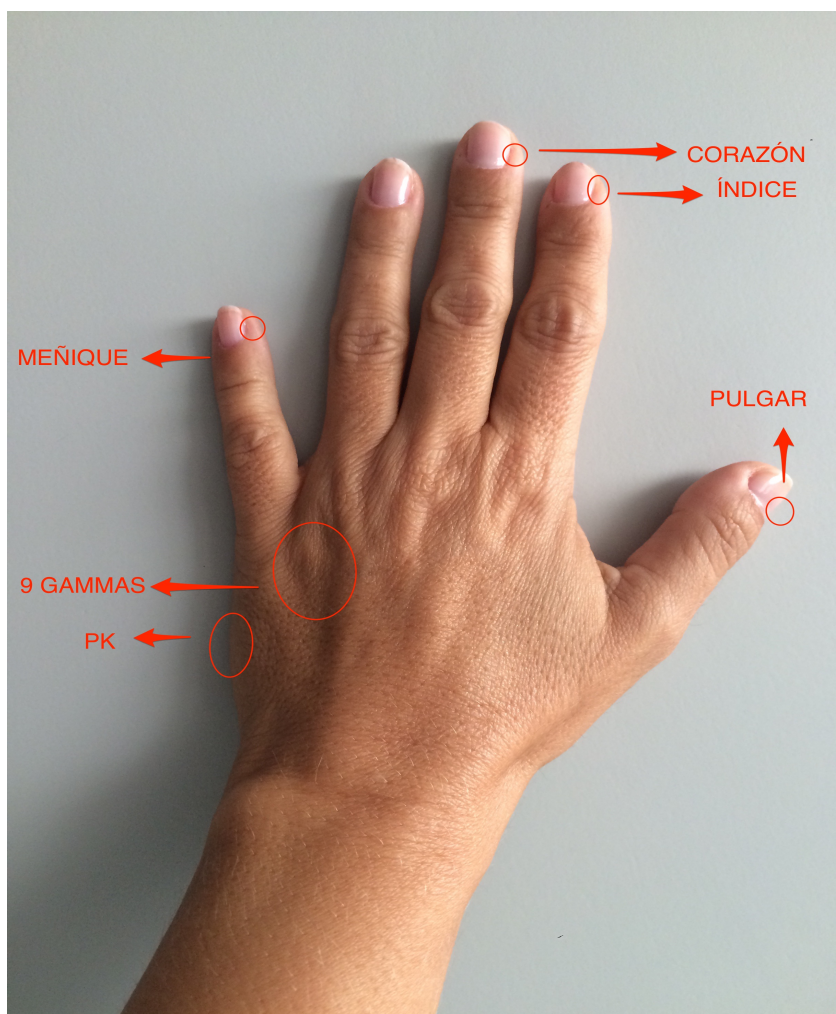


Figura 3: puntos de localización de la mano.

### 3.3. Pasos de la receta básica.

Para la aplicación de esta técnica es necesario seguir una serie de pasos:

1. Focalizar la atención en un problema o bien un recuerdo específico que en estos momentos produce malestar. Para ello hay que hacer un trabajo de conexión con la emoción que genera dicho problema o recuerdo (se supone que las emociones negativas producen un bloqueo en el sistema energético corporal).

Para la evocación del problema se le puede añadir movimiento, colores, olor, sonido... todo aquello que ayude y forma parte de la situación o emoción a transformar.

Sólo cuando se ha podido conectar con la emoción y el bloqueo que esta genera, es cuando se puede desbloquear a través de esta técnica. Se trata de estar sintonizado con el problema mientras se realiza el tapeo de los distintos puntos.

2. Aplicar la escala de ansiedad (Wolpe, 1973), en la que el paciente valora entre el 0 (ausencia) y 10 (muy intenso) el grado de malestar que siente.
3. Preparación: Antes de hacer la secuencia de la receta básica, hay que tener en cuenta el *Reverso Psicológico*: son aquellos pensamientos sabotadores inconscientes. Suelen aparecer en un 40% de los casos (Craig, 1995). Dicho revés no crea emoción alguna con lo que es difícil tenerlo presente. Para que funcione la receta básica, debe corregirse.

Para corregir dicho reverso:

- a) Aplicamos una reafirmación neutralizante del pensamiento sabotador:  
“Aunque tengo este (descripción del problema), me acepto completa y

profundamente, voy a estar bien, me sentiré mejor, soy una buena persona, siempre salgo adelante o alguna frase similar. ”.

El objetivo de la frase es reconocer el problema y crear una aceptación propia pese a aquello que se quiere resolver. Por ejemplo: “Aunque estoy enfadada con mi madre, sé que lo solucionaré”.

- b) Mientras se verbaliza la afirmación anterior, se hace *tapping* en el PK. Es mejor usar el PK de la mano no dominante para tapear con los dedos de la mano dominante.

4. La secuencia: Se hace *tapping* en los distintos puntos y en el orden expuesto en el punto 3.2. (se empieza por la cabeza y se termina por la mano) con el objetivo de equilibrar o corregir el trastorno del sistema energético. Mientras se realiza, hay que decir la frase recordatoria (ésta ayuda a focalizar y hacer consciente aquello que preocupa al paciente o le hace sentir mal).

No importa si trabajas con un lado del cuerpo o con el otro e incluso hay psicoterapeutas que lo aplican con las dos manos en ambos lados del cuerpo.

5. Comprobar resultados: Cada ronda de *tapping* dura aproximadamente un minuto. Después de un par de rondas, volvemos a evaluar la intensidad de 0 a 10 (tal y como se ha expuesto en el apartado 1).

Si el problema sigue estando presente, (normalmente no es suficiente con una primera ronda debido a que se reproduce el Reverso Psicológico que ahora bloquea cualquier progreso remanente) volvemos a tomar nota del nivel de malestar.

Con ello, hay que ajustar la frase de preparación, por ejemplo: “A pesar de que todavía tengo algo de este enfado con mi madre, sé que lo gestionaré”.

Cabe tener en cuenta que un problema puede abrir diferentes aspectos y entonces hay que trabajar con cada uno de esos aspectos.



6. Los 9 pasos: Mientras se hace *tapping* en el Punto Gama hay que hacer los siguientes pasos:

1. Ojos cerrados.
2. Ojos abiertos.
3. Mirar hacia abajo y a la derecha (cabeza erguida).
4. Mirar hacia abajo y a la izquierda (cabeza erguida).
5. Girar los ojos en círculo siguiendo las agujas de un reloj.
6. Girar los ojos en círculo siguiendo el sentido contrario a las agujas de un reloj.
7. Durante 2 segundos, tatarrear una canción.
8. Contar rápidamente del 1 al 5.
9. Tararear de nuevo durante 2 segundos una canción.

La finalidad de este procedimiento es la de estimular el cerebro a través de las conexiones que se producen al mover los ojos, al tararear una canción (hemisferio derecho) y al contar una secuencia numérica (hemisferio izquierdo).

Como se ha comentado, después de dar todos estos pasos, se pueden seguir haciendo rondas teniendo en cuenta todos los aspectos que van emergiendo.

Al aplicar la receta básica nos podemos encontrar con diversos aspectos que hay que tener en cuenta:

- a) El Asunto Raíz: Son trastornos emocionales que acarreamos desde la infancia o en respuesta a un trauma o un momento difícil de nuestras vidas. Suelen tener una alta carga emocional. Trabajando desde el asunto raíz, se resuelve antes esa situación/emoción.
- b) Efecto generalización: El autor contrastó que después de trabajar varios problemas relacionados entre sí, el proceso de cambio se generaliza a todos estos problemas.
- c) Hay que ser muy específico cuando se trabaja con EFT, desglosando los asuntos emocionales que hay detrás de cada acontecimiento.

### **3.4. Protocolo de aplicación en los casos.**

Partiendo del modelo de integración en psicoterapia, se han aplicado técnicas psicoterapéuticas específicas. Lógicamente, la aplicación de cada técnica ha estado en función de las características de la demanda en cada caso.

Entre otras técnicas se han utilizado:

- Inducción Ericksoniana: Se basa en conducir al paciente a un estado de relajación más o menos profundo a través del lenguaje metafórico y simbólico.
- Técnica de la moviola de Guidano (1991): Se basa en reconstruir escenas que ya hayan sucedido, vivenciándolas emocionalmente y corporalmente y narrándolas.
- Línea del tiempo de la PNL: Se trata de representar espacialmente las experiencias pasadas, el presente, y planes para el futuro.
- Flecha descendente y ascendente de la TCP y terapia cognitiva: La primera consiste en realizar toda una serie de inferencias que lleven al paciente hasta la raíz de su pensamiento, momento en el cual éste ya no encuentra más explicaciones. La segunda se basa en plantear cada nivel de pensamiento de forma más positiva y funcional (reestructuración cognitiva).
- Silla vacía: Consiste en establecer un diálogo, un encuentro emocional, ya sea con un acontecimiento, una persona no disponible, o algo que perturba al paciente para así poder reintegrar su propias proyecciones.
- Prescripción del síntoma: Se prescribe el síntoma que está sintiendo el paciente (sugestión indirecta, paradoja pragmática).
- Genograma: Es un registro de información de al menos tres generaciones de una misma familia para analizar las relaciones que se dan entre ellos.

