

Aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) en paciente con evitación emocional. Estudio de caso

Autor: Ana Taibo Meana

Tutor: Inés Alonso Apausa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

Resumen

El presente estudio de caso trata de una paciente con elevada evitación emocional como estrategia de regulación de sus emociones. Además, presenta altos niveles de preocupación y rumiación. El caso se aborda a través de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) con el objetivo de reducir la evitación de las emociones que identifica como desagradables y promover la expresión emocional, una vez se ha trabajado en la toma de conciencia y transformación emocional. A medida que avanza la psicoterapia, se observan cambios en el uso de la estrategia de evitación como forma de regulación emocional. También, se observó como la preocupación y rumiación disminuían en intensidad. Los resultados obtenidos apuntan que la TFE es efectiva en este tipo de problemáticas.

Palabras clave: estudio de caso, evitación emocional, Terapia Focalizada en la Emoción, regulación emocional

Abstract

The present case study deals with a patient with high emotional avoidance as a strategy to regulate her emotions. In addition, she presents high levels of worry and rumination. The case is approached through Emotion Focused Therapy (EFT) with the aim of reducing the avoidance of emotions that she identifies as unpleasant and promoting emotional expression, after working on emotional awareness and transformation. As the psychotherapy progressed, changes were observed in the use of the avoidance strategy as a form of emotional regulation. Worry and rumination also decreased in intensity. The results obtained suggeste that EFT is effective in this type of problems.

Key words: case study, emotional avoidance, Emotion-Focused Therapy, emotional regulation

Índice

Resumen 2

Abstract 2

1. Introducción 5

2. El papel de las emociones 6

3. Regulación Emocional y Estrategias 10

Evitación emocional 13

Rumiación y Preocupación 16

Olvido Activo 18

4. Perspectiva de género 19

5. Trauma 22

6. Terapia Focalizada en la Emoción 24

7. Diseño 27

8. Metodología 29

9. Presentación del Caso 30

10. Antecedentes 32

Área Familiar 32

Área Personal 33

Área Social y de Pareja 33

Eventos Significativos 34

11. Evaluación Inicial 37

12. Formulación del Caso 39

Origen de la evitación emocional 39

Mantenimiento de la evitación emocional 42
13. Tratamiento y Curso 46
Sintonización empática 50
Técnicas 51
Psicoeducación 51
Uso de metáforas 53
Externalización 53
Role-Playing 54
Elaboración de un Diario 55
Señales de cambio 56
14. Resultados 60
15. Discusión 63
16. Referencias 66
17. Anexo 70
Anexo 1: Consentimiento Informado para la Realización de la Psicoterapia 70
Anexo 3: Consentimiento Informado 72
Anexo 4: Línea de vida 73
Anexo 5: Escala Arousal 74
Anexo 6: Playmobil 76

1. Introducción

El estudio de caso se realiza a Angora1[1], una paciente de 34 años que viene al centro de Nara Psicología por recomendación de su expareja, Korat, para poder trabajar en aquellos aspectos que se consideren oportunos. La paciente refiere tener una elevada evitación emocional y necesitar claridad en sus emociones. Además, su historia de vida está marcada por diferentes eventos potencialmente traumáticos, destacando, según refiere, un abuso sexual con 8 años por parte de un primo, una relación de 6 años de maltrato psicológico por parte de su expareja, o el fallecimiento de su padre a causa de un cáncer.

Asimismo, presenta gran preocupación por Korat, y por su relación con ella, así como por la relación de Korat con un chico. También se observa cierta rumiación respecto a su relación con Korat y las interacciones con la misma, especialmente tras haberse tomado un tiempo. También, tiende a rumiar respecto a diferentes decisiones importantes que ha tomado en su vida y que han afectado de manera significativa a su entorno como, por ejemplo, que su gato comenzara a encontrarse mal tras haber decidido adoptar un segundo gato.

Teniendo esto en cuenta, se va a hacer un pequeño recorrido teórico sobre aspectos importantes para tener en cuenta de cara a la intervención y comprensión del caso. Así, primero se abordará el papel de las emociones, para continuar con la regulación emocional enfocándose en la evitación emocional, rumiación y preocupación, y olvido activo. Se ha optado por abordar estos temas teóricamente debido a que la paciente presenta una sobre-regulación emocional utilizando como estrategias, sobre todo, la evitación emocional, la preocupación y la rumiación. También se trata brevemente el olvido activo como estrategia para mantener el equilibrio emocional tras vivir

[1] Los nombres asignados, tanto a la paciente como al resto de personas son ficticios y se usan con el objetivo de facilitar la lectura y comprensión del trabajo

un evento como traumático, puesto que la paciente refiere haber vivido diversos eventos traumáticos y no recordar mucho sobre ellos. Sin embargo, dado que la principal estrategia de regulación emocional de Angora es la evitación emocional, se comienza explicando de manera teórica el papel de las emociones. Seguidamente, se aborda teóricamente la regulación emocional y las estrategias que la paciente utiliza.

A su vez, dado que la intervención se realizó con perspectiva de género, se ha dedicado una parte teórica para exponer aspectos para tener en cuenta respecto al género y la psicoterapia.

Finalmente, se abordará teóricamente el trauma y la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Se considera importante añadir estos dos temas puesto que son relevantes para la formulación del caso. Respecto al trauma, dado que la paciente ha experimentado varios eventos traumáticos, se ha querido abordar la influencia que tiene vivir eventos traumáticos en la regulación emocional. En cuanto a la TFE, puesto que es el enfoque terapéutico con el que se ha realizado el proceso psicoterapéutico y su posterior análisis, se considera importante añadir una conceptualización teórica al respecto.

2. El papel de las emociones

De acuerdo con lo que exponen Greenberg et al., (2014, traducido por Gatti, 2014) y Pos y Greenberg (2007), las emociones están conectadas a nuestras necesidades más esenciales y aportan información respecto a las situaciones que vivimos. Así, nos activan y alertan ante situaciones importantes para nuestro bienestar, de manera que nos preparan y guían para actuar acorde a nuestras necesidades.

En la misma línea, Jódar y Caro (2023) identifican las emociones como la bisagra entre el adentro y el afuera, y el pasado y el futuro debido a que ofrecen mucha información. Además,

también explican que nos preparan para la acción cuando consideramos que nuestra supervivencia está en juego. Identifican este proceso como una predicción, que es sentida como arousal y placer/displacer.

No se debe confundir la preparación para actuar con la acción, ya que las emociones lo que hacen es movilizar los recursos de la persona y empujar a la misma hacia conductas y comportamientos. Es decir, las emociones no son reflejos conductuales, no es un comportamiento definido, sino la tendencia a actuar de una manera u otra (Jódar y Caro, 2023).

Las emociones se clasifican en primarias y secundarias, y en adaptativas y desadaptativas (Caspar et al., 2023; Jódar y Caro, 2023; Pos y Greenberg, 2007). De estas cuatro clases de emociones, Pos y Greenberg (2007) explican que realmente solo una es considerada una respuesta emocional adaptativa, de manera que las restantes son consideradas respuestas problemáticas tanto en cuanto se trata de un funcionamiento desadaptativo.

Jódar y Caro (2023) explican que las emociones primarias (o primeras) son las primeras que se dan en la interacción con la realidad, y lo que determina que sean adaptativas o no es que la tendencia a la acción que provocan es tratar de cubrir una necesidad o alcanzar un objetivo emocional en el momento dado. De esta manera, se considera que las emociones primarias adaptativas ayudan al individuo a tomar las medidas adecuadas para la situación concreta (Pos y Greenberg, 2007).

Para identificar las emociones primarias adaptativas hay tener en cuenta que estas se caracterizan porque hay un correcto ajuste entre la emoción sentida y la situación que la desencadena. Además, son vividas con frescura, especificidad y vitalidad, lo que permite a la persona sentirse conectada con el momento presente. Incluso cuando la emoción resulta dolorosa,

la persona considera la emoción como apropiada y correcta para la situación concreta que las provoca (Jódar y Caro, 2023).

Las emociones primarias desadaptativas, si bien es cierto que también son inmediatas, se diferencian de las adaptativas en que la tendencia a la acción es aprendida de experiencias previas. Esto significa que la manera en la que se afronta la situación no es adaptativa para el momento presente, aunque haya sido efectiva en el pasado (Pos y Greenberg, 2007).

Jódar y Caro (2023) explican que en estos casos la persona se siente confundida puesto que está experimentando emociones claras y específicas de manera intensa, pero que le sumergen en recuerdos del pasado y aspectos relacionados con su identidad. Esto implica que la persona no esté plenamente conectada con el presente y no pueda captar todos los matices del momento, debido a que conecta con experiencias pasadas que le resultan familiares. De esta manera, la persona actúa conforme a esquemas generados en el pasado que, si bien pudieron ser efectivos anteriormente, en el presente resultan desadaptativos. Añaden que las emociones primarias desadaptativas más comunes son: miedo, vergüenza y tristeza (Jódar y Caro, 2023).

También se encuentran las emociones instrumentales, que son utilizadas para influir y controlar a los demás, con el fin de alcanzar un objetivo (Jódar y Caro, 2023; Pos y Greenberg, 2007). Este tipo de respuestas emocionales pueden darse de manera consciente o no. No obstante, Jódar y Caro (2023), señalan que la persona, en mayor o menor medida, siente esa emoción, de lo puede no ser consciente es del objetivo relacional detrás de esa expresión emocional. Pos y Greenberg (2007) explican que pueden ser respuestas aprendidas.

Jódar y Caro (2023) declaran que las emociones instrumentales son consideradas desadaptativas debido a que amenazan las relaciones al introducir presión o manipulación en las mismas.

Acorde con lo que plantean Caspar et al. (2023), una de las razones por las que los pacientes tienen problemas es por las dificultades que tienen de comprender sus propias emociones y responder de manera adecuada a las situaciones. Además, mencionan que la incapacidad de exponerse a emociones desagradables o dolorosas es otra razón por la que los pacientes no pueden afrontar situaciones de manera adaptativa y adecuada.

Las creencias sobre las emociones influyen de manera significativa en los comportamientos llevados a cabo en torno a dicha emoción, así como en la percepción de su capacidad para afrontar experiencias emocionales desafiantes (Becerra et al, 2024). Por tanto, las normas culturales y roles de género también influyen en las emociones sentidas y la expresión de estas. Según Jódar y Caro (2023), las emociones pueden ser consideradas deseables o reprobables según el contexto y momento cultural. Por lo que la manera en la que las personas identifican y afrontan sus emociones se ve influenciada tanto por sus creencias y percepción personal, como por las normas culturales y propio mundo emocional, fruto de sus experiencias tempranas y crianza.

En resumen, las emociones son fundamentales en la construcción de uno mismo y determinantes en los procesos de autoorganización e identidad. Además, el esquema emocional de cada persona estará compuesto por los diferentes recuerdos emocionales que tenga, de manera que la reacción emocional será automática basada en dicho esquema (Goldman et al, 2016). Se clasifican en emociones primarias y secundarias, pudiendo ser adaptativas, desadaptativas o instrumentales, y la manera en la que son sentidas y expresadas depende mucho de las creencias de la persona, así como del contexto cultural y roles de género.

3. Regulación Emocional y Estrategias

La regulación emocional eficaz ha sido asociada con una mejor salud y un mayor bienestar en diversos aspectos de la vida. Es por ello por lo que una buena comprensión de la regulación emocional emerge como un componente crucial para la salud mental y el desarrollo personal (De los Santos, 2022). De hecho, dado que las emociones son fundamentales en la construcción del yo resulta fundamental poder regular y acceder a las emociones desadaptativas para transformarlas (Goldman et al., 2016).

Para ello, es necesario contar con habilidades emocionales que nos permitan percibir dichas situaciones importantes para nuestro bienestar, puesto que de no ser así las emociones pueden suponer un desgaste enorme en el funcionamiento del individuo y pueden acabar convirtiéndose en disfuncionales y desadaptativas (Hervás, 2011).

En situaciones donde las emociones son excesivamente intensas o consideradas negativas, las personas ponen en marcha estrategias con el objetivo de manejar la situación y reducir la intensidad, pero que lejos de conseguirlo lo que hacen es descontrolarlas o intensificarla más. Esto se debe a que las estrategias empleadas son desadaptativas y contraproducentes como, por ejemplo, la evitación, rechazo o supresión emocional (Dalgleish et al., 2009; Gross y Levenson, 1997, citados en Hervás, 2011).

De hecho, atendiendo a los resultados obtenidos del estudio de Dixon-Gordon et al. (2015), la emoción, así como su intensidad y contexto influyen en el tipo de estrategia de regulación emocional empleada.

De acuerdo con Jódar y Caro (2023), la sobre-regulación emocional (caracterizada por una excesiva reducción de la intensidad emocional) implica una falta de consciencia de la emoción sentida y de sus necesidades asociadas. Además, la sobre-regulación emocional puede provocar

una evitación emocional constante, donde la persona intenta constreñir, controlar y evitar la emoción en concreto, pero que finalmente se desborde y lo experimente de manera descontrolada.

Asimismo, encontramos la infra-regulación emocional o déficit de regulación emocional (Hervás, 2011; Jódar y Caro, 2023). Según Hervás (2011), el déficit de regulación emocional se debe a que las estrategias de regulación emocional son ineficaces para el momento concreto.

Por otro lado, Dixon-Gordon et al. (2015) realizaron un estudio en el cual hallaron que existe una relación entre el tipo de emoción sentida y el tipo de estrategia de regulación emocional empleada.

En relación con la regulación y el control emocional, Becerra et al. (2024), llevaron a cabo un estudio sobre las creencias sobre las emociones y su vínculo con la regulación emocional y psicopatología. En el estudio observaron que aquellos participantes que se consideraban menos capaces de controlar sus emociones negativas, más se culpabilizaban, rumiaban y centraban en lo negativo. Además, mostraron una menor planificación y capacidad de aferrarse a lo positivo de las cosas o de relativizar lo negativo, así como una mayor dificultad para responsabilizar a otras personas o factores externos de las cosas que les sucedían.

Además, Becerra et al. (2024) en su estudio hallaron que los participantes que consideraban que las emociones negativas son incontrolables, en vez de tratar de enfrentar las situaciones que podrían evocar dichas emociones, tienden a evitarlas.

Según la evidencia aportada en el estudio realizado por Becerra et al. (2024), las personas que suelen presentar más problemas con la regulación emocional (de emociones positivas y negativas) son aquellas que perciben las emociones como incontrolables o poco útiles. Sin embargo, también se observó que el hecho de pensar que las emociones positivas carecen de utilidad no está asociado a la forma en la que las personas regulan sus emociones negativas.

Asimismo, acorde con los hallazgos en el estudio de Becerra et al. (2024), las creencias de la capacidad de controlar las emociones negativas influía positivamente en la regulación de las emociones positivas y negativas. Teniendo esto en cuenta, Becerra et al. (2024) infieren que cuando las personas creen que las emociones son incontrolables, más dificultades tienen para regularlas, independientemente de si son positivas o negativas. No obstante, cabe mencionar que Becerra et al. (2024) puntualizan que hay que continuar y ampliar el estudio respecto a los resultados obtenidos.

Teniendo esto en cuenta, se puede concluir que la adecuada regulación emocional no se debe a un problema de activación o de eficacia, sino de los intentos de regulación en sí (Hervás, 2011).

Los autores Jódar y Caro (2023) exponen que, una adecuada regulación emocional supone que la persona tiene la capacidad de experimentar y conectar con la emoción primaria manteniendo una distancia apropiada, lo cual facilita la integración de las emociones con la razón.

Dixon-Gordon et al. (2015) descubrieron que se puede predecir diferencias en los patrones del empleo de estrategias de regulación emocional atendiendo a la intensidad y tipo de emoción, así como a su interacción.

Por ejemplo, según Fernández-Lansac (2016, citado en Echeburúa y Amor, 2019), el proceso de recuperación ante eventos potencialmente traumáticos está determinado por la manera en la que la persona aplica las diferentes estrategias de regulación emocional. Por ejemplo, un mecanismo adaptativo de supervivencia es olvidar cosas desagradables y recordar las positivas.

En la misma línea, cuando una persona se encuentra en una situación que provoca una emoción negativa, lo más probable es que la estrategia que pone en marcha sea una estrategia dirigida a evitar la emoción, en vez de aceptarla y afrontarla (Becerra et al., 2024).

A continuación, se expondrá la evitación, preocupación y rumiación, y olvido como estrategias de regulación emocional.

Evitación emocional

Los seres humanos tenemos la costumbre de evitar las emociones dolorosas (Greenberg et al., 2014, traducido por Gatti, 2014) y es que, según expone De los Santos (2022), muchos de los problemas de las personas son producto del rechazo de experiencias vividas como molestas o negativas.

Según explican Greenberg et al, (2014, traducido por Gatti, 2014), en un proceso cognitivo normal la emoción desagradable es distorsionada y transformada en conductas desadaptativas que buscan evitar experimentar dicha emoción desagradable. En la misma línea, Hervás (2011) explica que ante la ausencia de estrategias y habilidades emocionales podemos encontrarnos con intentos de regulación que no son exitosos, dando lugar a que emociones como la tristeza, ira o el miedo se descontrolen y excedan las expectativas y compresión del individuo. El resultado de este rechazo es lo que se denomina la estrategia de Evitación Experiencial/Emocional.

La evitación tiene lugar cuando una persona no quiere conectar ni experimentar recuerdos, emociones, sensaciones, que le resultaron desagradables en su momento y que ponen en marcha conductas que permitan modificar el contexto que lo ha provocado (Hayes et al., 1996, citado en López et al., 2019; Hayres et al., 1996 citado en Patrón-Espinosa, 2019).

En otras palabras, la persona que recurre a la evitación lo que persigue es rechazar, reducir o alejarse de emociones, sensaciones y sentimientos corporales que le resultan desagradables y percibe como negativas, además de tratar de evitar y prevenir que se den nuevas emociones

negativas o situaciones que puedan evocarlas (De Castella et al., 2008, citado en Schell et al., 2023).

A pesar de que la evitación es vivida como una estrategia efectiva a corto plazo debido a que permite a la persona reducir el malestar emocional rápidamente, lo cierto es que el uso frecuente de esta estrategia tiene un efecto contradictorio y paradójico (Patrón-Espinosa, 2013; Schell et al., 2023).

Luciano y Sonsoles (2006, citado en Patrón-Espinosa, 2013) explican el efecto boomerang como producto del uso indiferenciado de la evitación. Explican que, si bien es cierto que la evitación puede producir un alivio inmediato, el malestar sigue presente y se volverá a manifestar, en ocasiones, incluso de manera más intenso y descontrolado.

Algo similar exponen Schell et al. (2023), que refieren que, a pesar de reducir el malestar, la evitación tiene un efecto paradójico, y añaden que se puede predecir la presencia de síntomas de internalización si se hace un uso abusivo de la evitación (Aldo et al., 2010 citado en Schell et al., 2023).

Además, según la explicación de Patrón-Espinosa (2013), el constante uso de la evitación impide que la persona ponga en marcha otras estrategias más adaptativas, llevándole a centrarse en tratar de reducir el malestar a través de la evitación, obteniendo todo lo contrario a lo esperado y deseado.

De hecho, De los Santos (2022) refiere que según se comprende en Trastorno de Evitación Experiencial, la evitación se presenta como un patrón que dificulta la capacidad de las personas de llevar vidas satisfactorias. Asimismo, Patrón-Espinosa (2013) expone que la vida de la persona se puede ver restringida por el uso excesivo de la evitación.

Según Greenberg et al. (2014, traducido por Gatti, 2014) para lograr un cambio terapéutico en el paciente y que sea capaz de exponerse a sus emociones es necesario que se den dos pasos: primero, que atienda a la emoción mediante un acercamiento a la misma, lo cual puede suponer una modificación en las cogniciones que le llevan a la evitación. Segundo, que el paciente tolere estar en contacto pleno con su emoción.

Por otro lado, se observa que las emociones tienen un papel fundamental no solo en el funcionamiento adaptativo, sino también en el maladaptativo, destacando su esencial contribución al cambio terapéutico (Pos y Greenberg, 2007).

En la misma línea, Dixon-Gordon et al. (2015) realizaron un estudio en el cual hallaron que, acorde a los resultados obtenidos, existe una relación entre el tipo de emoción sentida y el tipo de estrategia de regulación emocional empleada.

Por ejemplo, observaron que los participantes mostraban una mayor evitación ante la sensación de tristeza intensa en comparación a aquellos que experimentaban ira de manera moderada (Dixon-Gordon et al., 2015).

A su vez, Dixon-Gordon et al. (2015) descubrieron que se puede predecir diferencias en los patrones del empleo de estrategias de regulación emocional atendiendo a la intensidad y tipo de emoción, así como a su interacción. Así, se encontró que cuanto mayor era la intensidad de una emoción, mayor era el uso de estrategias de regulación emocional.

Atendiendo a los resultados obtenidos del estudio de Dixon-Gordon et al. (2015), se puede concluir que la emoción, así como su intensidad y contexto influyen en el tipo de estrategia de regulación emocional empleada.

Por otro lado, Schell et al. (2023) realizaron un estudio en el que hallaron que la evitación podría influir en la ansiedad de aquellas personas con una mentalidad fija. Asimismo, observaron

que las personas con la mentalidad más inflexible tendían a recurrir a la evitación tanto de manera preventiva como en el momento presente en el que se experimentaban malestar.

En el caso de Angora, se observa que en numerosas ocasiones se ajusta a la información recogida y a los resultados obtenidos en diversos estudios. En primer lugar, se observa que Angora, tiende a evitar las emociones que le resultan desagradables y que identifica como negativas, a la vez que trata de prevenir las situaciones que pueden evocar dichas emociones. En segundo lugar, también se percibe que el uso elevado de la evitación emocional supone que Angora no adquiera nuevas estrategias de regulación emocional y no consiga reducir el malestar que experimenta. Por otro lado, se observa que la conducta de Angora se ajusta al estudio realizado por Dixon-Gordon et al. (2015) dado que presenta una elevada evitación emocional a la emoción primaria encapsulada de la tristeza y el miedo.

Rumiación y Preocupación

En base a lo que Sibrava y Borkovec (2006) exponen, cuando una persona experimenta pensamientos negativos, es común que los contenidos de dichos pensamientos estén compuestos por cierta preocupación por el futuro, rumiación por experiencias pasadas, así como imágenes de eventos negativos vividos. Además, González et al. (2017) aclaran que tanto la rumiación como la preocupación son consideradas estrategias de evitación.

Según explican González et al. (2017), las personas consideran la rumiación como una forma de evitar sus problemas. Sin embargo, esta forma de evitación lo único que ocasiona es que el malestar y afecto negativo aumente, dando pie a una mayor rumiación. Por tanto, estaríamos ante un bucle en el que la estrategia utilizada para reducir un malestar emocional está consiguiendo el efecto contrario y dificultando poner en marcha nuevas estrategias adaptativas y efectivas.

Por otro lado, encontramos que la preocupación acorde con lo González et al. (2017) refieren, es otro tipo de pensamiento repetitivo negativo el cual definen como: “una cadena de pensamientos o actividad lingüística verbal e imágenes (aunque más bien las primeras) cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables” (p.31). A diferencia de la rumiación, la preocupación busca solucionar problemas cuyo resultado no está claro (González et al., 2017).

En suma, Sibrava y Borkovec (2006) explican que lo que hace que la preocupación sea considerada como una respuesta de evitación cognitiva es que se centra en posibles sucesos negativos futuros, sobre los cuales la persona preocupada tiene poco control. Además, dado que se trata de una preocupación por eventos que no han sucedido, nos encontramos con personas que se quedan estancadas en el intento de resolver problemas que aún no se han dado, pero que le producen malestar.

En la misma línea, Sibrava y Borkovec (2006) añaden que la preocupación también es una respuesta de evitación que se activa ante imágenes o experiencias emocionales internas. El resultado de esta preocupación es que no haya un correcto procesamiento emocional y los pensamientos ansiosos persistan.

Respecto a las similitudes entre la preocupación y rumiación, destaca que ambas son un proceso de evitación cognitiva. Además, en ambos casos hay una pobre capacidad de la resolución activa de problemas, y las personas confían en que haciendo uso de estas estrategias pueden poner fin a su malestar emocional (González et al., 2017).

Sin embargo, si bien parece que la rumiación y la preocupación son muy similares, lo cierto es que se tratan de dos procesos cognitivos diferentes entre sí. González et al. (2017) refieren que la preocupación busca la resolución de problemas y trata de evitar el contenido amenazante que le preocupa a la persona. En cambio, la persona que rumia está más enfocada en la pérdida,

significado y autoestima, puesto que el contenido de la rumiación es importante para la persona en cuestión. Por tanto, el objetivo de rumiar es entender los sucesos vividos.

El uso de este tipo de estrategias como forma de afrontamiento emocional cognitivo pronostica una peor recuperación de problemas emocionales como, por ejemplo, la ansiedad y sintomatología depresiva (Garnefski & Kraaij, 2007; Sakakibara & Kitahara, 2016, citados en Echeburúa y Amor, 2019).

En el caso de la paciente, se observa que su excesiva rumiación y preocupación suponen un aumento en su malestar emocional y además le impiden poder poner en marcha nuevas estrategias de regulación emocional adaptativas para afrontar las diversas situaciones. Esta dinámica crea un círculo vicioso en el que Angora se encuentra cada vez más inmersa en sus pensamientos negativos, produciéndole un mayor malestar emocional y, por ende, un mayor uso de las estrategias de evitación de la rumiación y preocupación.

Además, como resultado de la preocupación, Angora se encuentra estancada en el intento de resolver problemas y situaciones que no se han dado aún y sobre los que tiene poco o nulo control, lo cual supone que su malestar aumente.

Olvido Activo

Según Echeburúa y Amor (2019), frente sucesos de elevada carga emocional o dolor, por tratarse de eventos traumáticos, el olvido activo es considerada una estrategia protectora natural que tiene como objetivo mantener un equilibrio emocional. Los autores añaden que el empleo del olvido activo es una estrategia de protección frente a eventos traumáticos ya que las experiencias con mayor carga emocional son más difíciles de eliminar. Por lo tanto, es necesario que la persona adopte un rol activo en el proceso de “olvidar” para poder mantener su equilibrio emocional.

Los autores Enright y Fitzigibbons (2000, citados en Echeburúa y Amor, 2019), explican que el olvido activo se caracteriza por la ausencia del deseo de venganza y los posibles reproches debido al reconocimiento de los hechos traumáticos. Esto supone que la persona no se olvida debido a una mala memoria, es decir, no es un olvido pasivo, sino que acepta los hechos y es capaz de cambiar y modular la carga emocional de los hechos.

En consonancia con esto, Echeburúa y Amor (2019) aclaran que el olvido activo implica que la persona, a pesar de tener presente el hecho traumático, no se ve condicionada en la toma de decisiones ni vivencias presentes y futuras. Todo ello supone que la persona no se encuentra encadenada a los recuerdos traumáticos, pues se transforman en recuerdos biográficos que le permiten tener proyectos de futuro y no quedarse en el pasado.

Para finalizar, Echeburúa y Amor (2019) señalan que el olvido activo, considerado una estrategia de afrontamiento adaptativa, es una forma de evitación. Sin embargo, la evitación es una estrategia que no se recomienda en ciertas ocasiones y situaciones.

En relación con el olvido activo, se observa que Angora presenta olvidos activos en relación a ciertos eventos potencialmente traumáticos, especialmente los vividos en la edad adulta. Angora es consciente de haberlos vivido y los acepta, pero no hay deseo de venganza ni de reproches, y tampoco determinan su presente ni la toma de decisiones respecto al futuro. Es decir, que integra los hechos traumáticos de como un recuerdo biográfico.

4. Perspectiva de género

Se considera que en la práctica profesional es importante adoptar una mirada que tenga presente las diferentes dificultades sociales, económicas y culturales que afectan a los pacientes,

así como las desigualdades de género existentes en la sociedad en la que viven y que, están influyendo de una manera u otra en su vida.