## 4. ESTUDIO EMPÍRICO

### 4.1. Introducción: Objeto de estudio y objetivos.

Esta investigación está centrada en los efectos diferenciales de la aplicación de la técnica de EFT en de un proceso de psicoterapia cognitivo-constructivista integradora en comparación con un grupo de pacientes a los que se ha aplicado también un proceso psicoterapéutico pero sin EFT con el fin de poder explorar y comprobar:

1. Qué variables mejoran diferencialmente, si las hay: sintomatología, bienestar subjetivo, funcionamiento interpersonal y riesgo.
2. Qué cambios narrativos diferenciales se producen tras la terapia, si se produce alguno.

### 4.2. Método

#### 4.2.1. Participantes

*i. Clientes: variables demográficas básicas del grupo de terapia sin EFT.* Los clientes incluidos en este estudio fueron 239; 191 mujeres (79,9%) y 48 hombres (20,1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio (con una periodicidad de una sesión semanal de una hora de duración) en un servicio universitario de psicoterapia de Barcelona: el *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna* cuyo funcionamiento se describe más adelante en el apartado *procedimiento*. Los tratamientos que se analizan corresponden a todos aquellos pacientes que empezaron su proceso terapéutico en cualquier momento de los tres años y cuatro meses comprendidos entre el inicio de la actividad del *SAAP Blanquerna* y el análisis de los datos que constituyen este estudio.

La media de edad de los participantes fue de 25,7 años, con una desviación típica de 8,7 y una puntuación mínima de 14 y máxima de 70. Un 69,75% de la muestra de pacientes se encontraba en la franja de edad comprendida entre los 18 y los 25 años.

*ii. Clientes: variables demográficas básicas del grupo de terapia con EFT.* Los clientes incluidos en este estudio fueron 18; 17 mujeres (94,4%) y un hombre (0,06%)

que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio (con una periodicidad de una sesión semanal de una hora de duración) en un centro privado cuyo funcionamiento sigue el mismo procedimiento que el del *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna*. Los tratamientos que se analizan corresponden a todos aquellos pacientes que empezaron su proceso terapéutico en 2014.

La media de edad de los participantes fue de 39,72 años, con una desviación típica de 8,51 y una puntuación mínima de 25 y máxima de 53. Un 61,1% de la muestra de pacientes se encontraba en la franja de edad comprendida entre los 30 y los 50 años.

*iii. Clientes: variables clínicas básicas del grupo de terapia sin EFT.* Los motivos de demanda de los pacientes se clasificaron según las categorías del sistema de evaluación *CORE*. Dichos motivos de demanda fueron, por orden de mayor a menor frecuencia, los que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra de pacientes del grupo de terapia sin EFT según los motivos de demanda.

<i>Motivo de demanda</i>	<i>Porcentaje de pacientes</i>
Ansiedad/estrés	25,9%
Problemas relacionales e interpersonales	20,5%
Depresión	17,2%
Problemas de autoestima	10%
Trastornos alimentarios	5%
Problemas de ámbito laboral o académico	3,8%
Pérdida/duelo	3,8%
Demandas inespecíficas	3,8%
Problemas de personalidad	3,3%
Adicciones	2,9%
Problemas físicos/psicosomáticos	2,1%
Trauma, abuso o maltrato	1,3%

Condiciones de vida desfavorables	0,4%
-----------------------------------	------

iv. *Clientes: variables clínicas básicas del grupo de terapia con EFT.* Igualmente, los motivos de demanda de los pacientes se clasificaron según las categorías del sistema de evaluación *CORE*. Dichos motivos de demanda fueron, por orden de mayor a menor frecuencia, los que se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la muestra de pacientes del grupo de terapia con EFT según los motivos de demanda.

<i>Motivo de demanda</i>	<i>Porcentaje de pacientes</i>
Ansiedad/estrés	16,6%
Problemas relacionales e interpersonales	11,1%
Depresión	0%
Problemas de autoestima	16,6%
Trastornos alimentarios	0%
Problemas de ámbito laboral o académico	11,1%
Pérdida/duelo	11,1%
Demandas inespecíficas	0%
Problemas de personalidad	16,6%
Adicciones	0%
Problemas físicos/psicosomáticos	16,6%
Trauma, abuso o maltrato	0%
Condiciones de vida desfavorables	0%

v. *Terapeutas del grupo de terapia sin EFT.* Los terapeutas del grupo de terapia sin EFT participantes en este estudio fueron nueve en total; siete mujeres y dos hombres. En el momento de iniciar el estudio la edad de los terapeutas estaba

comprendida entre 26 y 40 años ( $M=33,22$ ;  $DT=6,48$ ). Todos ellos eran psicólogos clínicos y psicoterapeutas acreditados, con formación específica de máster en psicoterapia. Ocho de ellos eran doctores en psicología. Los años de experiencia de los terapeutas oscilaban entre los 3 y los 17 años ( $M=10,22$ ;  $DT=6,48$ ).

*vi. Terapeutas del grupo de terapia con EFT.* Los terapeutas participantes en este estudio fueron 2 en total; mujeres. En el momento de iniciar el estudio la edad de los terapeutas estaba comprendida entre 50 y 53 años ( $M=51,5$ ;  $DT=1,5$ ). Todos ellos eran psicólogos clínicos y psicoterapeutas acreditados, con formación específica de máster en psicoterapia. Ninguna eran doctores en psicología. Los años de experiencia de los terapeutas oscilaban entre los 14 y los 25 años ( $M=19,5$ ;  $DT=5,5$ ).

#### **4.2.2. Instrumentos**

*i. Evaluación de resultados.* Para la evaluación del estado sintomático de los clientes se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure (CORE-OM)*; cuestionario de 34 ítems autoadministrado que evalúa el estado del cliente centrándose en las siguientes dimensiones: (a) Bienestar subjetivo; (b) Problemas/síntomas (grado de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos); (c) Funcionamiento (relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano); y (d) Riesgo—es decir, indicadores clínicos del riesgo de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros. Cada uno de los 34 ítems del *CORE-OM* se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre).

Está adaptado al español por Feixas *et al.*, (2012), y se puede obtener gratuitamente en: <http://www.ub.edu/terdep/core/#.Vc-BU3iExEQ>.

Desde su creación en 1998 el *CORE-OM* ha sido ampliamente validado y existen numerosas publicaciones que demuestran sus buenas propiedades psicométricas y su utilidad para la evaluación clínica (véase Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, Benson, Connell, Audin, & McGrath, 2001; Evans, Connell, Barkham, Margison, Mellor-Clark, McGrath, & Audin, 2002). Evans *et al.* (2002) en su estudio de validación con una muestra clínica de 890 pacientes y una muestra no clínica

de 1.106 sujetos demostraron que la fiabilidad del *CORE-OM*, evaluada a partir del cálculo de la consistencia interna del test mediante la  $\alpha$  de Cronbach, era adecuada en ambas muestras y oscilaba entre 0,75 y 0,95 en todas las subescalas del cuestionario.

La fiabilidad test-retest (al cabo de una semana) fue también excelente, oscilando todas las correlaciones  $\rho$  entre 0,87 y 0,91, a excepción de la referida al factor *riesgo* que, aún siendo significativa, fue la más baja ( $\rho=0,64$ ). En cuanto a la validez convergente, el *CORE-OM* demostró correlacionar adecuadamente con otros 7 instrumentos de evaluación sintomática. Evans *et al.* (2002), también encontraron que el *CORE-OM* discriminaba adecuadamente entre población clínica y no clínica y que tenía una adecuada sensibilidad al cambio terapéutico.

Por lo que respecta a la versión española, Corbella (2003) comparó las puntuaciones de una muestra de 400 pacientes (250 españoles y 150 argentinos) con las de una muestra de 87 voluntarios sin demanda de atención psicológica. A partir de la comparación de las medias de (a) la muestra con demanda clínica y (b) la muestra sin demanda clínica, se demostró que las diferencias eran estadísticamente significativas en todas las escalas del cuestionario ( $p<0,001$  bilateral).

*ii. Grabación o transcripción de las sesiones de terapia con EFT.* Para poder recoger el discurso de los participantes durante la/s sesión/es de EFT se procedió en algunos casos a grabarlas (en aquellos que había consentimiento explícito sobre este punto) y en otros a transcribirlas en el mismo momento.

*iii. Autocaracterización.* La técnica de la autocaracterización fue propuesta originalmente por Kelly (1955/1991). Tal y como detallan Botella y Feixas (1998), como técnica de evaluación ofrece grandes posibilidades psicológicas y deriva directamente del enfoque crédulo adoptado por Kelly. Su fundamento radica en lo fructífero de prestar atención a la autopresentación del cliente en sus propios términos y partiendo de la base de que lo que dice es, por principio, "verdad narrativa" (Spence, 1982).

Kelly (1955/1991) sugiere la siguiente fórmula para proponerle al cliente la redacción de una autocaracterización:

Quiero que escriba una breve caracterización de (nombre del cliente) como si fuera el personaje de una obra teatral. Escríbalo como lo haría un buen amigo que le conociese muy íntimamente y le tuviese mucha simpatía, alguien que le conociese mejor de lo que quizá nadie pueda conocerle. Asegúrese de escribir en

tercera persona. Por ejemplo, empiece diciendo "(nombre del cliente) es..." (pág. 242).

Kelly escogió cada término de la instrucción con gran meticulosidad. Por ejemplo, el énfasis en la tercera persona tiene el objetivo de que el cliente describa a una persona completa, sin centrarse únicamente en algún aspecto específico de ella. Al sugerir que se escriba desde la perspectiva de un amigo íntimo, se minimiza el riesgo de una autocrítica excesiva. La estructura abierta de la sugerencia final pretende facilitar la creatividad del cliente, evitando imponer ningún tipo de formato, extensión o contenido temático en su protocolo.