Por ello, la intervención y el estudio de esta se han llevado a cabo con perspectiva de género, por lo que es necesario mencionar las diferencias de género encontradas respecto a la gestión emocional, así como de las estrategias de regulación y afrontamiento utilizadas.

La autora Nolen-Hoeksema (2012) expone que las mujeres tienden más a evitar o tratar de distraerse en momentos de angustia que los hombres. Sin embargo, no encontró ninguna estrategia de regulación emocional que fuera más utilizada por los hombres que por las mujeres.

A su vez, Nolen-Hoeksema (2012) añade que las mujeres hacen más uso de la mayoría de las estrategias de regulación emocional que los hombres como, por ejemplo, la rumiación, distracción o búsqueda de apoyo social. En contraste, el consumo de alcohol es una estrategia de afrontamiento más utilizada por los hombres.

Por otro lado, en la investigación llevada a cabo por Nolen-Hoeksema (2012), en lo que a estrategias de regulación emocional respecta, se encontró que no había grandes diferencias entre ambos sexos y su relación con la psicopatología. No obstante, hallaron una excepción en relación con las estrategias de regulación adaptativas. En el caso de las mujeres, parecen tener cierto efecto compensatorio con respecto a las estrategias de regulación inadaptativas, y en el caso de los hombres no se da este efecto compensatorio (Nolen-Hoeksema, 2012).

Otro estudio realizado por Schick et al. (2020) encuentra una asociación significativa entre la gravedad de los síntomas de TEPT y la evitación de emociones negativas. Los autores infieren en que el uso de estrategias para evitar las emociones negativas puede deberse, en parte, a que socialmente está mejor visto.

Además, acorde a los hallazgos de Schick et al. (2020) existen diferencias entre los hombres y mujeres respeto al uso de la estrategia de evitación de emociones negativas, siendo las mujeres las que más recurren a esta estrategia.

En el caso de Angora, se considera importante incorporar la perspectiva de género ya que ha tenido que hacer frente a diferentes factores socioculturales que han influido en la construcción de su identidad. Por ejemplo, desde temprana edad aprendió a adoptar un rol de cuidadora y salvadora que tiende a adoptar en todas sus relaciones, lo cual es una característica que se relaciona especialmente con las mujeres.

Otro mandato social del género femenino que se valora ha podido influir en la construcción de la identidad de Angora, es que las mujeres deben ser sumisas, calladas, complacientes, y priorizar a los demás frente a una misma. La propia paciente verbaliza que tiende a priorizar a su red afectiva y sus necesidades frente a las suyas, y que le cuesta mucho poner límites. Esto nos remite a la relación de maltrato con su expareja con quien, desde una posición sumisa, adopta un rol de cuidadora y salvadora por el miedo a que su expareja se autolesionara o se quitara la vida. Asimismo, ha tenido que hacer frente a un abuso sexual durante su infancia.

Por otro lado, destaca su identidad basada en la alegría, positividad y humor como estrategia de evitación de las emociones negativas lo cual, a su vez, permite alejarse de los estereotipos de que las mujeres son más sensibles.

Teniendo esto en cuenta, resulta evidente la importancia de integrar la perspectiva de género al intervenir con Angora y durante el estudio del caso. Además, como persona en sociedad, los estereotipos, sesgos, expectativas y roles de género le influyen en múltiples aspectos de su vida. Todo ello condiciona su comportamiento, toma de decisiones y bienestar emocional. Asimismo, hay que tener en cuenta los factores socioculturales y económicos de la sociedad en la que se

encuentra. Por ello, es esencial tener en cuenta todos estos factores a la hora de intervenir con los pacientes de cara a poder ofrecer una psicoterapia más realista, inclusiva y comprensiva respecto a la sintomatología de los mismos.

5. Trauma

Los autores Sarasua et al. (2012) explican que las consecuencias psicológicas de ser víctima de una agresión sexual pueden ser muy intensas tanto a corto como a largo plazo ya que se trata de un suceso potencialmente traumático.

Además, señalan que ser víctima de un hecho violento (victimización), puede tener un impacto psicológico muy negativo en la estabilidad emocional en la persona afectada, especialmente en mujeres que han sido agredidas sexualmente ya sea en la infancia o adultez (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Picó- Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008, citados en Sarasua et al., 2012).

La victimización sexual es considerada uno de los delitos más violentos. La sensación de humillación, el temor a sufrir daños físicos y psicológicos e incluso ser asesinadas provoca una respuesta de indefensión y pérdida de control que altera el equilibrio emocional y desarrollo de la vida de la víctima (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Resnick et al., 2007, citados en Sarasua et al., 2012).

Sarasua et al. (2012) destacan que los resultados obtenidos respecto a los síntomas o trastornos más frecuentes en su muestra estudiada coinciden con los resultados obtenidos por Campbell y Wasco (2005) y Foa y Rohbaum (1998). Estos son: malestar emocional (63.6% del total), déficits de autoestima (59.7%), sentimientos de culpa (48.3%), TEPT (44.5%) y conductas de evitación sexual (38.9%).

Acorde con Sarasua et al. (2012), el malestar emocional se relaciona, principalmente, con la victimización secundaria, la existencia de eventos estresantes, un consumo abusivo de sustancias estupefacientes y la ausencia de apoyo generalizado (familiar, social y de pareja). Añaden que el malestar emocional se relaciona sobre todo con la experiencia repetida de agresiones sexuales y con que la víctima conozca al agresor.

Por otro lado, según Sarasua et al. (2012) el sentimiento de culpa y baja autoestima tienden a darse en víctimas con un historial de victimización o que han experimentado eventos estresantes recientemente y no cuentan con apoyo familiar ni social (Sarasua et al., 2012). Señalan también que suele darse con mayor frecuencia en los casos en los que la víctima ha sufrido abusos sexuales durante la infancia y el agresor era un allegado.

Además, Schick et al. (2020) refieren que una de las características del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es la evitación de emociones relacionadas con el trauma, la cual en ocasiones se puede extrapolar a situaciones que generan angustia, incluso si no están relacionadas con el evento traumático. Además, según los autores López et al. (2019), los síntomas del TEPT pueden aumentar en gravedad cuanto más se trata de evitar experiencias internas.

Teniendo esto en cuenta, no es difícil entender que integrar los recuerdos traumáticos en su vida es un desafío para la víctima puesto que tiene un impacto significativo en su desempeño social, académico y profesional (Echeburúa y Amor, 2019).

Así, todo parece indicar que en los casos de TEPT un objetivo terapéutico debe ser aceptar las experiencias emocionales, ya que facilitan su procesamiento emocional y permiten reducir los síntomas (López et al., 2019).

En el caso de la paciente, se observa como el episodio de abuso sexual que vivió en su infancia tuvo consecuencias psicológicas en su estabilidad emocional. En importante tener en

cuenta que, desde que le sucedió y hasta que decidió contárselo a su familia, no tuvo apoyo familiar con el que contar, e incluso cuando se lo dijo, tampoco obtuvo el apoyo que esperaba. Por tanto, y teniendo en cuenta lo que Sarasua et al. (2012) explican, se considera que la falta de apoyo familiar tanto después del abuso como en el momento en el que lo revela con 25 años puede haber influido en el malestar emocional de Angora. Otro factor que hay que tener presente es que el agresor era un primo, lo cual además de haber influido en el malestar emocional de Angora, también ha podido afectar a su baja autoestima.

Por otro lado, respecto al TEPT, si bien es cierto que no se le ha aplicado ninguna prueba psicométrica que confirme el diagnóstico, resulta importante destacar que la evitación de emociones relacionadas con el abuso sexual que presenta Angora coincide con una de las características del TEPT que señalan Schick et al. (2020).

6. Terapia Focalizada en la Emoción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), la cual tiene un enfoque humanista con respaldo empírico, reconoce la centralidad de la emoción en la experiencia humana (Greenberg y Elliott, 2014; Pos y Greenberg, 2007). Además, integra elementos de la Terapia Centrada en la Persona, la Terapia Gestalt y Terapia Existencial (Greenberg y Elliott, 2014).

Por otro lado, los autores Goldman et al. (2016), exponen que la TFE se apoya en la sintonización empática de los estados del cliente y en una evaluación emocional, diferenciando entre emociones primarias y secundarias, adaptativas y desadaptativas.

Además, postula que las emociones, en sí mismas, poseen un potencial adaptativo innato que cuando se activa puede facilitar cambios significativos en estados emocionales problemáticos y en la percepción de uno mismo (Greenberg et al., 2014, traducido por Gatti, 2014; Pos y

Greenberg, 2007). Sin embargo, para una persona que ha experimentado situaciones traumáticas o que ha aprendido que las emociones deben ser ignoradas o rechazadas, estas se pueden volver problemáticas (Greenberg y Elliott, 2014).

Teniendo esto en cuenta, la TFE entiende que los esquemas emocionales son la principal fuente de experiencia, que actúan de manera rápida e implícita provocando una experiencia emocional y tendencia a la acción de forma automática (Greenberg et al., 2014, traducido por Gatti, 2014).

Por eso mismo, la TFE busca ayudar y acompañar a los pacientes en su proceso de identificación, experimentación, exploración, comprensión, transformación y gestión de sus emociones de la manera más flexible posible (Greenberg y Elliott, 2014). El resultado final que se busca con todo este proceso es que los pacientes sean capaces de acceder a la información de ellos mismos y de su entorno para poder utilizarla de la manera más adaptativa posible (Greenberg y Elliott, 2014; Pos y Greenberg, 2007).

El principio básico de la TFE es que para que haya cambios significativos en una persona, primero es necesario que reconozca y se apropie de sus experiencias para posteriormente valorar si quieren que esta le modifique, o ser ella quien modifique a la experiencia (Greenberg y Elliott, 2014).

En consonancia a lo anterior, el cambio se produce a través de la toma de conciencia, así como el trabajo en la regulación, reflexión y transformación de las emociones en el contexto de una relación terapéutica y con una mirada empática (Goldman et al., 2016; Greenberg y Elliott, 2014; Pos y Greenberg, 2007).

Asimismo, Caro (2022) añade que, a través de la comprensión compartida y empática tiene lugar el proceso terapéutico centrado en la transformación del dolor nuclear, generando metas

personalmente significativas y facilitando la resolución de problemas fundamentales para el individuo.

Las intervenciones buscan crear significado a partir de la experiencia, simbolizando sensaciones corporales y construyendo nuevas experiencias, integrando razón y afecto (Goldman et al., 2016).

En otras palabras, el terapeuta busca poder promover la diferenciación de experiencias del paciente, la simbolización en la consciencia y el procesamiento emocional congruente de las mismas (Caro, 2022). Es decir, se busca que el paciente pueda hacer una diferenciación de experiencias, haya una simbolización en la consciencia y un procesamiento emocional congruente de las mismas (Caro, 2022).

Para alcanzar el cambio buscado, Pos y Greenberg (2007), explican que los terapeutas de TFE están preparados para reconocer indicadores comunes que evidencian la existencia de dificultades en el procesamiento emocional. Uno de los marcadores más comunes, y que la paciente presenta, es la "escisión autointerrumpida", donde una parte de la paciente reprime y limita la expresión emocional de emociones que le resultan desagradables como la tristeza.

Además, acorde con lo que Elliott y Greenberg (2007) explican, la presencia de los marcadores están indicando que el paciente está preparado para abordar un problema o tarea específica que permita la transformación del dolor y la integración de lo vivido con un correcto procesamiento emocional.

No obstante, la TFE también tiene en cuenta el funcionamiento emocional adaptativo del paciente para poder aprovecharlo de cara a fomentar su cambio crecimiento personal (Greenberg et al., 2014, traducido por Gatti, 2014).

Los autores Elliott y Greenberg (2007) refieren que los tres principios de la TFE que orientan a realizar tareas terapéuticas son: el procesamiento experiencial, la finalización de la tarea o focusing, y el desarrollo personal del paciente. Estas tareas se llevan a cabo con el fin de facilitar y acompañar a los pacientes en la resolución de sus problemas emocionales e internos.

Por su parte, Greenberg et al. (2014, traducido por Gatti, 2014) identifican 3 grandes fases en el proceso terapéutico de TFE. Primero, la vinculación emocional y toma de conciencia, continúa con la evocación y exploración de la emoción sentida, y finaliza con la transformación emocional y construcción y reflexión de alternativas nuevas.

Por todo ello, con la investigación busco abordar la evitación experiencial y emocional y explorar cómo de efectiva es la TFE para este tipo de problemática. Asimismo, teniendo en cuenta lo expuesto por Pos y Greenberg (2007), otro objetivo de la investigación es observar si a través de la TFE se puede trabajar sobre las dificultades relacionadas con el procesamiento emocional e intervenir sobre dichas dificultades y estrategias de evitación experiencial y emocional. Además, considero que este enfoque, al estar centrado en la conexión emocional y la comprensión profunda, se presenta como una valiosa herramienta para el abordaje de la evitación emocional en el contexto clínico (Ciro, 2022).

7. Diseño

El presente trabajo se enfocó en un diseño cualitativo de estudio de caso clínico realizando un seguimiento y evaluación del proceso terapéutico de una Angora. El proceso terapéutico se ha llevado a cabo en el centro Nara Psicología, centro donde la investigadora realiza sus prácticas curriculares correspondientes al Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas.

La paciente fue seleccionada de entre tres casos que estaban en un proceso terapéutico con la investigadora como terapeuta y fue elegida en base a los siguientes criterios:

- Ampliar el conocimiento no solo en la problemática abordada en psicoterapia, sino también en el marco teórico y práctico. La relevancia de la investigación es estudiar si el abordaje de la evitación emocional desde la TFE resulta útil y positiva para disminuir la evitación emocional y experiencial. El fin último de esta investigación es aportar datos para verificar la efectividad de esta terapia en la problemática de la paciente y presentar posibles adaptaciones y ajustes que puedan ser aplicados a perfiles similares al de la participante.
- Previsión de la continuidad de la paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico y estudio de caso. Para ello se prestó especial atención a señales de adherencia al tratamiento, baja a o nula ausencia a las sesiones, así como bajo riesgo de abandono.

Para poder llevar a cabo el estudio de caso, primero se solicitó permiso al centro Nara Psicología. Posteriormente, se abordó el tema con la paciente para obtener su consentimiento (Ver Anexo 1, 2 y 3). Una vez se obtuvo la aprobación tanto del centro como de la paciente, se envió la intención de realizar la investigación al comité de ética de la universidad. Todo se realizó con el fin de garantizar la confidencialidad y de reducir al máximo cualquier riesgo que pudiera darse por la investigación.

Para la recogida de información se llevó a cabo un seguimiento de las sesiones y del proceso teniendo presente el enfoque de la terapia en todo momento. Además, se contó con sesiones de supervisión con dos profesionales del centro con el objetivo de garantizar el correcto desarrollo del tratamiento e intervención. Al mismo tiempo, en psicoterapia había otra compañera

como coterapeuta que se encargaba de tomar notas de la sesión, así como de supervisar el adecuado progreso del proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es aplicar los principios de la TFE en una paciente con elevada evitación experiencial y emocional. También, se pretende contribuir en el desafío de la práctica clínica ante la creciente evitación emocional existente en la sociedad actual.

8. Metodología

La recopilación de información utilizada y tenida en cuenta en la investigación se llevó a cabo en el transcurso del proceso terapéutico con un total aproximado de 23 sesiones (del 19 de octubre de 2023 hasta el 25 de abril del 2024). Además, se completarán una serie de tareas terapéuticas inter-sesiones, cuyos datos serán utilizados de la misma manera. Por tanto, para la formulación del caso y comprensión de este se hizo uso de la entrevista clínica, línea de vida y un diario.

Esto se basa en lo que Goldman et al. (2016) explican y es que, la información clave para el terapeuta es la emoción sentida en el aquí y ahora de la sesión, los cuales se pueden observar en marcadores y micro-marcadores conductuales que manifestarían la emoción y la necesidad de procesamiento.

Así, durante el proceso terapéutico se ha estado atendiendo a los marcadores y micro-marcadores de las emociones que experimentaba la paciente durante la sesión para tratar de iniciar el procesamiento de esta.

Mencionar que se seleccionará únicamente la información imprescindible para cumplir con los objetivos de la investigación, de tal manera que se omitirán aquellos datos que no son relevantes para la misma.

9. Presentación del Caso

La paciente, Angora, es una mujer de 34 años que acude a consulta por recomendación de su expareja para que tenga un espacio seguro donde hablar y trabajar sobre aquellos aspectos que le preocupan.

A nivel emocional refiere querer claridad y saber qué le pasa, y por qué siente lo que siente. Aclara que quiere trabajar en la gestión emocional, ya que considera que evita situaciones que le pueden evocar emociones como la tristeza, ira o enfado.

Refiere ser "*una persona risueña y súper alegre y no creo que sea un mecanismo de defensa, sino mi personalidad*". Se considera una persona muy resiliente, tranquila pero activa y creativa. Añade ser una persona cariñosa que disfruta del contacto físico. Se observa que piensa más en los demás que en ella misma y le resulta muy importante cuidar, aunque considera que "*me ciego un poco a la hora de ayudar y me vuelco mucho en las relaciones*".

Comenta que "*no sé enfadarme, no concibo enfadarme*". Explica que, si bien experimenta el enfado, prefiere no manifestarlo de forma agresiva. Es decir, no le gusta elevar el tono de voz, golpear a los objetos, recurrir a la violencia verbal, etc. Aclara que, ante una discusión con un tono elevado, no entra en la escala de violencia verbal y no insulta ni eleva el tono de voz. Además, suele bloquearse y alguna vez termina llorando y abandonando el lugar. Una vez vuelve hace como si no hubiera pasado nada.

Presenta insomnio, síntomas de cistitis (analítica correcta y sin bacteria), endometriosis y onicofagia. Respecto a esto último lo menciona a raíz de decir que no siente que esté estresada, pero que sí cree que "*a nivel corporal sale*" pues se come las uñas mucho. Por otro lado, respecto al insomnio explica que "*nunca he dormido bien, pero desde la muerte de mi padre duermo peor*".

Actualmente, Angora vive en Madrid en un piso sola junto a sus dos gatos. Su padre falleció en 2017 debido a un cáncer y menciona que cree que "*no he pasado el duelo*" y que "*no le he llorado suficiente*". Su madre y su hermana se encuentran en Barcelona, y mantiene una relación distante con ellas. Explica que ir a Barcelona le da "*pereza*" y termina muy cansada siempre que va.

La paciente se dedica al mundo de la fotografía, y grabación y edición de vídeos. Destaca que "*procrastino demasiado*" en el ámbito laboral y que le gustaría trabajarlo porque no le permite disfrutar de los planes y le genera mucho estrés y agobio.

Al inicio del tratamiento Angora se encuentra en una relación abierta de dos años con Korat. Angora y Korat son las dos personas que conforman la pareja principal de esta relación abierta, y mantienen relaciones sexuales con otras personas fuera de esta pareja. No presentan normas respecto a las relaciones sexuales que mantienen. Por ejemplo, no han acordado si pueden repetir o no. Sin embargo, la relación afectiva se da, principalmente, entre Angora y Korat. Según refiere la paciente, cuando comenzaron su relación sentimental tomaron decisión de abrir su relación de manera conjunta.

Durante el proceso terapéutico deciden darse un tiempo "*y ver qué sucede*". En los últimos meses de noviazgo no mantenían relaciones sexuales y eso le despertaba cierta inseguridad y le afectó a su autoestima. Todo este suceso impacta de manera significativa a la paciente.

Angora explica que cuenta con una red de apoyo segura a la que le da mucha importancia. Define a sus amigas como personas muy buenas y atentas sobre las que se apoya siempre.

Refiere tener cierto rechazo a los hombres, "*tengo un poco de misandria, pero me gustaría trabajar en ello*".

10. Antecedentes

Área Familiar

La familia de Angora está compuesta por su madre (65) y su hermana (38). Su padre fallece en 2017 debido a un cáncer. En términos generales, la relación con la familia siempre ha sido distante y un poco ambivalente. Esta ambivalencia se percibe en actitudes contradictorias donde refiere haber tenido momentos de cercanía y periodos de mayor distanciamiento y tensión. Se define como la "*oveja negra de la familia", "la rara por ser artista*".

La relación con la figura paterna era la más cercana. Explica que era con quien compartía más cosas y con el que más escuchada y tenida en cuenta se sentía. La paciente narra una relación ambivalente con su madre. Explica que siempre ha sido una "*persona complicada*" con la que tener una conversación. Además, tenía poca intimidad con ella puesto que siempre se enteraba de todo. Tras el fallecimiento de su padre tuvo problemas con su madre por la herencia, y lo recuerda como un momento tenso y doloroso.

El estilo parental era muy autoritario, con altos niveles de exigencia y bajo nivel de afecto. Cuando mencionaba problemas con la hermana a sus progenitores no se sentía apoyada y/o protegida.

La relación fraternal es la más conflictiva, especialmente en la infancia. La define como una relación "*compleja y complicada*". Refiere que su hermana siempre le tuvo envidia y que "*me hacía la vida imposible*". Refiere que la hermana tuvo que acudir a psicoterapia debido a su relación con Angora en la infancia.

Explica que son muy diferentes, y define a su hermana como una persona "*un poco prejuiciosa y fría*". Añade que no le cuenta muchas cosas porque se siente juzgada. No obstante, ha habido un acercamiento, especialmente tras el fallecimiento de su padre.

Área Personal

Angora ha sido una persona bastante independiente y complaciente con sus progenitores. Siempre ha tratado de pasar desapercibida. No cuenta con una rutina establecida.

La paciente menciona haber vivido situaciones que considera aversivas y no descarta que le hayan marcado y le hayan afectado de una manera u otra hasta el día de hoy (posteriormente se mencionarán aquellos eventos significativos a los que se refiere). No obstante, tiende a normalizar y racionalizar dichos eventos De la mano de todo esto, encontramos también cierta minimización de los temas con verbalizaciones como "*pero ya lo he aceptado*".

También presenta una elevada evitación de las emociones que son contrarias a su personalidad alegre y risueña, especialmente de la tristeza, el enfado, la ira, etc. La propia paciente explica que es como si hubiera "*un bloque de no poder permitirse estar triste*" y expresar sus emociones.

Se define como una persona muy curiosa que le gusta aprender cosas de manera didáctica, aunque rápidamente las abandona. Disfruta mucho de la música y de pasar tiempo con sus amigas y sus gatos. Le gustan mucho los gatos y los considera como sus hijos.

Ha acudido a psicoterapia previamente y refiere "*no haber conectado mucho con la terapeuta ya que sentía que hablaba mucho y la terapeuta no*", y señala un momento en el que no se sitió validada.

Área Social y de Pareja

Angora menciona tener una red de apoyo satisfactoria y de apoyo mutuo. Las define como "*mis pilares*", y añade que las considera como su familia. Habla más con ellas y les cuenta más

cosas que a su familia de origen debido a que con su grupo de amigas no se siente juzgada, y además le escuchan, apoyan y ayudan siempre.

Respecto a sus relaciones sentimentales, explica que ha tenido cuatro. Bombay fue la pareja anterior a Korat y refiere que ejerció maltrato psicológico, emocional y económico sobre ella. Se alejó de sus amigas y su familia, no pudiendo estar durante la enfermedad de su padre.

Actualmente se encuentra dándose un tiempo con Korat, pareja con la que mantenía una relación abierta. Durante este tiempo que se han dado, han continuado manteniendo contacto entre ellas de manera diaria. En términos generales, han estado hablando por *WhatsApp* y/o videollamada todos o casi todos los días y se han estado viendo por lo menos una vez a la semana. Además, han hecho viajes juntas solas o con amigas. Añade que en alguna ocasión se llegaron a besar, pero no mantuvieron relaciones sexuales. Angora refiere querer restablecer su relación sentimental con Korat.

Además, durante este tiempo ha conocido a otras mujeres con las que ha tenido diversos encuentros sexuales con los que ha aumentado su autoestima. Angora no tenía encuentros sexuales en los últimos meses de relación y eso le preocupada y le afectaba a su autoestima.

Eventos Significativos

Los eventos significativos en la vida de la paciente se han explorado con la herramienta de la línea de vida a lo largo de las dos primeras sesiones de psicoterapia. Angora destacó los siguientes eventos significativos en su vida:

- 5 años: recuerda experimentar miedo y vergüenza de manera muy intensa y refiere que su madre le llevó a *"sitios esotéricos y de homeopatía*" con el objetivo de aliviar sus temores. Asimismo, relata un sueño muy recurrente en el que un hombre alto, vestido

completamente de negro, entraba en su casa con la intención de hacerles daño a su familia y a ella. En el sueño, su padre era quien intervenía y protegía a la familia, mientras ella se refugiaba en la habitación. Refiere que en la actualidad hay ocasiones en las que tiene este sueño.

- 8 años: refiere sufrir un abuso sexual por parte de su primo de 18 años. Refiere haberse sentido manipulada. Únicamente recuerda estar con su primo sola en una habitación mientras su hermana y su prima estaban fuera. Refiere que se encontraba desnuda encima del primo y él le trató de convencer para que le realizara una felación. Señala que la hermana y la prima intentaron entrar en un momento, pero el primo no las dejó. No recuerda nada más del suceso debido a "*un bloqueo*".

  Con 25 años, Angora comparte el episodio con su familia, obteniendo una respuesta que no se ajustó a sus expectativas, que define como un "*comentario fuera de lugar*" y se sintió muy invalidada y poco apoyada.
- 9 años: refiere que quería apuntarse a fútbol, pero no puedo debido a la negativa de su madre porque *"es homófoba y no quería que hiciera algo de chicos*". Lo recuerda con enfado porque no se le tuvo en cuenta a ella ni a lo que realmente quería. No obstante, refiere que su padre le apoyó mucho y compartían tiempo jugando al fútbol. Lo recuerda como algo bonito y un momento feliz junto a él. A los 16 años consigue apuntarse a fútbol
- 14 años: refiere haber sido víctima de bullying por su físico, "*por estar plana y no tener la regla*". Añade que ante esta situación su madre se presentó en el colegio y regañó a los compañeros por su comportamiento. Sin embargo, con esta intervención no logro eliminar el problema, sino empeorar la situación. Todo esto supuso que Angora se sintiera muy insegura por su imagen corporal al no ajustarse a los estándares sociales de belleza.

Resaltar que no se terminó de trabajar la línea de vida debido a que la paciente refirió no ver necesario trabajar sobre ello por tenerlo "*aceptado"* y no causarle problemas en la actualidad. Además, señalaba que su prioridad era Korat y que quería centrarse en su relación. Se opta por abandonar el uso de la herramienta de la línea de vida para no afectar a la alianza terapéutica y se comienza a trabajar en la evitación emocional y experiencial a través de su relación con Korat.

Sin embargo, a lo largo de la psicoterapia la paciente verbaliza los siguientes eventos significativos:

- Relación sentimental de 6 años con Bombay: Durante esta relación, Angora refiere haber sido víctima de maltrato psicológico y económico. Asimismo, se distancia de su círculo de amigas y su familia llegando a perder el contacto. La autoestima de Angora se vio afectada como resultado de las verbalizaciones de Bombay sobre su físico y su persona. Estos comentarios minaron la confianza en sí misma y aumentó los sentimientos de inseguridad y malestar emocional. Además, Angora dedica todo su tiempo a Bombay y a cuidarla, adoptando un rol de salvadora debido a que Bombay amenazaba con autolesionarse o suicidarse. Tras dejar la relación estuvo conviviendo un año con Bombay hasta que encuentra un piso al que mudarse. Refiere que esta es la razón por la cual acude a psicoterapia por primera vez.
- Fallecimiento de su padre: su padre fallece en 2017 como consecuencia de un cáncer agresivo. Debido a su relación con Bombay no pudo acompañarle durante la enfermedad y se culpabiliza bastante por ello. En suma, tras la invalidación de su padre cuando contó el abuso sexual sufrido por su primo, Angora se distanció de él.
- Acoso sexual por parte de un compañero de trabajo y amigo de la familia: refiere que un compañero de trabajo se le insinuó varias veces y llegó a masturbarse delante de ella en

una ocasión. Define el episodio como algo muy desagradable. Refiere que tanto este suceso como el episodio con su primo, han podido influir en su rechazo hacia los hombres. No se lo ha contado a nadie de su familia.