Por otra parte, y aunque Kelly no lo considerase en su presentación inicial, la experiencia clínica aconseja presentar la tarea de la forma menos evaluativa posible. Por ejemplo, es importante respetar la lengua materna del cliente a la hora de redactar el protocolo, especialmente en culturas bilingües. En este mismo sentido, es aconsejable desalentar cualquier posible temor a cometer faltas de ortografía o a no saber expresarse con corrección estilística o gramatical. Lo importante del protocolo es su valor como presentación personal, no su calidad literaria.

*iv. Evaluación narrativa.* Para evaluar las dimensiones seleccionadas de las narrativas de los pacientes se utilizó la Rejilla de Evaluación Narrativa (REN; Botella, 2008; Botella y Gámiz, 2011; Vall y Botella, 2015). La REN está concebida como una serie de escalas de puntuación que combinan las dimensiones narrativas más empleadas en la literatura.

Las principales dimensiones que se han propuesto, sintetizadas a partir de un cuerpo de investigación creciente incluyendo las ya resumidas (véase también Gergen, 1994; Gonçalves, 2000; Gonçalves y Henriques, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d; McAdams, 2006; y Neimeyer, 2006) son las siguientes.

### *1. Estructura y Coherencia Narrativa*

1.1. Orientación--¿*Quién, cuándo, dónde?*: Dimensión de la narrativa que informa acerca de los personajes y el contexto social, espacio-temporal y personal. Puede incluir acontecimientos relevantes anteriores o posteriores al acontecimiento narrado.

1.2. Secuencia estructural--¿*Qué?*: Segmento principal de una narrativa que se compone de una serie de acontecimientos que recapitulan la secuencia temporal de una



experiencia tal como fue vivida. Incluye: (1) un acontecimiento inicial; (2) una respuesta interna a este acontecimiento (por ejemplo, objetivos, planes, pensamientos o sentimientos); (3) una acción y (4) sus consecuencias.

1.3. Implicación evaluativa--*¿Por qué se explica?*: Tonalidad emocional del relato.

1.4. Integración--*¿Está claro el hilo conductor del discurso?*

## 2. *Contenido y Multiplicidad Narrativa*

2.1. Temas: Descripciones de contenidos específicos o elaboraciones detalladas de diferentes facetas de dichos contenidos.

2.2. Acontecimientos: Secuencias narrativas más o menos independientes.

2.3. Escenarios: Lugar donde se desarrolla la acción.

2.4. Personajes.

## 3. *Proceso y Complejidad Narrativa*

3.1. Objetivación: Exploración de la multiplicidad del mundo sensorial en la construcción de la experiencia.

3.2. Subjetivación emocional: Exploración de la multiplicidad de la experiencia interna en el plano de las emociones y sentimientos.

3.3. Subjetivación cognitiva: Exploración de la multiplicidad de la experiencia interna en el plano de los pensamientos.

3.4. Metaforización: Exploración del significado de la experiencia desde una postura meta-analítica y reflexiva.

## 4. *Inteligibilidad Narrativa*

4.1. Establecimiento de una meta final valorada.

4.2. Selección de acontecimientos relevantes para dicha meta.

4.3. Ordenamiento de dichos acontecimientos en una secuencia.

4.4. Caracterización de los personajes aportando una cierta estabilidad a su identidad.

4.5. Establecimiento de vínculos causales entre acontecimientos.

4.6. Establecimiento de signos de demarcación narrativa.

*5. Otras dimensiones relevantes*

5.1. Secuencias de contaminación: Episodios con un inicio progresivo seguido de un final regresivo que lo eclipsa. Relacionadas con depresión, insatisfacción y neuroticismo como rasgo.

5.2. Secuencias de redención: Episodios con un inicio regresivo seguido de un final progresivo que lo transforma. Relacionadas con niveles altos de generatividad, resiliencia, calidad de vida...

---

# Rejilla de Evaluación Narrativa

©Luis Botella (2008)

---

## 0. Síntesis Narrativa

---

### Encuadre:

- ¿Dónde sucede la acción?
- ¿Cuándo sucede la acción?

### Reparto:

- ¿Quién/es aparece/n como personaje/s?
- ¿Qué acciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué intenciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué rasgos de personalidad se le/s atribuyen?
- ¿Qué motivaciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué emociones se le/s atribuyen?

### Argumento:

- ¿Qué sucede? ¿Por qué sucede lo que sucede?

### Meta narrativa:

- ¿Qué se intenta demostrar con la narrativa? ¿Cuál es la meta a alcanzar o a evitar? ¿Cuál es el “mensaje” implícito o explícito?
-

---

# 1. Estructura y Coherencia

---

## 1.1. Orientación general de la narrativa (OG)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

## 1.2. Secuencia estructural general de la narrativa (SE)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

## 1.3. Implicación evaluativa general de la narrativa (IE)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

## 1.4. Integración general de la narrativa (IG)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

## 1.5. Coherencia general de la narrativa $(I.1+I.2+I.3+I.4)/4$ (CG)

---

---

## 2. Complejidad del Contenido

---

### 2.1. Variedad de temas (VT)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 2.2. Variedad de acontecimientos (VA)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 2.3. Variedad de escenarios (VE)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 2.4. Variedad de personajes (VP)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

---

---

## 3. Proceso Narrativo

---

### 3.1. Grado de objetivación (O)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 3.2. Grado de subjetivación emocional (SE)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 3.3. Grado de subjetivación cognitiva (SC)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 3.4. Grado de metaforización (reflexividad) (M)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

---

---

## 4. Inteligibilidad Narrativa

---

### 4.1. Grado de claridad de la meta final valorada (C)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 4.2. Grado de conflicto entre metas diferentes (Co)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 4.3. Grado de razonabilidad de la meta final valorada (R)

1. Bajo  2. Medio  3. Alto

---

### 4.4. Relevancia de los episodios narrados (evaluar para tantos como haya) (Re)

Episodio núm:

Relevancia  1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 4.5. Secuencia estructural general de la narrativa (igual que 1.2) (SE')

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 4.6. Estabilidad de las características de los personajes (evaluar para tantos como haya incluido el *self*; si en algún caso es muy baja o baja, especificar) (EC)

Personaje:

Estabilidad  1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 4.7. Inteligibilidad de los vínculos causales (si en algún caso es muy baja o baja, especificar) (In)

1. Baja  2. Media  3. Alta

---

### 4.8. Forma narrativa (especificar la combinación de formas rudimentarias) (FN)

#### 4.8.1. Narrativa de contaminación

Sí  No

#### 4.8.2. Narrativa de redención

Sí  No

---

---

## 5. Posición Narrativa del *Self* (PNS)

---

0. El/la protagonista aparece completamente impotente, a merced de las circunstancias, todas las acciones están motivadas por fuerzas externas.
1. El/la protagonista está mayormente a merced de las circunstancias y el control del argumento está sobre todo en manos de fuerzas externas.
2. El/la protagonista comparte el control de sus acciones a partes iguales con fuerzas externas. Ni las controla completamente ni está totalmente a merced de ellas.
3. El/la protagonista ocupa básicamente en una posición de agente, puede ejercer control sobre su vida, iniciar cambios por su cuenta y afectar al curso de sus experiencias.
4. El/la protagonista ha luchado activamente para superar una situación de impotencia en su vida y ha salido victorioso/a (generalmente mediante la adquisición de autoconciencia, control sobre la situación o mayor poder).

***Nota: en general, al tratarse de narrativas autobiográficas, se asume que el autor es el protagonista. Si no fuese así, especificar a quién caracteriza la posición narrativa que se está evaluando.***

---



Las narrativas de los pacientes se puntuaron en cada una de esas dimensiones a lo largo de una escala tipo Likert que fue de 1 a 3 (1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto). Las puntuaciones altas correspondían a narrativas que cumplían con la definición de cada dimensión. Así, por ejemplo, una narrativa que incluía información detallada y específica sobre los personajes, el contexto social, la hora, el lugar y las circunstancias personales en que sucedía, era clasificada como "Alta Orientación General". Si la narración dejaba todos o muchos de estos detalles sin respuesta, era clasificada como "Baja Orientación General".

#### **4.2.3. Procedimiento**

El procedimiento seguido en este estudio para el grupo de pacientes tratados con terapia sin y con EFT fue el habitual del protocolo de funcionamiento del SAAP Blanquerna, es decir:

1. Tras la llamada telefónica del cliente solicitando la consulta, este era convocado a una entrevista inicial de contacto con uno de los terapeutas especializados en estas entrevistas.
2. Entrevista de contacto inicial: Se desarrollaba siguiendo el formato de entrevista semiestructurada *Therapy Assessment Form* del sistema *CORE*. Además, durante esta entrevista de contacto se administraba al paciente el cuestionario de evaluación sintomática del sistema *CORE* descrito con anterioridad.
3. Reunión del equipo de terapeutas con el objetivo de seleccionar al terapeuta más indicado en función de las características del paciente y de la demanda y planificar el diseño y formato de las intervenciones iniciales.
4. Inicio y desarrollo de la terapia: Como forma de monitorizar el resultado y el proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente periódicamente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure* en cada una de las cuatro primeras sesiones y cada cuatro a partir de ese momento). La razón por la cual se evalúa la mejoría sintomática con esa periodicidad se deriva de los estudios sobre el ritmo de cambio en psicoterapia (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; véase Corbella y Botella, 2004) que indican que entre un 30% y un 40% de pacientes experimentan cambios importantes ya durante el período

comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión, y que en el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión ese porcentaje alcanza entre un 50% y un 60%.