11. Evaluación Inicial

La evaluación inicial fue realizada de manera cualitativa a través de la entrevista semiestructurada y observación con el objetivo de explorar las áreas importantes de su vida personal. Para ello se dedicaron las primeras sesiones a la par que se trabajaba en la alianza terapéutica con la paciente.

Como se mencionó anteriormente, la información con la que se trabaja en la TFE es con la que trae el paciente a sesión, así como con las emociones en el momento presente, en el aquí y ahora de la sesión terapéutica (Goldman et al., 2016). Es por ello por lo que se optó por no pasar pruebas psicométricas, ya que se consideró que podrían desviar el foco de la terapia y poner en riesgo la calidad del vínculo. Por tanto, la evaluación inicial se centró en explorar la gestión y experiencia emocional de la paciente.

Las áreas que se exploraron fueron:

1. Motivo de consulta
2. Experiencia con el problema
3. Rutina diaria
4. Familia
5. Red de apoyo

Desde el inicio se muestra colaborativa y motivada con el proceso terapéutico y con intención de trabajar en la gestión emocional. A pesar de ello, no se descarta que pueda tener cierta deseabilidad social, especialmente al inicio del trabajo terapéutico.

Como se ha mencionado anteriormente, la paciente se define como una persona risueña, alegre y a la que le gusta el humor, pero que siente que hay "*un bloque de no poder permitirme estar triste*" y expresar emociones que se alejan de su "*personalidad"*. Tiene una baja autoestima y es bastante insegura de sí misma.

En relación con lo anterior, se observa una elevada desconexión emocional a la hora de contar diferentes sucesos aversivos de su vida, haciéndolo desde la parte más racional. En otras palabras, presenta cierta disociación entre la emoción y el suceso que narra. Además, la paciente tiende a normalizar y racionalizar, e incluso minimizar los diversos eventos significativos de su vida con verbalizaciones como: "*pero ya lo he aceptado/superado*", "*pero no pasa nada, está bien*".

Todo ello dificulta bastante el trabajo psicoterapéutico debido a que el nivel de evitación emocional es muy elevado y solo conecta con la emoción sentida en situaciones concretas o cuando son muy intensas. Si no, tiende a tomar distancia entre lo sucedido y lo que siente y adopta un rol de narradora más que de protagonista sin llegar a conectar con la emoción.

Asimismo, la paciente explica que cree que somatiza sus sentimientos y preocupaciones debido a que suele tener síntomas de cistitis, comerse las uñas, dormir mal, etc. cuando vive momentos de estrés. Si bien es cierto que indica que por regla general suele procrastinar, en momentos en estrés y tensión, suele procrastinar más.

Por lo que cuenta Angora en sesión, se considera que tiene tendencia al estilo de apego desorganizado debido a su historia de vida. Sin embargo, también puede tratarse de un apego

ansioso, con conductas evitativas. Esto concuerda con lo que explica respecto a las interacciones en edad temprana con sus figuras de apego (progenitores) y su hermana, donde estuvieron marcados por episodios de rechazo, distanciamiento, ambivalencia y falta de apoyo, además del abuso sexual.

En el presente, se observa que Angora muestra cierta sobrecompensación en las relaciones adultas, de manera que se vuelca y sobreinvolucra en los vínculos que tiene. Sin embargo, también muestra cierto distanciamiento cuando conoce a gente nueva. Refiere tener una buena red de apoyo.

12. Formulación del Caso

Origen de la evitación emocional

Se observa como la evitación emocional y experiencial de Angora es resultado de su historia de vida. Desde temprana edad vivió un rechazo por su hermana y una sensación de no ser vista, escuchada ni apoyada por parte de sus progenitores en varias ocasiones, como refiere alguna vez en sesión al decir "*con el abuso pasó lo mismo, me abrí y no me escucharon"* o que está acostumbrada a no ser vista.

Se considera que la forma que tenía de ser vista por sus padres era conectando, sobre todo, desde el humor, mientras que, al mostrar la tristeza, sus figuras de apego se alejaban de ella. Esto, sumado a la experiencia de que cuando expresaba sus emociones y se abría a su familia, no era acogida ni sostenida, e incluso se minimizaba su experiencia, resultó en que Angora aprendiera que expresar sus emociones no era bueno porque no se le escuchaba y, además, alejaba a sus figuras de apego.

Asimismo, respecto a la evitación de Angora de expresar las emociones, destacan, sobre todo, la tristeza, el enfado, la rabia y el miedo. Se considera que dichas emociones probablemente desbordaban emocionalmente a la madre y ésta no podía gestionarlas ni sostenerlas. Como resultado de esta interacción, Angora aprendió a negar y evitar sus propias emociones con el objetivo de cuidar a su figura materna. Es decir, la paciente aprendió a sobre-regular y reprimir sus emociones, adoptando así un rol de cuidadora debido a que su madre no podía cuidar de Angora ni sostener sus emociones de malestar, además de que afectaba al equilibrio emocional familiar. Por todo ello, se valora que parte del origen de que Angora adopte el rol de cuidadora en los vínculos que establece y reprima sus emociones en el presente está en sus interacciones tempranas con su madre.

En relación con lo anterior, también se hipotetiza que, ante la expresión de estas emociones, Angora se pudo sentir abandonada y desprotegida por su figura materna lo que puede explicar el apego ambivalente y la autocontención y evitación emocional.

Remitiéndonos a la historia de rechazo, la paciente refiere que no le gusta sentirse rechazada, lo cual nos lleva a su experiencia de rechazo absoluto por parte de su hermana por ser quien es, y por parte de su madre por sus gustos y orientación sexual. Recordemos el episodio en el que la madre no quiso apuntarla a fútbol "*porque es homófoba y no quería que hiciera algo de chicos*". En la misma línea, ha experimentado cierto rechazo comparativo donde ella era "*la oveja negra de la familia*", "*la artista*" y en cambio su hermana seguía una vida "normativa" que se ajustaba más a las expectativas de su madre.

Teniendo esto en cuenta, se considera que las experiencias de rechazo son un factor que ha influido en la desconexión e inhibición emocional que presenta Angora. Al constreñir sus emociones, conseguía reducir el malestar producido por el rechazo de su madre por su orientación

sexual, y de su hermana por su identidad. Además, con esta estrategia evitaba conectar con la sensación de inadecuación y desaprobación familiar por ajustarse a un estilo de vida menos convencional.

El padre, por el contrario, y según refiere la paciente, fue su principal fuente de apoyo en el sistema familiar y con el que más vínculo tenía. Recordemos el episodio en el que su padre le apoyaba con su decisión de jugar al fútbol y jugaba con ella.

Por otro lado, remitiéndonos al sueño recurrente de la paciente en el que el padre le protege del hombre que invade su casa, se considera que Angora identifica al padre como una figura de seguridad y protección, y único capaz de sostener sus emociones. Otro ejemplo que evidencia que la paciente consideraba al padre como su guardián y protector es cuando, en una de las primeras sesiones refiere que en ocasiones piensa que "*el karma se lo llevó por no haberme protegido en ese momento*", refiriéndose al momento en el que le cuenta el abuso sexual sufrido en la infancia y el padre no reacciona como ella esperaba, cuidándola y protegiéndola.

Respecto al uso de la palabra *karma*, se hipotetiza que realmente está expresando enfado y cierta necesidad de venganza hacia su padre por no haber sabido protegerla ni ayudarla tras confesar el abuso sexual. Al atribuir al karma el fallecimiento de su padre, está despersonificando su enfado y atribuyendo a un agente externo la responsabilidad del fallecimiento del padre. Esto le permite evitar tener que entrar en contacto con la emoción secundaria de enfado y de que "se lo merece" por no haber cuidado de ella. Se valora que las emociones primarias que puede estar experimentando son la decepción y el abandono.

Por otro lado, un aspecto relevante a tener en cuenta es que Angora señala que su padre y ella compartían el mismo humor y era el familiar al que más se parecía. Se hipotetiza que, dado

que la paciente se identifica con el progenitor y lo considera un referente, siguió su ejemplo y aprendió a regular sus emociones y a proteger a la familia a través del humor.

Mantenimiento de la evitación emocional

Se observa que Angora tiende a adoptar un rol de cuidadora y salvadora en todas las relaciones que establece, especialmente con sus amigas, su expareja y su madre. Se considera que este rol le permite no conectar con sus necesidades emocionales puesto que el hecho de recibir cuidado implica: primero, tener que conectar con su experiencia infantil en la que no fue cuidada por su madre, y, segundo, darse cuenta de sus carencias y necesidades presentes. Por todo ello, adopta el rol de cuidadora y se siente incómoda siendo cuidada. De hecho, Angora a lo largo de la psicoterapia ha verbalizado que "*cuando empecé a recibir cuidado de mis amigas me di cuenta de que necesitaba cuidar*", que le gusta que sus amigas acudan a ella cuando se encuentran mal y que "*me sienta tan bien sentir que las ayudo que no supone una carga*".

En la misma línea, se hipotetiza que Angora considera el cuidado como una forma de evitar el rechazo y mantener sus vínculos. A través del cuidado, Angora puede generar "deuda" en las personas debido a que ella ha estado cuidándoles y apoyándoles. A su vez, adoptando el rol de cuidadora, se vuelve una persona importante y necesitada para su red afectiva, generando también la sensación de dependencia en su grupo de pares para estar bien, al ser una figura de sostén y cuidado para ellos. De esta manera, consigue reducir el miedo a ser abandonada/rechazada. Además, esta dinámica relacional implica una expectativa de reciprocidad, es decir, que sus amigas le apoyen y cuiden cuando lo necesite. No obstante, quiero puntualizar que esto no quiere decir que el cuidado nunca sea genuino ni sea sincero.

Por otro lado, se percibe en Angora un patrón relacional marcado por la dependencia, especialmente en sus relaciones amorosas. Se considera que se debe al estilo de apego ansioso y a que la compensa la dependencia emocional respecto a sus parejas frente a la vulnerabilidad de experimentar el miedo al abandono. De hecho, a lo largo del proceso terapéutico ha admito sentir que se está conformando con una relación que sabe que no es recíproca, y que no se merece pasar por lo que está pasando, pero que no se imagina cortar la relación con Korat. Alguna de las verbalizaciones que ha hecho son: "*no me planteo el contacto 0, prefiero estar en el limbo con Korat al contacto 0"*, "*me aferro a lo bueno* (respecto a su relación con Korat)", o que tiene la esperanza de que Korat le proponga volver en algún momento y retomar la relación abierta, a lo que ella aceptaría sin dudarlo.

Korat fue la primera persona con la que Angora estableció una relación afectiva después de terminar con Bombay, y la paciente refiere que en esta relación pudo ser ella misma y se le aceptó tal y como era. Por tanto, se considera que la esperanza de Angora de retomar la relación afectiva con Korat está muy marcada porque identifica a Korat como una fuente de alegría, positividad y humor, y figura que le acepta y le quiere.

Además, al igual que con su padre, refiere compartir el mismo tipo de humor con Korat y ser la persona con la que más se ríe. Se valora que este vínculo evoca recuerdos de su relación con su figura paterna, lo que supone que perciba a Korat como una figura de seguridad y protección como lo era su padre. Además, también la identifica como figura de aceptación y sostén emocional, ya que el humor era una estrategia de regulación emocional empleada por su padre. Se valora que todo esto influye en la dinámica relacional de dependencia respecto a Korat.

Asimismo, Angora presenta una elevada preocupación en relación a Korat y los vínculos que establece. En todas las sesiones ha mencionado encontrarse muy preocupada por Korat y su

relación con un chico. Refiere estar desesperada porque Korat "*no se dé cuenta de que (*el chico*) no le quiere y que es un tóxico*". Se considera que esta preocupación, emoción secundaria, encapsula la emoción primaria de miedo a ser reemplazada y rechazada, a la par que abandonada. Focalizándose en la relación del chico con Korat y en sus dinámicas relacionales "*tóxicas*", la paciente consigue desviar la atención respecto a sus propias dinámicas y la relación presente entre ellas. Es decir, que cambia el foco atencional de ella y Korat, a Korat y el chico. De esta forma, desvía la atención de sí misma y de tener que conectar con el miedo y con la posibilidad de tener que aceptar no ser elegida por Korat. Además, también adopta una posición de cuidado de los demás y de la relación, rol en el que se siente cómoda y desde el cual se relaciona con las personas.

Por otro lado, se valora que la paciente relaciona la tristeza con estar mal en la vida, ya que las veces que ha podido conectar con la tristeza ha sido cuando falleció su padre y su gato, y en la relación de maltrato por parte de su expareja Bombay. Es decir, en momentos muy puntuales. Por tanto, se entiende que ese rechazo a experimentar emociones que le resultan desagradables está muy definido por los momentos asociados a las mismas.

También, se considera que la evitación de emociones como la tristeza y el miedo en el presente puede estar vinculada a la percepción de que su experiencia emocional será invalidada y no van a poder ser sostenidas, dejándola desprotegida, como le sucedió en el pasado con su figura materna. Es decir, Angora considera que, al igual que en sus experiencias tempranas en su familia de origen, en el presente sus emociones no son válidas y que, en caso de expresarlas, no van a poder sostenidas, encontrándose desprotegida.

Respecto al enfado, se considera que la paciente asocia estar enfadada con su madre, figura con la que, a pesar de haber reconectado en los últimos años, ha tenido conflictos y refiere querer "*poner distancia y poner límites"*. De hecho, la paciente ha verbalizado alguna vez que "*no quiero*

vivir enfadada como mi madre". Por ello, se considera que Angora también tiene una elevada evitación del enfado debido a asociarlo a su figura materna y considerar que puede estancarse en el enfado toda la vida.