5. Final de la terapia: Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, y previo acuerdo de terapeuta y paciente, se pactaba el final de la terapia. Una vez más, como forma de monitorizar el resultado y proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure*).
6. Seguimiento: Transcurridos seis y doce meses del final de la terapia, y mediante entrevista telefónica, se administraba de nuevo al cliente el cuestionario sintomático (*CORE Outcome Measure*) como forma de monitorizar el mantenimiento de los cambios terapéuticos.

Los datos procedentes del cuestionario sintomático *CORE-OM* y las narrativas procedentes de las autocaracterizaciones de los pacientes y de sus narrativas espontáneas durante las sesiones de terapia constituyen la base de los resultados de este estudio.

### 4.3. RESULTADOS

#### 4.3.1. Resultados Genéricos

Gravedad de la demanda inicial del grupo de terapia sin EFT. El análisis de las puntuaciones de los 235 pacientes que respondieron al cuestionario *CORE-OM* tras la entrevista de contacto ofrece una imagen genérica de la gravedad de la demanda inicial—los 4 casos perdidos para los que no disponemos de cuestionario sintomático inicial corresponden a consultas muy puntuales y específicas que se resolvieron en la propia sesión de contacto y que no fueron constitutivas de un tratamiento psicoterapéutico propiamente dicho. Por lo que respecta a su distribución, tanto la prueba de Kolmogorov-Smirnoff como la de Shapiro-Wilk confirman que responde a una curva normal, con una media  $M=1,59$  y una desviación típica  $SD=0,66$ .

En la Tabla 3 se puede observar como los datos de la gravedad inicial de nuestra muestra del grupo de terapia sin EFT son sistemática y significativamente superiores a los de la muestra no clínica de Evans *et al.* (2002) y, si bien siempre en menor medida, significativamente inferiores a los de la muestra clínica en todas las dimensiones del *CORE-OM* excepto en el caso de la media de la puntuación de nuestra muestra en la dimensión *bienestar subjetivo*, que no es significativamente diferente de la de la muestra clínica del estudio al que nos venimos refiriendo.

Tabla 3. Comparación de la diferencia de medias entre nuestra muestra (grupo de terapia sin EFT) y la original del estudio de validación del *CORE-OM* para cada una de sus dimensiones.

<b>Dimensión</b>	<b>M y DT de la muestra de Evans <i>et al.</i> (2002) (A)</b>	<b>M y DT de la muestra de este estudio (B)</b>	<b>Diferencia de medias (B-A)</b>
<b>Bienestar subjetivo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,91 DT=0,83	M=2,31 DT=0,93	1,40**
	<b>Población clínica</b> M=2,37 DT=0,96		-0,06
<b>Problemas/síntomas</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,90 DT=0,72	M=2,12 DT=0,86	1,22**
	<b>Población clínica</b> M=2,31 DT=0,88		-0,19**
<b>Funcionamiento general</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,85 DT=0,65	M=1,40 DT=0,72	0,55**
	<b>Población clínica</b> M=1,86 DT=0,84		-0,46**
<b>Riesgo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,20 DT=0,45	M=0,44 DT=0,60	0,24**
	<b>Población clínica</b> M=0,63 DT=0,75		-0,19**
<b>Todos los ítems excepto los de riesgo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,88 DT=0,66	M=1,84 DT=0,73	0,96**
	<b>Población clínica</b> M=2,12 DT=0,81		-0,28**
<b>Todos los ítems</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,76 DT=0,59	M=1,59 DT=0,67	0,83**
	<b>Población clínica</b> M=1,86 DT=0,75		-0,27**

\*\*Diferencias significativas con una  $p < 0,01$  bilateral

Gravedad de la demanda inicial del grupo de terapia con EFT. El análisis de las puntuaciones de los 17 pacientes que respondieron al cuestionario *CORE-OM* tras la entrevista de contacto ofrece también una imagen genérica de la gravedad de la demanda inicial.

En la Tabla 4 se puede observar como los datos de la gravedad inicial de nuestra muestra del grupo de terapia con EFT son también sistemática y significativamente superiores a los de la muestra no clínica de Evans *et al.* (2002) y se encuentran dentro de los parámetros de la muestra clínica en todas las dimensiones del *CORE-OM* excepto en Riesgo, que no es significativamente diferente de la de la muestra no clínica del estudio al que nos venimos refiriendo.

Tabla 4. Comparación de la diferencia de medias entre nuestra muestra (grupo de terapia con EFT) y la original del estudio de validación del *CORE-OM* para cada una de sus dimensiones.

<b>Dimensión</b>	<b>M y DT de la muestra de Evans <i>et al.</i> (2002) (A)</b>	<b>M y DT de la muestra de este estudio (B)</b>	<b>Diferencia de medias (B-A)</b>
<b>Bienestar subjetivo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,91 DT=0,83	M=1,93 DT=0,93	1,02**
	<b>Población clínica</b> M=2,37 DT=0,96		-0,44
<b>Problemas/síntomas</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,90 DT=0,72	M=2,45 DT=2,52	1,55**
	<b>Población clínica</b> M=2,31 DT=0,88		0,14
<b>Funcionamiento general</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,85 DT=0,65	M=1,42 DT=0,65	0,57**
	<b>Población clínica</b> M=1,86 DT=0,84		-0,44
<b>Riesgo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,20 DT=0,45	M=0,16 DT=0,50	-0,04
	<b>Población clínica</b> M=0,63 DT=0,75		-0,47**
<b>Todos los ítems excepto los de riesgo</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,88 DT=0,66	M=0,37 DT=0,49	-0,51**
	<b>Población clínica</b> M=2,12 DT=0,81		-1,75
<b>Todos los ítems</b>	<b>Población no clínica</b> M=0,76 DT=0,59	M=1,42 DT=0,64	0,66**
	<b>Población clínica</b> M=1,86 DT=0,75		-0,44

\*\*Diferencias significativas con una  $p < 0,01$  bilateral

El contraste de la significación de las diferencias entre las medias de los datos de gravedad inicial de los dos grupos no resultó significativo e ningún caso, cosa que indica que se trata de dos grupos de pacientes con problemas motivo de demanda de aproximadamente la misma gravedad subjetiva.

Resultado general de la intervención psicoterapéutica y mantenimiento de los beneficios de la psicoterapia sin EFT. En términos generales el resultado de la intervención psicoterapéutica se puede calcular de forma simple y directa comparando el nivel de síntomas inicial (pre-terapia) con el nivel de síntomas final (post-terapia). En la Figura 1 se puede observar gráficamente como las medias de las puntuaciones de todas y cada una de las dimensiones del cuestionario de síntomas *CORE-OM* (y no sólo de la escala genérica) se redujeron tras la psicoterapia.

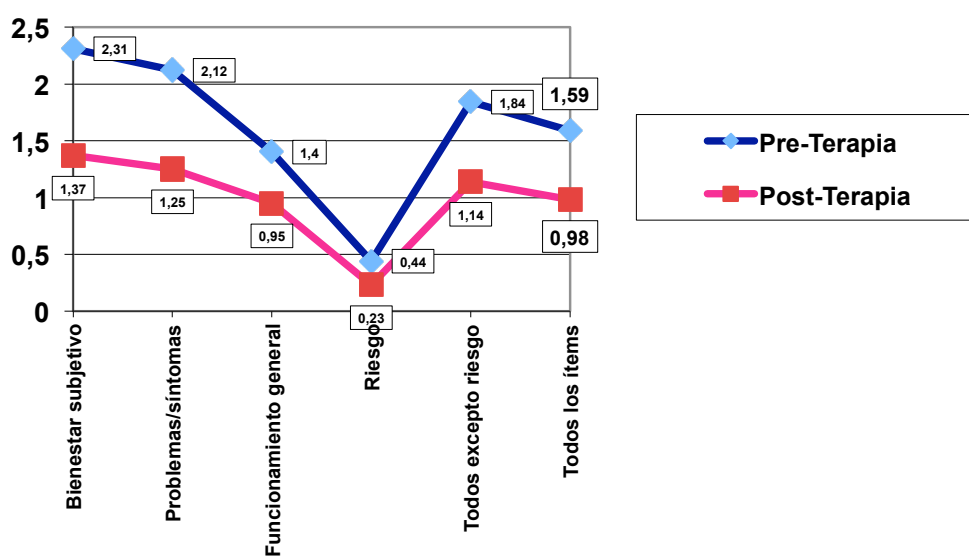


Figura 1. Diferencia de medias pre- y post-terapia sin EFT para cada una de las dimensiones del *CORE-OM* (resultado de la terapia).

En la Tabla 5 aparece el cálculo de la significación estadística de la diferencia de las medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del cuestionario de síntomas *CORE-OM*, y se puede comprobar como la reducción sintomática producida por la psicoterapia sin EFT fue altamente significativa ( $p < 0,01$  bilateral) no sólo en la escala genérica de todos los ítems sino en todas y cada una de ellas.

Tabla 5. Comparación de la diferencia de medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del *CORE-OM* (resultado de la terapia sin EFT).

<i>Dimensión</i>	<i>M y DT</i>		<i>Valor absoluto de la diferencia de medias pre-post</i>
	<b>Pre-</b>	<b>Post-</b>	
<b>Bienestar subjetivo</b>	M=2,31 DT=0,93	M=1,37 DT=1,02	0,94**
<b>Problemas/síntomas</b>	M=2,12 DT=0,86	M=1,25 DT=0,94	0,88**
<b>Funcionamiento general</b>	M=1,40 DT=0,72	M=0,95 DT=0,68	0,45**
<b>Riesgo</b>	M=0,44 DT=0,60	M=0,23 DT=0,44	0,21**
<b>Todos los ítems excepto los de riesgo</b>	M=1,84 DT=0,73	M=1,14 DT=0,79	0,70**
<b>Todos los ítems</b>	M=1,59 DT=0,67	M=0,98 DT=0,70	0,61**

\*\*Diferencias significativas con una  $p < 0,01$  bilateral

Resultado general de la intervención psicoterapéutica y mantenimiento de los beneficios de la psicoterapia con EFT. En la Figura 2 se puede observar gráficamente como también las medias de las puntuaciones de todas y cada una de las dimensiones del cuestionario de síntomas *CORE-OM* (y no sólo de la escala genérica) se redujeron tras la psicoterapia con EFT.



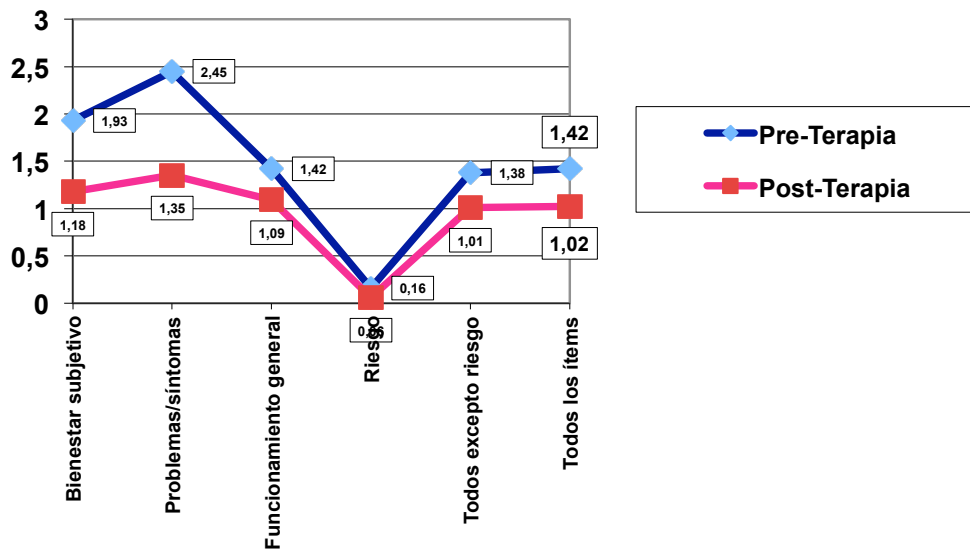


Figura 2. Diferencia de medias pre- y post-terapia con EFT para cada una de las dimensiones del *CORE-OM* (resultado de la terapia)

En la Tabla 6 aparece el cálculo de la significación estadística de la diferencia de las medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del cuestionario de síntomas *CORE-OM*, y se puede comprobar como la reducción sintomática producida por la psicoterapia con EFT fue altamente significativa ( $p < 0,01$  bilateral) en la escala genérica de todos los ítems y en la de bienestar subjetivo, significativa ( $p < 0,05$ ) en la escala de funcionamiento general y no significativa (aunque sí se daba reducción) en la de problemas/síntomas.

Tabla 6. Comparación de la diferencia de medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del *CORE-OM* (resultado de la terapia con EFT).

<i>Dimensión</i>	<i>M y DT</i>		<i>Valor absoluto de la diferencia de medias pre-post</i>
	<b>Pre-</b>	<b>Post-</b>	
<b>Bienestar subjetivo</b>	M=1,93 DT=0,93	M=1,18 DT=0,79	0,75**
<b>Problemas/síntomas</b>	M=2,45 DT=2,52	M=1,35 DT=0,53	1,09
<b>Funcionamiento general</b>	M=1,42 DT=0,65	M=1,09 DT=0,52	0,32*
<b>Riesgo</b>	M=0,16 DT=0,50	M=0,06 DT=0,14	0,10
<b>Todos los ítems excepto los de riesgo</b>	M=0,37 DT=0,49	M=1,01 DT=0,44	0,37**
<b>Todos los ítems</b>	M=1,42 DT=0,64	M=1,02 DT=0,64	0,39**

\*\*Diferencias significativas con una  $p < 0,01$  bilateral

\*Diferencias significativas con una  $p < 0,05$  bilateral

Diferencias entre psicoterapia sin y con EFT por lo que respecta a los cambios en las escalas del *CORE-OM*.

En la Tabla 7 aparece el cálculo del tamaño del efecto de las diferencias entre psicoterapia sin y con EFT por lo que se refiere a la mejoría en cada una de las escalas medidas por el *CORE-OM*. Como se puede observar, la introducción de la EFT contribuyó a una mayor mejoría en la dimensión de bienestar subjetivo (la diferencia equivale a un tamaño del efecto  $d$  de Cohen de 1,57, considerado alto). En ninguna de las demás escalas llegó la diferencia entre ambas condiciones a ser significativa, si bien en la puntuación general del *CORE-OM* alcanzó un tamaño del efecto  $d$  de Cohen de 0,75, considerado muy próximo a ser alto.

Tabla 7. Tamaño del efecto de las diferencias entre psicoterapia sin y con EFT por lo que respecta a los cambios en las escalas del CORE.

<i>Dimensión</i>	<i>M y DT</i>		<i>d de Cohen</i>
	<b>No EFT</b>	<b>EFT</b>	
<b>Bienestar subjetivo</b>	M=0,94 DT=0,13	M=0,75 DT=0,23	1,57
<b>Problemas/síntomas</b>	M=0,87 DT=0,12	M=1,10 DT=0,32	0,31
<b>Funcionamiento general</b>	M=0,45 DT=0,11	M=0,33 DT=0,15	0,25
<b>Riesgo</b>	M=0,21 DT=0,15	M=0,10 DT=0,03	0,28
<b>Todos los ítems excepto los de riesgo</b>	M=1,70 DT=0,23	M=0,64 DT=0,13	0,40
<b>Todos los ítems</b>	M=0,75 DT=0,16	M=0,40 DT=0,10	0,75

Diferencias entre psicoterapia sin y con EFT por lo que respecta a los cambios en las variables narrativas.

Las narrativas de los pacientes de ambos grupos, analizadas mediante la REN, se compararon dimensión por dimensión. Los resultados de la comparación aparecen en la Tabla 8.

Tabla 8. Resultados de la prueba t de Student para cada variable narrativa comparando los grupos sin y con EFT.

Variable Narrativa	No EFT		EFT		F	Diferencia de Medias	t
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE			
OG	2,03	0,32	2	0,76	0,44	-0,03	-0,20
SE	2,17	0,65	1,67	0,68	0,39	-0,5	-0,15
IE	2,24	0,43	2,11	0,67	0,29	-0,13	-0,12
IG	2,17	0,46	2,72	0,57	0,26	0,55	0,20
CG	2,15	0,31	2,07	0,42	0,01	-0,08	-1,24
VT	1,47	0,58	1,44	0,70	0,01	-0,03	-1,10
VA	2,10	0,48	1,22	0,73	0,51	-0,88	-1,25
VE	1,84	0,60	1,44	0,78	0,65	-0,4	-0,54
VP	2,30	0,53	2,40	0,83	0,82	0,1	1,29
O	1,84	0,38	1,27	0,57	7,50	-0,57	-1,35
SE	2,03	0,50	2,60	0,60	5,35	0,57	0,41
SC	2,27	0,70	2,22	0,73	3,57	-0,05	-1,29
M	2,47	0,48	1,94	0,72	2	-0,53	-0,22
C	2,27	0,52	1,11	0,32	43,01	-1,16	-3,74**
Co	1,20	0,48	3	0,01	24,50	1,8	3,85**
R	2,20	0,76	2,77	0,54	0,25	0,57	0,21
Re	2,30	0,47	1,66	0,68	0,41	-0,64	-0,11
SE'	2,14	0,50	2,77	0,54	0,14	0,63	0,14
EC	2	0,52	1,72	1,44	0,81	-0,28	-0,41
In	2,27	0,52	0,22	0,42	31,24	-2,05	-3,74**
FN	1,40	0,50	0,66	0,48	0,47	-0,74	-1,30
PNS	1,80	1,30	3,16	0,70	0,35	1,36	0,50

\*\*Diferencias significativas con una  $p < 0,01$  bilateral

En la tabla se observa como las únicas dimensiones en que aparecían diferencias significativas es en tres que pertenecen a la Inteligibilidad Narrativa: grado de claridad de la meta final valorada (M del grupo sin EFT=2,27; DT=0,52; M del grupo con EFT=1,11; DT=0,32), grado de conflicto entre metas diferentes (M del grupo sin EFT=1,20; DT=0,48; M del grupo con EFT=3; DT=0,01) e inteligibilidad de los vínculos causales (M del grupo sin EFT=2,27; DT=0,52; M del grupo con EFT=0,22; DT=0,42).

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

En este capítulo se presentan las conclusiones generales y la discusión de los resultados del estudio.