Otro factor de mantenimiento y que dificulta el trabajo terapéutico en la evitación emocional y experiencial es que Angora no lo vive como un problema ni algo que debiera cambiar, ya que el resultado de esta evitación es algo positivo para su persona y le gusta. Es decir, que debido a la evitación emocional se presenta como una persona risueña, alegre, comunicativa, accesible… lo cual son cualidades aceptadas y bien valoradas en la sociedad actual, que sumado a su deseo de ser aceptada y querida supone que no vea necesidad de cambiar su evitación. Además, presentándose como una persona alegre, risueña, positiva… responde a los roles de género respecto a qué se espera de una mujer.

Asimismo, hay que tener en cuenta que esta evitación no le impide llevar una vida funcional, sino que incluso se adapta, más si cabe, a los mandatos sociales de ser una persona productiva y que está integrada en sociedad. De esta forma, a través de la evitación emocional obtiene una elevada aceptación social y admiración de su red afectiva. Es más, en alguna ocasión ha verbalizado que le importa mucho ser querida y admirada por su grupo de amigas e incluso "*me daba miedo ya no gustarle o que ya no me admirara*" refiriéndose a Korat. Se valora que esta necesidad de ser admirada y valorada trata de cubrir la falta de admiración y valoración por su figura materna como consecuencia del rechazo comparativo con su hermana experimentado de en su infancia.

Se trata de un mecanismo de defensa que le permite conservar su identidad "*risueña, alegre"* y cuidadora, debido a que construyó su identidad entorno a estas características para ser querida y vista, y evitar la experiencia de abandono. Además, hay que tener presente que se está

trabajando sobre aspectos centrales de la identidad de Angora. Esto implica que se sienta insegura y en peligro, ya que el trabajo psicoterapéutico tiene implicaciones identitarias y, por tanto, muestre una mayor resistencia en el proceso psicoterapéutico, lo cual complejiza la intervención.

Mencionar brevemente que, si bien esta evitación emocional no le impide llevar una vida funcional, lo cierto es que la paciente presenta muchos síntomas psicosomáticos como resultado de la inhibición emocional. Por ello, cuando los síntomas psicosomáticos mejoran y se procede a profundizar en los problemas subyacentes, presenta dificultades para seguir exponiéndose a situaciones en psicoterapia que le generan malestar.

13. Tratamiento y Curso

Acorde con Elliott y Greenberg (2007), la relación empática y presencia genuina plena del terapeuta es la base de la TFE. Además, el terapeuta también debe mostrar un profundo respeto y sensibilidad a las experiencias del paciente. Esto facilita establecer una relación terapéutica segura y centrada en la tarea que, sumado al compromiso compartido entre el paciente y el terapeuta favorecen que el paciente pueda expresar y explorar sus principales dificultades personales y su dolor emocional en un espacio seguro y de confianza.

Además, según Greenberg y Elliott (2014), el tratamiento comienza con el terapeuta y el paciente trabajando en el desarrollo y establecimientos de unos objetivos terapéuticos claros, para continuar con el rastreo de marcadores y micro-marcadores en cada sesión y su correspondiente tarea y trabajo.

Así, lo primero que se hizo fue tratar de establecer los objetivos con Angora una vez se creó una alianza terapéutica segura. Los objetivos acordados fueron, fundamentalmente, trabajar en la comprensión de sus emociones y expresión de estas, lo cual supone rebajar su defensa de

evitación de emociones que le resultan desagradables. De manera puntual, también comentaba querer trabajar en poner límites y la procrastinación.

Respecto a la estructura de la psicoterapia, fue semanal y de manera presencial con el apoyo de una compañera como coterapeuta. Además, como se mencionó anteriormente, se contó con supervisiones semanales con dos tutoras del centro para asegurar una correcta intervención. El proceso tuvo una duración de unos 6-7 meses, con un total aproximado de 23 sesiones.

A continuación, se presenta la Tabla 1, que recoge las diferentes fases en las que se ha dividido el proceso psicoterapéutico, así como los objetivos principales y secundarios, y las técnicas empleadas para alcanzar dichos objetivos.

Tabla 1.

Fases, objetivos y técnicas del proceso psicoterapéutico

Fases	**Objetivo principal**	**Objetivo Secundario**	**Técnica empleada**
Primera	Generar una alianza terapéutica segura	Identificar el estilo de procesamiento emocional	Presencia terapéutica Exploración empática del afecto
		Explorar las preocupaciones de Angora	Sintonización empática Línea de vida Metáforas
		Promover consciencia de sí misma	Psicoeducación

		Establecer metas psicoterapéuticas	
Segunda	Promover una mayor conciencia emocional y corporal	Identificar sus emociones y las situaciones que las evocan Identificar, entrar en contacto y simbolizar sensaciones corporales Identificar maneras de expresar las emociones	Sintonización empática Exploración empática Psicoeducación Elaboración de un diario Validación y aceptación Externalización Alianza terapéutica
	Reconocer propias experiencias y emociones	Disminuir preocupación Trabajar sobre la necesidad control Trabajar en poner límites Reducir la procrastinación	Sintonización empática Exploración empática Psicoeducación Mentalización Elaboración de un diario Validación y aceptación Focusing Role-playing Alianza terapéutica

	Identificar e integrar eventos significativos pasados en el presente	
Rebajar evitación emocional	Comprender la funcionalidad de las emociones Aceptar las emociones Adquirir de estrategias adaptativas de regulación emocional Ajuste de expectativas	Sintonización empática Mentalización Elaboración de un diario Alianza terapéutica
Expresión emocional	Expresión de emociones primarias constreñidas e interrumpidas	Sintonización empática Mentalización Psicoeducación Elaboración de un diario Validación y aceptación Reforzamiento Role-playing Metáforas Alianza terapéutica

Tercera	Reflexión emocional	Identificar beneficios de expresar las emociones Valorar nuevas maneras de expresar las emociones Trabajar en su autocompasión	Sintonización empática Mentalización Psicoeducación Metáfora Elaboración de un diario Alianza terapéutica
	Transformación emocional	Desarrollar una mayor conciencia emocional Transformar emoción primaria desadaptativa en primaria adaptativa Fomentar la expresión emocional	Sintonización empática Psicoeducación Elaboración de un diario Alianza terapéutica

Sintonización empática

A lo largo de todo el proceso terapéutico se adoptó una posición de sintonización empática con el afecto y con lo que traía la paciente. Así, durante todo el tratamiento hubo numerosas intervenciones de evocación empática, afirmación empática, conjetura o exploración empática y guías de proceso, entre otras.

Por ejemplo, el inicio de la psicoterapia el objetivo inicial era generar una buena alianza terapéutica de manera que Angora se encontrara en un espacio seguro donde poder bajar sus defensas emocionales y trabajar en los objetivos establecidos en conjunto. Para ello, se trató de crear un ambiente de aceptación, apertura y presencia plena del terapeuta, adoptando posición de sintonización empática con lo que el Angora contaba y experimentaba. Así, se atendía a lo que Angora traía a sesión para poder generar confianza y el compromiso con la psicoterapia para pasar a trabajar en los objetivos. Además, desde el primer momento se respetaron los tiempos de la paciente.

Una vez se estableció un vínculo seguro, se comenzó a trabajar en los objetivos previamente acordados. Dado que siempre se trabajaba sobre lo que la paciente traía a sesión, las intervenciones se adaptaban a las necesidades y demandas de Angora.

Técnicas

A continuación, se expondrán las diferentes técnicas empleadas a lo largo del proceso psicoterapéutico:

Psicoeducación

- Psicoeducación de las emociones y su funcionamiento: Se explicó a Angora la funcionalidad de las emociones para que comprendiera que no hay emociones buenas ni malas. También se le aclaró, que tiende a identificar las emociones como buenas o malas en función de las sensaciones corporales que le evocan y de las experiencias pasadas con las que ha asociado las emociones. Sin embargo, se le mencionó que las emociones se clasifican entre adaptativas y desadaptativas, en función de si se ajustan al contexto y

momento que las ha evocado. Además, se dijo que las emociones son fuente de información muy útil a la que se debe atender.

- Psicoeducación respecto al control que tenemos sobre las cosas y las personas. La paciente se encontraba muy preocupada sobre la toma de decisiones de Korat y lo que podría pasar y se le explicó que llega un punto en el que no está en nuestra mano el control sobre las decisiones de las personas, puesto que son libres de elegir y decidir. Así pues, se le explicó que la preocupación constante no iba a cambiar las decisiones que tomara Korat respecto a sus relaciones, ya que estaba fuera de su control, pero lo que sí estaba en su mano era cómo responder y actuar una vez Korat hubiera tomado las decisiones.
- Psicoeducación respecto a la psicosomatización: Angora presentaba diversos síntomas de somatización como resultado de su evitación emocional. Se le explicó que el elevado control de sus emociones provocaba que se manifestaran a través del cuerpo, ya que era la única forma que tenían de expresarse. Esta manifestación se traducía en malestar físico, insomnio, cistitis, y comerse las uñas y los padrastros.
- Psicoeducación respecto al vínculo que establecemos con las personas y la posibilidad de echar de menos: Angora refería que le preocupaba y le daba miedo echar de menos a Korat si en algún momento dejan de hablarse. Se acogió su preocupación y miedo a la ruptura de ese vínculo de manera sincera y empática, pero a su vez se le explico que echar de menos es sano tanto en cuanto implica un vínculo previo, y es normal que, ante el distanciamiento o ruptura del vínculo con una persona, le eches de menos.
- Psicoeducación respecto a la preocupación: Angora refería no querer preocuparse por Korat. Sin embargo, se le explicó que la preocupación moderada es útil ya que alerta de una situación incómoda e intranquila para ella, además de aportarle información respecto

a dicha situación. Además, se espera que la preocupación le movilice a hacer cosas con el fin de rebajar su intensidad. Sin embargo, estar constantemente preocupado por alguien y sus decisiones, sobre las cuales no se tiene control, es poco adaptativo y puede generar un malestar y sufrimiento innecesario, como el que le estaba causando a Angora su excesiva preocupación por Korat. A esta preocupación excesiva se le denominó *calvario* y a través del uso de playmobil, se trató de externalizar.

Uso de metáforas

A lo largo del proceso terapéutico se hizo uso de las metáforas ya que se observó que a Angora le gustaban mucho y parecía que realizaba un mayor insight cuando se recurría a las ellas. Las metáforas le permitían conectar con la historia y comprender mejor sus experiencias emocionales ya que, al simbolizar su historia en un agente externo y no en ella, podía tomar un poco de distancia. Como resultado de este "distanciamiento", la historia no le resultaba tan aversiva a Angora y, por tanto, no tenía las defensas evitativas tan activadas. Así, conseguía comprender mejor la situación y las emociones que sentía, a la par que le resultaba más fácil valorar nuevas estrategias de regulación emocional y formas de actuar. No obstante, el distanciamiento no suponía una disociación entre la realidad y la historia, puesto que Angora se veía reflejada en la metáfora, lo cual le permitía abordar las emociones de una manera más segura y manejable.

Externalización

Como se mencionó anteriormente, la externalización se realizó respecto a la preocupación excesiva, denominada *calvario*, que presentaba Angora sobre Korat y su relación con un chico. Durante un par de sesiones se estuvo trabajando en la externalización del *calvario* debido a que

estaba muy presente en su día a día, le afectaba a su higiene del sueño y no sabía qué hacer. Para ello, se recurrió al uso de playmobil. Se trató de escenificar cómo se encontraba en el momento presente, cómo le gustaría estar en un futuro con y sin el chico con el que se está relacionando Korat. Además, añadió a una amiga suya por la que últimamente también estaba muy preocupada (Anexo 5). En cada escena, se estuvo explorando las emociones que le provocaba ver la situación en la que se encontraba o deseaba encontrarse, así como las estrategias que estaba poniendo en marcha que podrían estar manteniendo la situación presente, y las que podría hacer para cambiarla. Además, en cuanto a las escenas deseadas, se exploraron las emociones que experimentaba al ver qué quería y si consideraba que podía alcanzarlas. Posteriormente, se le preguntó por las estrategias que podría poner en marcha para llegar a ellas, y para conservarlas una vez las hubiera alcanzado

Role-Playing

En otra ocasión se realizó un role playing con la paciente. La demanda de la paciente fue que quería prepararse una conversación con su hermana respecto al tema del abuso que sufrió en su infancia y la muerte de su padre y por qué no pudo ir tanto como le habría gustado y es algo que le echa mucho en cara. Esta verbalización es considerada un marcador de un asunto no resuelto con una persona significativa. A raíz de esta demanda nos verbaliza que ni su madre ni su hermana son conscientes del maltrato que sufrió en la anterior relación sentimental y refiere tener miedo a contárselo a su familia por su posible reacción.

Si bien es cierto que lo ideal habría sido realizar una silla vacía ante asuntos no resueltos con una persona significativa, se consideró que esa técnica le podía resultar aversiva al ser demasiado pronto en el proceso terapéutico, y que le costaría mucho entrar en la tarea debido a su elevada evitación. De hecho, durante la realización de la tarea se observaron muchas auto

interrupciones como, por ejemplo, la risa nerviosa. No obstante, lo que inicialmente iba a ser un role-playing terminó en una especie de silla vacía donde la paciente expresaba lo que sentía y quería decirle a su hermana. Como se ha mencionado anteriormente, hubo muchas auto interrupciones que le alejaban de experimentar la emoción de manera plena a pesar de que en algún momento expresó la emoción específica. Sin embargo, terminó la tarea con la sensación de haberse quitado un peso de encima, algo más tranquila y con ganas de intentar tener la conversación con su hermana. Primero se trató de realizar una exploración empática respecto a lo que Angora trajo a sesión, para posteriormente despejar el espacio y bajar la activación de la paciente. Una vez Angora se encontraba tranquila y preparada, se pasó a la tarea en la que se sugería cómo le gustaría empezar la conversación y qué le gustaría decir. A raíz de este momento Angora comienza con la especie de silla vacía con su hermana para hablar de asuntos no resueltos. Tras finalizar la tarea, se recoge lo que ha dicho y lo que siente.