El objeto de estudio de esta investigación era analizar los efectos diferenciales de la aplicación de la técnica de EFT en un proceso de psicoterapia cognitivo-constructivista integradora en comparación con un grupo de pacientes a los que se ha aplicado también un proceso psicoterapéutico pero sin EFT con el fin de poder explorar y comprobar qué variables mejoran diferencialmente, si las hay (sintomatología, bienestar subjetivo, funcionamiento interpersonal y riesgo) y qué cambios narrativos diferenciales se producen tras la terapia, si se produce alguno.

En primer lugar, cabe destacar que en ambos grupos (con EFT y sin), el motivo de demanda presentaba aproximadamente la misma gravedad subjetiva, cosa que los hacía comparables. Poder evaluar el cambio que se produce a lo largo del proceso terapéutico es un valor al alza para poder estudiar la eficacia del tratamiento así como para el *feedback* que le proporciona al psicoterapeuta--y como devolución y refuerzo, para el mismo paciente (Corbella y Botella, 2004).

Atendiendo a los motivos de demanda, vemos que en el caso de los pacientes con aplicación de EFT, la ansiedad y síntomas físicos toman un valor relevante comparado con el total de la muestra mientras que, en el caso de los pacientes sin EFT, el valor más alto pertenece a la sintomatología ansiosa, ocupando el tercer lugar los síntomas depresivos, en antepenúltimo lugar estarían los problemas físicos y somáticos y en el penúltimo lugar, el trauma, abuso o maltrato.

Podría explicarse esta diferencia por el hecho de que los pacientes que acudían a psicoterapia y se les practicaba EFT, llegaban a la consulta presentando mayor grado de sintomatología --tal y como muestran las figuras 1 y 2.

Estos datos concordarían con el estudio de Church, Geronilla y Dinter (2009) en el que se estudiaban los cambios en la sintomatología en los veteranos que regresaban de Irak y Afganistán presentando síntomas de depresión, ansiedad y otros problemas psicológicos. A estos, se les combinaba psicoterapia (cognitiva, intervención somática y de exposición breve) con seis sesiones de EFT a través del cuestionario SA-45 cuyas escalas miden la extensión y gravedad sintomatológica, incluyendo subescalas para la

ansiedad, la depresión, ansiedad fóbica, somatización entre otras. Se evaluó a los participantes pre y post tratamiento así como a los 90 días después aplicando un formato estándar de EFT para recuerdos traumáticos. La gravedad sintomatológica disminuyó significativamente en un 40% ( $p < 0.001$ ); la ansiedad disminuyó en un 46% ( $p < 0.001$ ) y la depresión en un 49% ( $p < 0.001$ ). La Psicología Energética ha demostrado ser eficaz en muchos trastornos de ansiedad (Feinstein, 2008).

Por lo que respecta en el caso de la terapia sin EFT, en la dimensión del bienestar subjetivo, el descenso ha sido mayor que en el caso de la terapia con EFT.

Cabe destacar que, en el caso del bienestar subjetivo, los pacientes que no recibían EFT presentaban niveles peores, con lo que la mejora ha sido más notable; lo mismo ocurre en el caso del funcionamiento general, lo que supondría la relación existente entre la percepción de bienestar subjetivo y la disfuncionamiento a nivel relacional y cotidiano. Esto concuerda con la idea de Blanco y Díaz (2005), de que el bienestar subjetivo tiene bases emocionales y está relacionado con la persona que tiene experiencias emocionales placenteras, haciendo una valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales. Dentro de estas circunstancias, según Ryff (1989) estaría la dimensión de las relaciones positivas con otras personas, la autoaceptación, y la autonomía entre otras.

En segundo lugar, por lo que respecta a las dimensiones evaluadas de las narrativas de los pacientes se observa que en los pacientes que recibían psicoterapia combinada con EFT se da una claridad menor en la meta final valorada. Cabe recordar que dentro de la inteligibilidad de la narrativa, la autonarración debe ser inteligible para la construcción de uno mismo; para que esta tenga dicha propiedad, una de sus características es la de establecer objetivos para llegar a un punto determinado (Gergen, 1994). Esto podría deberse a el grado de confusión que presentaban (recordemos que también era más elevada la sintomatología) acerca del problema o la demanda con la que llegaban a terapia.

En tercer lugar, los pacientes a los que se les había aplicado EFT, presentaban un mayor grado de conflicto entre metas diferentes. Estaríamos hablando de dilemas

implicativos en su construcción. Un dilema implicativo se da cuando se produce ambigüedad entre constructos, sea por la confusión entre contextos de estos o por dar la misma etiqueta a dos constructos diferentes (Senra, Feixas y Fernandes, 2000). Esta confusión entre constructos estaría vinculada con lo comentado en el párrafo anterior debido a la confusión que se produciría en la selección de acontecimientos relevantes para llegar a las metas.

En cuarto lugar, nos encontramos con que los pacientes a los que se les ha aplicado EFT presentan una menor inteligibilidad en los vínculos causales. Esto significa que presentan episodios con un inicio progresivo seguido de un final regresivo que lo eclipsa, que suele estar relacionado con la insatisfacción, depresión y neuroticismo como rasgo. Dicha insatisfacción podría estar relacionada con el alto nivel de sintomatología que presentaba dicha muestra.

**Como conclusión general** se podría decir que administrar en un proceso psicoterapéutico integrador EFT, ha sido igual de efectivo que ofrecer una psicoterapia sin EFT, exceptuando en el caso de bienestar subjetivo.

Si se ha producido mejora no diferencial respecto a la sintomatología, esta podría deberse a los factores comunes como característica del movimiento integrador, que serían aquellos aspectos relacionados por ejemplo, con las características del paciente, las del terapeuta y las variables del propio proceso terapéutico generadas a través de la dinámica creada por la interacción entre ambos (Greencavage, Norcross, 1990; Stiles, Shapiro, Eliot, 1986; citado en Corbella y Botella, 2004). Sería interesante poder estudiar y explicar como se produce el mecanismo de cambio en esta dimensión a través del constructivismo relacional (Botella y Herrero, 2000).

En aquellas dimensiones en las que se han producido diferencias entre la psicoterapia aplicada con o sin EFT, el problema no residen en la aplicación de dicha técnica sino en qué condiciones y situación llegan los pacientes a la consulta: en la

exploración se observa que se presentan con un nivel de conflicto más elevado y además presentan poca claridad en los conflictos en los que se encuentran inmersos así como en sus causas.



## **5.1. Limitaciones del estudio y dirección para futuras investigaciones.**

### **5.1.1. Limitaciones del estudio.**

Las principales limitaciones de este estudio son:

- El tamaño de la muestra de pacientes en terapia con EFT: al no estar la EFT implementada en centros ni en hospitales, conseguir una muestra considerable ha sido difícil ya que los pacientes se han obtenido a través de una consulta privada.
- Grupo de terapia sin EFT de dimensiones mucho mayores: en la presente investigación se correspondería al grupo que ha recibido tratamiento psicoterapéutico sin EFT.
- Línea psicológica novedosa: El hecho de aplicar en psicoterapia técnicas que corresponden a líneas psicológicas innovadoras y que se están empezando a implementar supone una limitación. En el caso que nos ocupa, las técnicas (en este caso la EFT), métodos y enfoques que nos proporciona la Psicología Energética aún es un terreno por explorar, con lo que dificulta poder manualizar y explicar el funcionamiento de las mismas.
- Población mayormente femenina: La mayoría de los participantes fueron mujeres, lo cual podría suponer una limitación teniendo en cuenta las diferencias que se podrían producir en lo que respecta a la construcción de la realidad entre sexos y su actitud ante un proceso como el explicado.

### 5.1.2. Sugerencias de investigaciones futuras.

Analizados los resultados de la presente investigación y teniendo en cuenta las limitaciones observadas, quedan patentes hacia donde podrían encaminarse investigaciones futuras cuyo objetivo sea el poder comparar la eficacia de un proceso terapéutico integrador en el que se aplique EFT o algún otro enfoque que comparta la Psicología Energética.

Podríamos sugerir investigaciones en la que:

- Se pueda aumentar el número de la muestra: un tamaño mayor de la muestra permitiría que la recogida de datos fueran suficientemente representativos de la población objeto de estudio. También permitiría poder analizar efectos y diferencias entre grupos que en un estudio con una muestra pequeña no pueden darse y proporcionaría mayor fiabilidad a las hipótesis de los estudios.
- Implementación en hospitales, asociaciones, instituciones para ampliar el marco de actuación psicoterapéutica desde nuevos enfoques: Una de las posibles soluciones al aumento del tamaño de la muestra y poder ofrecer a un mayor número de población líneas novedosas de tratamiento, sería poder implementarlo en hospitales. En el caso de aplicación de EFT, podría hacerse en personas que vayan a someterse a una operación quirúrgica (dado el efecto relajante que ya se ha comentado en el estudio) trabajando también los miedos que pueda suponer dicha intervención (la Dra. Pat Carrington, por ejemplo, comenta casos en los que se ha llevado a cabo dichas intervenciones <http://www.eftmx.com/newsletter/eft-hospital-series-sp.html>).
- Estudiar la aplicabilidad virtual u *on line* de la EFT dentro de un proceso de psicoterapia: Tenemos como antecedentes dos estudios llevados a cabo por Brattberg (2008) y por Church y Wilde (2013). El primero lo aplica en casos de ansiedad y depresión en fibromialgia; los segundos en programas de pérdida de peso. Existen aplicaciones de EFT para iPhone pero éstas no han sido testadas.