Elaboración de un Diario

Además, también se le pidió a Angora que elaborara un diario debido a que se observó que siempre que venía a sesión se mostraba de manera desorganizada, sin saber qué había hecho a lo largo de la semana y saltaba de un tema a otro a partir de un pequeño detalle. Con el objetivo de activar el recuerdo, diferenciar emociones y conectar con las mismas, se le pidió que realizara el diario donde poder contar lo que ella consideraba oportuno y explicar también qué emoción experimentaba.

De esta forma, se buscaba que Angora pudiera generar una mayor conciencia emocional y experiencial, además de usarlo como herramienta terapéutica de desahogo. Se trataba de un espacio

de reflexión donde poder reflejar sus preocupaciones diarias, y reconocer sus propias experiencias y emociones e integrarlas en su biografía.

La propia Angora explicó que le venía bien escribir ya que era un rato que se dedicaba a sí misma, recordaba lo que había hecho a lo largo del día y se daba cuenta de emociones que en el momento no percibió o evitó. De hecho, a medida que avanzaba el proceso psicoterapéutico, se observó como en el diario hay una mayor reflexión y profundización respecto a sus emociones y sensaciones corporales.

Señales de cambio

A medida que avanza la psicoterapia, se observa como Angora comienza a hacer uso de estrategias de regulación deliberada. Por ejemplo, al inicio del tratamiento, Angora narraba lo que le había sucedido sin conectar con sus emociones y terminaba con expresiones como "*pero no pasa nada"*, "*ya lo he aceptado*", etc. Sin embargo, según avanzaba el proceso psicoterapéutico, la paciente comenzó a ser capaz de etiquetar y nombrar sus emociones, aunque secundarias, con verbalizaciones como "*estoy preocupada"*. Finalmente, termina siendo capaz de identificar y conectar con sus emociones primarias. Por ejemplo, refiere "*sentí decepción", "estoy enfadada", "me dio rabia"*, etc. Esta capacidad de identificar las emociones indican una mayor consciencia emocional, además de expresión y transformación emocional.

La emoción secundaria de la preocupación encapsulaba emociones primarias que le resultaban desagradables por conectarle con el dolor nuclear de su experiencia. Es decir, se trata de una emoción defensiva. Por ejemplo, cuando Angora refería estar preocupada por Korat por su relación con el chico, la emoción primaria que Angora estaba experimentando, y a la cual no tenía acceso por sus defensas, era el miedo a ser abandonada o rechazada. Sin embargo, al final de la

psicoterapia, Angora termina diciendo que debajo de esa preocupación está el miedo a perder el vínculo con Korat y a echarla de menos. Por tanto, se considera que otra señal de cambio es la transformación de la emoción secundaria, la cual oscurecía a la emoción primaria, en emoción primaria.

Otra señal de cambio observada durante el desarrollo de la psicoterapia es la comprensión y aceptación de Angora respecto a sus emociones. Es decir, hay un aumento en su tolerancia emocional respecto a emociones que considera desagradables. En sesión la paciente verbaliza *"estoy mal, pero no me juzgo"*, "*supongo que es lo que toca sentir"*, "*no me preocupa estar así* (triste)".

Además, también se utilizó la Escala Arousal (Anexo 4) proporcionada por Jódar (2023) para valorar el cambio en el *experiencing* emocional de Angora. De esta forma, se pudo observar cómo, a medida que se avanzaba en el proceso terapéutico, la paciente era capaz de alcanzar un nivel mayor en la Escala Arousal. Por ejemplo, cuando inició el tratamiento, se encontraba en el nivel 1 (no hay expresión emocional) y ha terminado el tratamiento en el nivel 4 (el arousal es moderado en la voz y el cuerpo) y alguna ocasión ha alcanzado el nivel 5 (el arousal es bastante intenso en voz y cuerpo), aunque rápidamente fue interrumpido.

Asimismo, conforme progresa el proceso psicoterapéutico, Angora es capaz de identificar los disparadores de sus emociones que le generan malestar y de una manera deliberada, en mayor o menor medida, los acepta y/o evita. Si bien es cierto que si Angora procede a evitar las situaciones puede considerarse un retroceso en su proceso de terapéutico por tratarse de una evitación emocional y experiencial, se considera que es una señal de cambio tanto en cuanto Angora es capaz de identificar qué es lo que evoca sus emociones.

Para una mayor comprensión, se expondrá el siguiente ejemplo. Angora refiere que estar con su madre le supone mucho gasto de energía y sentirse saturada cognitiva y emocionalmente porque su madre está hablando constantemente. Expresa que en ocasiones se siente irritada y disconforme con lo que dice su madre. Es decir, es capaz de identificar que estar con su madre, puede evocar irritabilidad e inconformidad, además de suponerle un gasto de energía y sensación de saturación. Se considera un cambio en la paciente puesto que al inicio de la psicoterapia no era capaz de conectar con sus emociones ni sensaciones corporales, así como con las situaciones que las evocaban.

Este ejemplo se relaciona con otro de los cambios observados en psicoterapia: la capacidad de poner límites. Al inicio de la psicoterapia, Angora refería querer trabajar en poner límites, especialmente con su familia. Se observa que, a través del trabajo en la toma de conciencia emocional y reconocimiento de sus propias experiencias y emociones, Angora es capaz de adoptar un rol más activo en la toma de decisiones, debido a que es consciente de qué está sintiendo y qué ha evocado dichas emociones. El trabajo en la identificación y contacto con sus sensaciones corporales fue importante ya que, poniendo el foco en su cuerpo, pudo identificar más fácilmente las diferentes emociones que experimentaba en cada situación. Así, una vez Angora ha podido identificar qué ha evocado la emoción, es capaz de tomar una decisión más consciente sobre cómo quiere actuar y reaccionar.

Por ejemplo, remitiéndonos al ejemplo con la madre, a lo largo de la terapia, la paciente es capaz de empezar a poner ciertos límites con su madre y expresarle lo que siente, piensa o incluso irse. Para ello, Angora primero atendió a sus sensaciones corporales y se percató de que se sentía fatigada, cansada y con cierto malestar en el estómago. Reconocer estas sensaciones corporales, le permitió conectar con las emociones que estaba experimentando en el momento con su madre. La

decisión de irse se puede considerar una evitación, pero se valora que, a pesar de ello, también se trata de una decisión deliberada y consciente, y no automática como hacía anteriormente. Es decir, aunque evite la situación, se trata de una estrategia de regulación emocional deliberada, tanto en cuanto es consciente de qué está sintiendo y qué lo evoca y, de manera consciente, toma la decisión de irse. Por ello, se considera una señal de cambio y de avance.

A su vez, con el trabajo del reconocimiento de sus propias experiencias y emociones se pudo disminuir su necesidad de control sobre las personas desde el rol de cuidadora y salvadora. Angora llegó a la conclusión y aceptación de que hay muchas cosas que no dependen de ella y que están fuera de su control, y que, el hecho de intentar tener un mayor control sobre las mismas, nada le aseguraba que pudiera evitar que sucedieran. Así, se observó como la necesidad de control de Angora disminuyó, al reconocer que lo que está en su mano es qué decide hacer con sus experiencias y emociones. Además, con este trabajo, también se consiguió que Angora conectara consigo misma y pusiera el foco en sí misma y no tanto en los demás. Recordar que su estrategia de evitación para no conectar con sus propias necesidades es centrarse en sus amigas. En otras palabras, las defensas de Angora disminuyen en intensidad y ello le permite entrar en contacto consigo misma y en sus necesidades.

En resumen, a lo largo del proceso psicoterapéutico se observan diferentes señales de cambio respecto a su evitación emocional. Angora procede a utilizar estrategias de regulación emocional de manera más consciente tras haber trabajado en el reconocimiento de sus experiencias emocionales y corporales, toma de conciencia emocional, aceptación, comprensión y transformación de sus emociones e identificación de disparadores de las emociones que le generan malestar. El cambio también se observa en la capacidad de Angora de identificar, etiquetar y nombrar sus emociones, así como en la expresión de las mismas. Todo ello le permitió poner el

foco en sí misma y centrarse en sus necesidades y no desviar la atención a los demás como estrategia de evitación. Además, fue capaz de poner ciertos límites y disminuir su necesidad de control y cuidado.

14. Resultados

En cuanto a los resultados del tratamiento, se registraron atendiendo a diferentes señales de cambio en sus verbalizaciones en sesión y en el diario, así como el contenido que traía a psicoterapia y la procrastinación.

Como se explicó en apartados anteriores, al inicio de la psicoterapia, Angora mostraba mucho distanciamiento emocional a la hora de contar las cosas haciéndolo de manera objetiva y analítica, evitando conectar y expresar sus las emociones. Además, verbalizaba abiertamente que no le gustaba sentir estas emociones (ira, enfado, rabia, etc.), porque estaba acostumbrada a sentir felicidad y "*son malas*" y que por eso las evitaba. Sin embargo, cuando termina la psicoterapia se refiere a las emociones como "agradables" o "desagradables", lo cual se observa que le facilita su expresión y aceptación al carecer de una connotación positiva o negativa.

Por otro lado, otras formas de evitación observadas en sesión son cuando refería que "*no he pensado, así que bien"* o *"ya se gestionará cuando ocurra*" refiriéndose a una conversación que se quedó a medias con Korat y que le producía cierto malestar. También tendía a cambiar de tema cuando contaba algún suceso significativo de su vida que le evocaba tristeza. Todo ello no deja de ser un mecanismo de defensa con el que evita tener que entrar en contacto con sus experiencias y emociones.

En relación con esto, se observa que Angora presentaba una elevada procrastinación, la cual se considera como un mecanismo de defensa muy relacionado con la evitación. En este caso,

la procrastinación es una estrategia de evitación de las consecuencias emocionales que tiene hacer frente a sus responsabilidades y obligaciones en el trabajo, realizándose pruebas médicas o teniendo ciertas conversaciones con su red afectiva y/o familia. Debajo de esta procrastinación que Angora asocia normalmente a la pereza, se considera que se encuentra la evitación de la emoción primaria del miedo al abandono o a unos resultados médicos negativos, que puede experimentar al afrontar dichas situaciones. Sin embargo, a lo largo del tratamiento fue procrastinando menos e incluso comenzando con actividades que había abandonado.

Además, tendía a normalizar y minimizar las cosas que contaba con expresiones como: "*lo llevo bien, me da rabia, pero lo he normalizado*", "*no es un drama*", "*esta situación con Korat me confunde, pero estoy bien*". Se considera que esto también es otro mecanismo de defensa con el que consigue reducir el malestar emocional al normalizar y minimizar la importancia de las cosas que le suceden.

A medida que avanza el proceso terapéutico, Angora comienza a conectar más con la emoción sentida y a ponerle nombre a lo que siente. A pesar de que inhibe bastante las emociones, se observa una evolución en tanto en cuanto comienza a poder expresar emociones y conectar con lo que sentía en el momento dado. Por ejemplo, se percibe que Angora es capaz de mostrar y expresar el enfado en sesión.

Otras de las verbalizaciones consideradas como señales de cambio durante el proceso terapéutico son: *"me siento un poco tal…", "me hizo sentir…", "me sentí triste…", "sentí frustración y tristeza, pero no llegué a llorar*", "*me entraron ganas de llorar, pero como sabía que teníamos terapia me puse a barrer y esperé a contároslo*", *"me dio rabia, pero lo entiendo*", "*quiero no procrastinar"*, *"tengo una sensación de rechazo sin ser rechazo"* y añade que considera que es algo que tiene que procesar.

Finalmente, en la última fase del tratamiento comienza a permitirse conectar con las emociones que le resultan desagradables y no juzgarse por ello, ni evitarlo, sino sentirlas y aceptarlas. Por ejemplo, ha mencionado que "*estoy mal, pero no me juzgo", "estas emociones son desagradables, pero creo que tocan sentirlas", "creo que me estoy dejando sentir el enfado, pero no me incomoda",* "*me está viniendo bien no evitar las emociones. Creo que las inhibía porque no encajaban con mi personalidad"*, "*me gustó tener esta conversación (*con Korat) *porque me gusta expresarme"*.

En cuanto al diario, y como se mencionó anteriormente, se observó una evolución en la regulación emocional ya que al inicio simplemente escribía lo que hacía ese día sin conectar con la emoción ni hablar sobre cómo se sentía, y a medida que avanzaba el proceso terapéutico iba añadiendo reflexiones e insights respecto a lo que sentía y pensaba, y no tanto lo que había hecho.

Por tanto, se ha observado como al evitación emocional de Angora ha disminuido tanto en cuanto es capaz de identificar, expresar y aceptar las emociones que le resultan desagradables.

Sin embargo, en las últimas sesiones de la psicoterapia, la paciente comienza a expresar que siente un rechazo general a la gente, se encuentra más apática y desesperanzada, que se encuentra en un estado de "*odio hacia la vida y la gente*" y que está en un mundo que le pertenece, debido a la sensación del narcisismo de la gente entre otras cosas. De hecho, en la sesión del 25 de abril, Angora refiere que no sabe si continuar con la psicoterapia debido a que siente que últimamente está "*rumiando mucho* y *dándole muchas vueltas a las cosas"*. Esto se considera como un indicador de que se ha podido ir demasiado rápido para la paciente, de manera que Angora se sentía insegura y desprotegida al trabajar directamente sobre su evitación emocional y poner en peligro su identidad y personalidad alegre, risueña, positiva, etc.

15. Discusión

En el presente estudio se ha tratado de mostrar la aplicación de la TFE en una paciente con evitación emocional. Los objetivos del estudio eran evaluar la eficacia de la intervención y la aplicación de los principios de la TFE en la paciente.

A lo largo del proceso terapéutico se han observado diferentes dificultades y limitaciones a la hora de intervenir con Angora. El principal reto que se ha encontrado ha sido la elevada desconexión y evitación emocional de Angora. Le resultaba difícil abordar y profundizar sobre sus emociones, lo cual es coherente con la evaluación realizada de su historia de vida. Además, como se mencionó anteriormente, dado que la evitación no le supone problemas de cara a los demás, no lo interpreta como algo sobre lo que trabajar ni cambiar. No obstante, a través de abordar el tema que traía a sesión, la aceptación incondicional y la sintonización empática con el afecto, comenzó a conectar más con sus emociones.