- Investigaciones en las que se estudien las aplicaciones médicas: En el sentido de cómo puede actuar un proceso de psicoterapia con EFT en la reducción sintomatológica a través de marcadores fisiológicos. Por ejemplo Feinstein y Church (2010) miden el cortisol en la saliva antes y después de la intervención.

## 6. REFERENCIAS

- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22(4), 367–380.
- Angus, L.E. & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 3, (2)190-203.
- Angus, L., Hardtke, K., & Levitt, H. (1996). Narrative process- es coding system training manual. Unpublished manuscript, Angus Narrative Lab, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Angus, L., & Greenberg, L. (2011). Working with narrative in emotion-focused Therapy: Changing stories, healing lives. Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L., Lewin, J., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-Gaze, J. & Greenberg, L. (2012). Narrative Processes Coding System: A Dialectical Constructivist Approach to Assessing Client Change Processes in Emotion-Focused Therapy of Depression. *Research in Psychotherapy, Psychopathology, Process and Outcome*. 15(2), 54-61. Extraído en agosto de 2015 <http://www.researchinpsychotherapy.net/index.php?journal=rpsy&page=about&op=editorialTeam>
- [American Psychological Association. \*Understanding Psychotherapy\*. Extraído en septiembre 2015 de: \(http://www.apa.org/helpcenter/understanding-psychotherapy.aspx\)](http://www.apa.org/helpcenter/understanding-psychotherapy.aspx)
- Association for Comprehensive Energy Psychology*, (2015). Extraído en agosto 2015 de: <http://www.energypsych.org/?AboutEPv2>)
- Avila , A. (1989). La psicología clínica en España: perspectiva de una década. *Papeles del Psicólogo*, 36/37, 84-89.
- Baker, H. (2010). A re-examination of Church's (2009) study into the effects of Emotional Freedom Techniques (EFT) on basketball free-throw performance. *Energy Psychology Journal* 2(1). doi: 10.9769/EPJ.2010.2.1.HB

- Baker, A. H. & Siegel, L. (2010). Emotional Freedom Techniques (EFT) Reduces Intense Fears: A Partial Replication and Extension of Wells *et al.*. (2003). *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment* 2(2), 13-30.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213-262). Chicago: Rand McNally.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Benor, D. J. (2014). Energy Psychology-Practices and theories of new combinations of Psychotherapy. *Current Research in Psychology*, 5,(1), 1-18.
- Beutler, L.E. & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner-Mazel
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Boath, E., Stewart, A., & Carryer, A. (2013). *Tapping for success: A pilot study to explore if Emotional Freedom Techniques (EFT) can reduce anxiety and enhance academic performance in university students*. *Innovative Practice in Higher Education*, 1(3).
- Boath, E., Stewart, A. & Carryer, A. (2012). *Tapping for PEAS: Emotional Freedom Technique (EFT) in reducing Presentation Expression Anxiety Syndrome (PEAS) in University students*. *Innovative Practice in Higher Education*, 1(2).
- Botella, L. (2006). Constructivismo Relacional: Principios básicos e implicaciones para la psicoterapia. En L. Botella (Comp.) *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes

- Botella, L. y Feixas, G. (2000). Integración en Psicoterapia: Reflexiones y Contribuciones desde la Epistemología Constructivista. En Fernández- Álvarez, H., Opazo, R. (comps.). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. (pp.33-67). Barcelona: Paidós.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 3, 1-12.
- Brattberg, G. (2008). Self-administred EFT (emotional freedom techniques) in individuals with fibromyalgia: A randomized trial. *Integrative Medicine: A Clinical's Journal*, 7, 30-35.
- Burk, L. (2010). Single Session EFT (Emotional Freedom Techniques) for Stress-Related Symptoms After Motor Vehicle Accidents. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 2(2), 65-72.
- Burton, A., Falkenbert, T., Smith, M. , Zhang, Q., Zhang, X., Boerma, T. & Van Lerberghe, W. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Callahan, R.J. (1981). A rapid treatment for phobias. The proceedings of the International Journal of Applied Kinesiology.
- Callahan, R. J. (1985). *Five minute phobia cure*. Wilmington, D.E: Enterprise.
- Callahan, R. J. (1995). A Thought Field Therapy (TFT) algorithm for trauma: A reproducible experiment in psychotherapy. Paper presented at the 105th Annual Convention of the American Psychological Association.
- Callahan, R. J. (2001). *Tapping the healer within*. New York: Contemporary.
- Cobos Romana, R. (2013) *Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor*. Rev. Soc. Esp. Dolor [online],.20 (5), (pp.263-277). Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462013000500006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462013000500006&lng=es&nrm=iso)>.

- Connolly, S.M., & Sakai, C.E. (2012). Brief trauma symptom intervention with Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy. *International Journal of Emergency Mental Health, 13*(3), 161-172.
- Connolly, S.M., & Sakai, C.E. (2011). Brief trauma symptom intervention with Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy. *International Journal of Emergency Mental Health, 13*(3), 161-172.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Visión Net.
- Craig, G. (1995). *Emotional Freedom Techniques: The manual*. Sea Ranch, CA: Author.
- Craig, G. (2005). *The healing power of EFT and energy psychology*. London: Piatkus 1995
- Church, D. (2008). *El genio en sus genes. Medicina epigenética y biología de la intención*. Barcelona: Obelisco.
- Church, D. (2009). Fighting the Fire: Emotions, Evolution and the Future of Psychology. *Energy Psychology Journal, 1* (1).
- Church, D. (2010). The Treatment of Combat Trauma in Veterans Using EFT: A Pilot Protocol. *Traumatology, 15*(1), 45-55.
- Church, D. (2010b). Your DNA is Not Your Destiny: Behavioral Epigenetics and the Role of Emotions in Health. *Anti Aging Medical Therapeutics, 13*.
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology, 4*(8), 645-654. <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=35751>
- Church, D. & Brooks, A. J. (2014). CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explore: The Journal of Science and Healing, 10*(1), 24-33.

- Church, D. & Brooks, A. J. (2013). The effect of EFT (Emotional Freedom Techniques) on psychological symptoms in addiction treatment: A pilot study. *Journal of Scientific Research and Reports*, 2(2).
- Church, D., & Brooks, A. J. (2012). Pain, depression, and anxiety after PTSD symptom remediation in veterans. Data reported at the conference of the Association for Comprehensive Energy Psychology, San Diego, CA. Submitted for publication
- Church, D., De Asis, M., & Brooks, A. J. (2012). Brief group intervention using EFT (Emotional Freedom Techniques) for depression in college students: A randomized controlled trial. *Depression Research & Treatment*, doi:10.1155/2012/257172
- Church, D., & Feinstein, D. (2012). The psychobiology and clinical principles of energy psychology treatments for PTSD: A review. In T. Van Leeuwen and M. Brouwer, editors, *Psychology of Trauma*. Hauppauge, NY: Nova Publishers.
- Church, D., Geronilla, L. & Dinter, I. (2009). Psychological symptom change in veterans after six sessions of EFT (Emotional Freedom Techniques): an observational study. *International Journal of Healing and Caring*, 9(1).
- Church, D., Hawk, C, Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I. & Stein, P. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): A randomized controlled trial. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201 (2),153–160.
- Church, D. & Wilde, N.(2013). Emotional eating and weight loss following Skinny Genes, a six week online program. Reported at the annual conference of the Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP).
- Darby, D. & Hartung, J. (2012). Thought field therapy for blood-injection-injury phobia: A pilot study. *Energy Psychology Journal*, 4(1), 25-32.
- Diamond, J. (1979). *Behavioral kinesiology*. New York: Harper& Row.



- Dhond, R.P., Kettner, N. & Napadow, V. (2007). Neuroimaging acupuncture effects in the human brain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(6), 603-616.
- Dunnewold, A.L., 2014. Thought field therapy efficacy following large scale traumatic events. *Current Research in Psychology*., 5(1), 34-39.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart.
- Embid, A. (Coord). (1998). *Enciclopedia de Medicina China*. Madrid: AMC
- Evans, C. E., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. y McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcome in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247–255.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychot- herapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). *Nuestro concepto de psicoterapia* (2015). Extraído en septiembre 2015 de: <http://feap.es/index.php/federacion/quienes-somos>
- Feixas, G. y Botella, L. (2000). Integración en Psicoterapia: Reflexiones y Contribuciones desde la Epistemología Constructivista. *La integración en psicoterapia. Manual Práctico*. (pp.33-68) Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Evans, C, Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García Grau, E. Y López González, M.A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23 (89), 109-135.
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 337-348. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología de España.

- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia* (2nd ed.). Barcelona: PPU.
- Fernández-Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Luna, A. (2013). *Manual EFT. Un entrenamiento práctico para aplicarte EFT tu mismo. Emotional Freedom Techinques-Psicología Energética-Tapping*. (4a edi). Madrid: Editorial Dilema.
- Feinstein, D. (2008) Psicología energética en el alivio en los desastres. *Traumatology, 14*, 124-137.
- Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology, 16*, 364-380.
- Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of Efficacy. *Review of General Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0028602
- Feinstein, D. & Church, D. (2010). Modulating gene expression through psychoterapy: The contribution of non-invasive somatic interventions *Review of General Psychology, 14*, 283-295.
- Fitch, J., Di Girolamo, J. A., & Schmuldt, L.M. (2011). The Efficacy of Primordial Energy Activation and Transcendence (PEAT) for Public Speaking Anxiety. *Energy Psychology Journal, 4(1)*
- Fleming, T. (1996). Reduce traumatic stress in minutes: The Tapas Acupressure Technique (TAT) workbook.
- Fox, L., Malinowski, P. (2013). Improvement in study-related emotions in undergraduates following emotional freedom techniques (EFT): A single-blind controlled study. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, in Press.

- Gallo, F. P. (2000). *Energy Diagnostic and Treatment Methods*. New York: Norton
- Gallo, F. P. (2004). *Energy psychology: Explorations at the interface of energy, cognition, behavior, and health* (2nd ed.). New York: CRC Press.
- Gallo, F. (2013). Energy for healing trauma: Energy Psychology and the efficient treatment of trauma and PTSD. *Energy Psychology Journal*, 5(1).
- Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V. (1991). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós
- Gurret, J-M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J., & Church, D. (2012). Post-Earthquake Rehabilitation of Clinical PTSD in Haitian Seminarians. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 33-40
- Hartmann, S. (2001). *Adventures in EFT*. (6a edición). Eastbourne: DragonRising.
- Hartmann, S. (2003). *The Advanced Patterns of EFT*. Eastbourne: DragonRising
- Hodge, P. & Jurgens, C. (2011). A Pilot Study of the Effects of Emotional Freedom Techniques in Psoriasis. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 3(2).
- Irgens A, Dammen T, Nysæter TE. & Hoffart A. (2012). Thought Field Therapy (TFT) as a treatment for anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8, 331-8.
- Jones (1924). A laboratory study of fear: the case of Peter. *Journal of genetic psychology*, 31, 308-315
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (vol 1 & 2); New York : Norton.

- Lambert M.J.,(Ed.) y Bergin A.E. (2013). The effectiveness of psychotherapy. En.: *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. (6th. Ed). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Lambert, M.J. (Ed.) (2013) Introduction and Historical Overview. En :*Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th. Ed).(p.4-9). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Lambrou, P.T., Pratt, G.J. & Chevalier, G. (2003). Physiological and psychological effects of a mind/body therapy on claustrophobia. *Subtle Energies and Energy Medicine, 14*, 239-251.
- Lane, J.R. (2009). The neurochemistry of counterconditioning: acupuncture desensitization in psychotherapy. *Energy Psychology Journal, 1*(1), 31-44.
- Laska, K. M. & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 519-5241.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. & Wampold, B. E. (2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481.
- Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports, 21*, 415-416.
- Lee, Jung-Hwan, Suh, Hynu-Uk, Chung, Sun-Yong, & Kim, Jong-Woo. (2011). A Preliminary study for the evaluation of the effects of EFT for insomnia in the elderly. *Journal of Oriental Neuropsychiatry, 22*(4), 101-109.
- Llewellyn-Edwards, T., & Llewellyn-Edwards, M. (2012, Spring). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on soccer performance. *Fidelity: Journal for the National Council of Psychotherapy, 47*, 14–19.
- Mason, E. (2012) Energy psychology and psychotherapy: A study of the use of energy psychology in psychotherapy practice. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice,, 12*, (3), 224-232

- Mayer, M. (2009). *Energy psychology. Self-Healing Practices for Bodymind Health*. Berkeley (CA): North Atlantic Books.
- Minuchin, S.(1967). *Families of the Slums: an Exploration of their Structure and Treatment*, New York: Basic Books.
- Norcross, J.C., Goldfried, M. R.(1992). The future of Psychotherapy Integration: A Roundtable. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 29, (1), 4-10.
- Norcross, J.C.(2005). A primer on Psychotherapy integration. En Norcross, J.C., Goldfried, M. R (ed). *Handbook of Psychotherapy Integration*. (2n ed.)(p.3-23) New York: Oxford University Press
- Norcross, J., Krebs, P. y Prochaska, J. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 67 (2), 143-154. Online ISSN: 1520-6572 Wiley Online Library.
- Orlinsky D.E., Ronnestad MH. & Willutzki U. (2013). Fifty years of psychotherapy process out- come research: continuity and change. In: Lambert, M.J. (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th. Ed).(307-389). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Palmer-Hoffman, J., & Brooks, A. (2011). Psychological Symptom Change after Group Application of Emotional Freedom Techniques. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment*, 3(1), 57-72.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548. New York: Stony Brook University.
- Prochaska, J. (1979) *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Chicago, IL: Dorsey press.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

- Procter, H. G. (1981). Psicología de los constructos familiares. *Revista de Psicoterapia*, 2 (6-7), 73-90,.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Cambridge (MS): The Riverside Press.
- Rowe, J. (2005). The effects of EFT on long-term Psychological symptoms. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2 (3), 104-116.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Senra, J. & Feixas, G., Fernandes, E. (2000) Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, XVI,(63-64), 179-201.
- Sheldon, T., (2014). Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: A case study. *Current Research in Psychology*, 5(1), 40-63.
- B.F. Skinner (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. Cambridge, Massachusetts: B.F. Skinner Foundation.
- Smith, M. L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). *Mission statement*. Extraído en septiembre de 2015 de: <http://www.sepiweb.org/?page=3>
- Stapleton, P., Church, D., Sheldon, T., Porter, B., & Carlopio, C. (2013). Depression symptoms improve after successful weight loss with emotional freedom techniques. *ISRN Psychiatry*, article ID 573532. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/573532>
- Stapleton, P., Devine, S., Chatwin, H., Porter, B. and Sheldon, T. 2014. A feasibility study: emotional freedom techniques for depression in Australian adults. *Current Research in Psychology*., 5(1), 19-33

- Stiles, W.B. (2001). Assimilation of problematic experience. *Psychotherapy*, 38(4), 462-465.
- Swingle, P. (2010). EFT in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 2, 27-38.
- Swingle, P.G., Pulos, L. & Swingle, M.K. (2004). Neurophysiological indicators of EFT treatment of posttraumatic stress. *Subtle Energies and Energy Medicine*, 15, 75-86.
- Ullet, G. (1992). *Beyond Yin and Yang: How Acupuncture Really Works*. St. Louis, MO: Warren H. Green.
- Watson, J. & Rayner, R.(1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Winter, D. (1992). *Personal construct psychology and clinical practice*. London: Routledge.
- White & Epston (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *La práctica de la terapia* (2ed).New York: Pergamon Press..
- Wolpe, J., Lazarus, A. (1966). Behaviour Therapy Techniques: A guide to the treatment of neuroses. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, (2), 1.

## **ANEXOS**



## AUTOCARACTERIZACIÓN

Por favor, escribe una caracterización de ti misma como si tú fueras la protagonista de una película o una novela. Escríbela como lo haría un amigo o amiga *que te tuviese mucho aprecio y que te conociera muy bien*, quizá mejor de lo que te conoce ninguna otra persona.

Asegúrate de escribir en tercera persona. Puedes empezar, por ejemplo, diciendo: “Laura (*sustitúyelo por tu nombre*) es...”

Escribe con la extensión y el grado de detalle que creas conveniente. No hay una forma correcta o incorrecta de hacer lo que se te pide, lo único importante es la sinceridad y que sientas que lo que has escrito te define bien como persona.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Maite Durán Fabré, doctoranda del Programa de Doctorado en Investigación Psicológica de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull. La meta de este estudio es estudiar cuáles son los efectos diferenciales de la EFT (*Emotional Freedom Techniques*) en los patrones narrativos de los pacientes en Psicoterapia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Maite Durán Fabré. He sido informado (a) de que la meta de este estudio \_\_\_\_\_

---

---

---

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Maite Durán al teléfono \*\*\*\*\*.

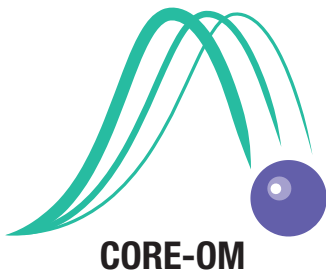
Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono anteriormente mencionado.

-----

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha



Código del centro:

**Código del cliente**

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha  
         
 A A A A M M D D

Edad

Mujer   
 Hombre

**Fase actual**  
 S Selección  
 R Derivación  
 A Evaluación  
 F Primera sesión de terapia  
 P Pre-terapia  
 D Durante terapia  
 L Última sesión de terapia  
 X Seguimiento 1  
 Y Seguimiento 2

Fase   
 Episodio de terapia

**IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.**  
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.  
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

**Durante los últimos siete días...**

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

**Por favor continúe en la página siguiente**

## Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO**

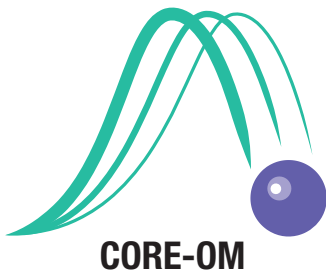
**Puntuación total**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

**Puntuaciones medias**

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R



Código del centro:

**Código del cliente**

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha  
         
 A A A A M M D D

Edad

Hombre

Mujer

**Fase actual**

- S Selección
- R Derivación
- A Evaluación
- F Primera sesión de terapia
- P Pre-terapia
- D Durante terapia
- L Última sesión de terapia
- X Seguimiento 1
- Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

**IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.**  
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.  
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

**Durante los últimos siete días...**

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

**Por favor continúe en la página siguiente**

## Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO**

**Puntuación total**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

**Puntuaciones medias**

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R