En cuanto a la apatía que la paciente experimenta al final del tratamiento, se interpreta como un marcador de que a lo mejor se ha ido demasiado deprisa con la paciente y la gestión emocional. No obstante, se valora que parte de esta apatía puede ser resultado de que Angora comenzara a conectar con sus emociones y a reflexionar respecto a la relación con Korat, y las conclusiones a las que llegaba fueran aversivas para ella.

Asimismo, respecto a la intención de terminar el proceso terapéutico antes de tiempo, se supervisó en el centro y una de las hipótesis de esta duda de si continuar o no con el proceso es que la psicoterapia estaba funcionando, lo cual implicaba que las defensas habían bajado y se sentía demasiado vulnerable e incómoda en esa posición. Otra de las hipótesis es que debido a su estilo de apego ansioso y al saber que el periodo de prácticas terminaba en el mes de mayo y que quedaba poco tiempo de terapia, adelantó el fin del proceso terapéutico con el objetivo de: primero, no

continuar abordando cosas que podrían quedarse a medias y segundo, para tener ella el control sobre el vínculo terapéutico y el fin del tratamiento. Esto sería una forma de gestionar la posibilidad de "abandono" por parte de la terapeuta, al ser ella quien lo hace primero, además de conseguir reducir su ansiedad a la incertidumbre del futuro próximo. Ambas hipótesis se valoran como coherentes con la evaluación y el proceso psicoterapéutico de Angora y quedan pendientes de refutar debido al abandono del proceso psicoterapéutico por parte de la paciente

Otra limitación que destacar es la falta de pruebas psicométricas con las que evaluar el verdadero cambio y efectividad de la intervención. Es evidente que, si se contara con medidas pre y post tratamiento, la evaluación de la efectividad de la intervención sería más objetiva.

Por otro lado, una amenaza para la validez del estudio es la posibilidad de haber caído en un excesivo subjetivismo al analizar y extraer las conclusiones del proceso terapéutico al ser la propia terapeuta la que ha realizado el estudio de caso. Es decir, ha podido haber un sesgo de selección de la paciente, la información y el análisis del tratamiento.

Asimismo, otro aspecto que puede amenazar la validez de las conclusiones sacadas de este estudio de caso es que la psicoterapia se llevó a cabo en un centro integrador. Esto supone que las supervisiones y visión terapéutica fuera más amplia que la que podría tener una terapeuta dedicada exclusivamente al enfoque de la TFE. Por tanto, esto podría haber distorsionado los resultados del proceso al haber variables que pudieron no haberse atendido, y otras que fueron tenidas en cuenta que no se ajustaban al enfoque. Lo mismo sucedería con las intervenciones y las técnicas utilizadas. Además, la psicoterapeuta también cuenta con una formación integradora de los diferentes enfoques de la psicología, lo cual también habría podido influir.

A pesar de todo, se considera que se ha podido establecer una buena alianza y vínculo terapéutico con Angora, lo cual ha permitido trabajar en su evitación emocional desde un espacio

seguro, de respeto y aceptación incondicional. La paciente ha podido conectar poco a poco con sus emociones y aceptarlas. Es decir, se consiguió generar un espacio que permitió a la paciente sentirse lo suficientemente segura como para experimentar sus emociones y sentir que no era necesario utilizar estrategias de evitación. De esta manera, se logró que la paciente entendiera que las emociones no son buenas o malas y, por ende, se permitiera sentir las emociones abiertamente. No obstante, se valora que aún queda mucho trabajo por hacer ya que, se observa que al final del tratamiento, Angora sigue presentando escisiones de autointerrupción cuando se encuentra experimentando emociones que le resultan desagradables.

Este trabajo pretende servir de ejemplo de cara a cómo intervenir con pacientes con evitación emocional desde la TFE. En el estudio se hace hincapié en la importancia de respetar los tiempos de los pacientes, y crear un ambiente de aceptación incondicional y respeto por parte del terapeuta. Además, también destaca la importancia de que el terapeuta adopte una posición de presencia plena en la sesión, de manera que se atienda a lo que trae a sesión la paciente.

16. Referencias

Becerra, R., Naragon-Gainey, K., Gross, J.J., Ohan, J. y Preece, D.A. (2024). Beliefs about emotions: Latent structure and links with emotion regulation and psychopathology. *Journal of Affective Disorders Reports*, *16*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100728

Caro, C. (2022). Formulación de focos y articulación de proyectos terapéuticos en terapia focalizada en la emoción: Una aproximación basada en el análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, *33*(123), 43-77. https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35764

Caspar, F., Berger, T., Holtforth, M. G., Babl, A., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Gomez Penedo, J. M., Holstein, D., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Krieger, T., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Greenberg, L., Carver, C. S., … Belz, M. (2023). The impact of integrating emotion focused components into psychological therapy: A randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, *79*(2), 296–315. https://doi.org/10.1002/jclp.23421

De los Santos, D. A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *48(*177). http://dx.doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467

Dixon-Gordon, K.L., Aldao, A. y de los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, *86*, 271-276. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011

Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia psicológica*, *37*(1), 71-80. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241–254. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241

Goldman, N., Greenberg, L.S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, *27*(104), 23-45. DOI: 10.33898/rdp.v27i104.126

González, M., Ramírez, G., Brajin, M. M. y Londoño, C. (2017). Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos. *Ansiedad y Estrés*, 23, 84-90. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.005

Greenberg, L.S., Elliott, R. y Pos, A. (2014). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. 1-11. Gatti, M.N., (trad.).

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, *19*(2), 347-372

Jódar, R. (2023). Escala Arousal. En Jódar, R. (Ed.). *Introducción a la Terapia Focalizada en la Emoción*. Universidad Pontificia Comillas

Jódar Anchía, R. y Caro García, C. (2023). *Manual práctico de Terapia Focalizada en la Emoción.* Editorial Descleé Brouwer. ISBN: 978-84-330-3230-0

López, A.E., Algarra, M., Serrano, E.R., Ruiz, G.T., Ramírez, C. y Esteve, R. (2019). El malestar emocional como síntoma de estrés postraumático. *Salud(i)Ciencia, 23*(6), 512-518. www.dx.doi.org/10.21840/siic/159626

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and Psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8,* 161-187. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109

Patrón-Espinosa, F.J. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, *5*(1), 85-95. https://doi.org/10.5460/jbhsi.v5.1.38728

Pos, A. y Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*(1), 25-31. DOI: 10.1007/s10879-006-9031-z

Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2012). Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales. *Terapia psicológica*, *30*(3), 7-18. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002

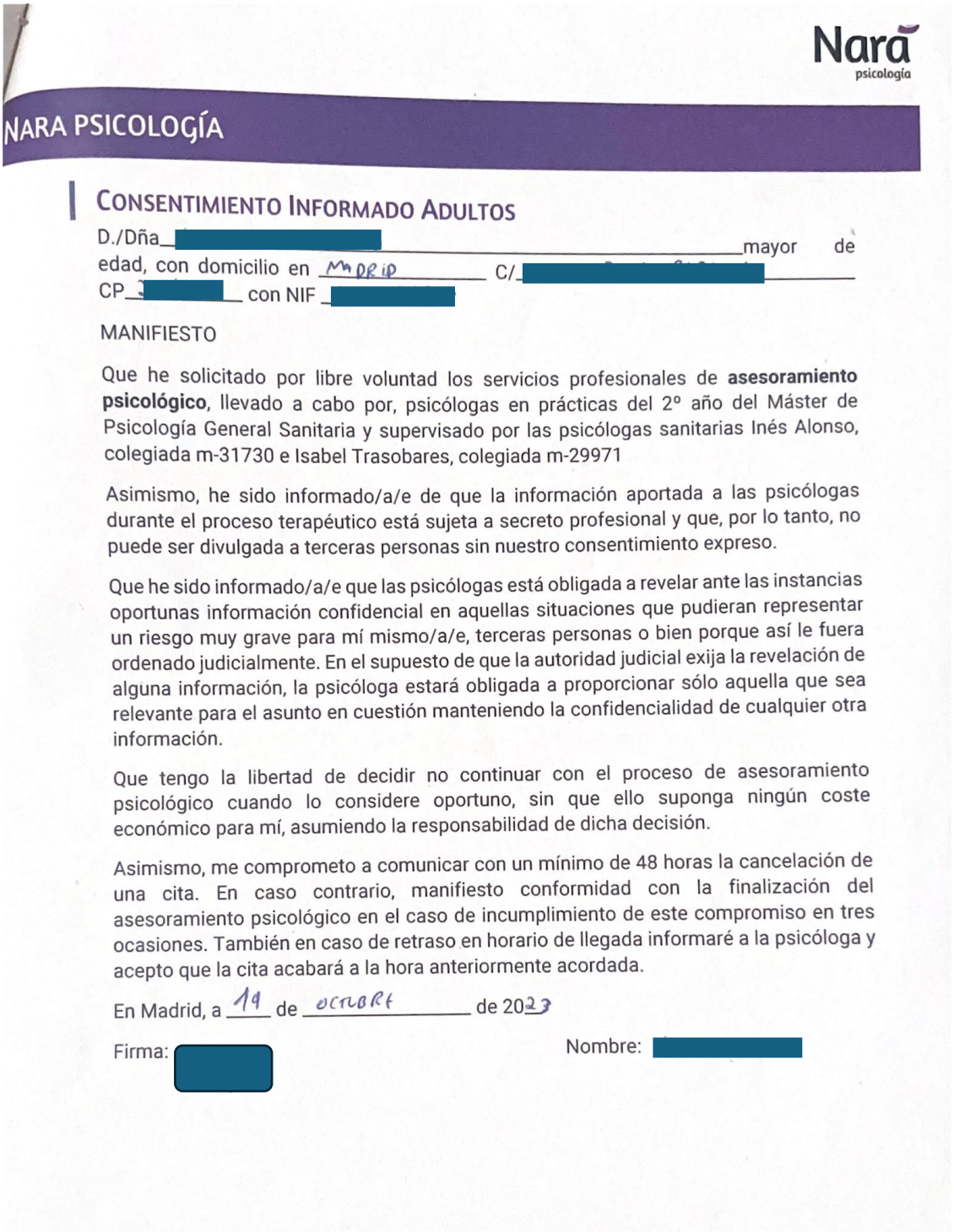
Sibrava, N.J. y Borkovec, T.D. (2006). The Cognitive Avoidance Theory of Worry. In Graham C.L., & Davey, Adrian Wells (Eds.), *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (1st ed., pp. 239-256). Wiley. DOI: 10.1002/9780470713143.ch14

Schell, V., De France, K., Lin, L. y Hollenstein, T. (2023). The role of avoidance in understanding emotional dysfunction associated with a fixed emotion mindset. *Personality and Individual Differences*, *201*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111945

Schick, M.R., Weiss, N.H., Contractor, A.A., Suazo, N.C., y Spillane, N.S. (2020). Post-traumatic stress disorder's relation with positive and negative emotional avoidance: The moderating role of gender. *Stress Health*, *36*(2), 172–178. https://doi.org/10.1002/smi.2920

17. Anexo

Anexo 1: Consentimiento Informado para la Realización de la Psicoterapia



Nara psicología

NARA PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS

D./Dña_[redacted]_____mayor de edad, con domicilio en MADRID C/_[redacted]_____ CP_[redacted]_ con NIF _[redacted]

MANIFIESTO

Que he solicitado por libre voluntad los servicios profesionales de **asesoramiento psicológico**, llevado a cabo por, psicólogas en prácticas del 2º año del Máster de Psicología General Sanitaria y supervisado por las psicólogas sanitarias Inés Alonso, colegiada m-31730 e Isabel Trasobares, colegiada m-29971

Asimismo, he sido informado/a/e de que la información aportada a las psicólogas durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que he sido informado/a/e que las psicólogas está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para mí mismo/a/e, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, la psicóloga estará obligada a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que tengo la libertad de decidir no continuar con el proceso de asesoramiento psicológico cuando lo considere oportuno, sin que ello suponga ningún coste económico para mí, asumiendo la responsabilidad de dicha decisión.

Asimismo, me comprometo a comunicar con un mínimo de 48 horas la cancelación de una cita. En caso contrario, manifiesto conformidad con la finalización del asesoramiento psicológico en el caso de incumplimiento de este compromiso en tres ocasiones. También en caso de retraso en horario de llegada informaré a la psicóloga y acepto que la cita acabará a la hora anteriormente acordada.

En Madrid, a 19 de OCTUBRE de 2023

Firma: [redacted] Nombre: [redacted]

Anexo 2: Autorización de Dirección del Centro Nara Psicología

D./Dña. EVA PARRA IGLESIAS, director/a o responsable del centro NARA PSICOLOGÍA con DNI [redacted] autoriza al alumno/a Ana Tarba Mena con DNI [redacted]

que está cursando en la actualidad 2º del Máster Universitario de Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia Comillas (Madrid) a aplicar las pruebas psicológicas necesarias.....

.....

.....

a una muestra de dicho centro y posteriormente realizar una intervención psicológica. Los resultados obtenidos serán utilizados, única y exclusivamente, para realizar el Trabajo Fin de Máster del alumno/a. Ana Tarba Mena.....

Fecha: 15 | DIC | 23

Firma Director/a y sello del centro:

[redacted]

Nara

PSICOLOGIA Y FORMACIÓN S.COOP.MAD

F 44643617

Anexo 3: Consentimiento Informado

COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA
ICAI ICADE CIHS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del paciente: Yo [redacted] (nombre y apellidos), con DNI [redacted].

Decla

He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía.
Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón, sin tener que dar explicaciones, y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro

DOY ⊗

NO DOY ○

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Y para que conste, firmo el presente documento en Madrid, con fecha 7-12-23

Firma del participante:

[redacted]

Nombre y apellidos:

[redacted]

Firma del terapeuta:

[redacted]

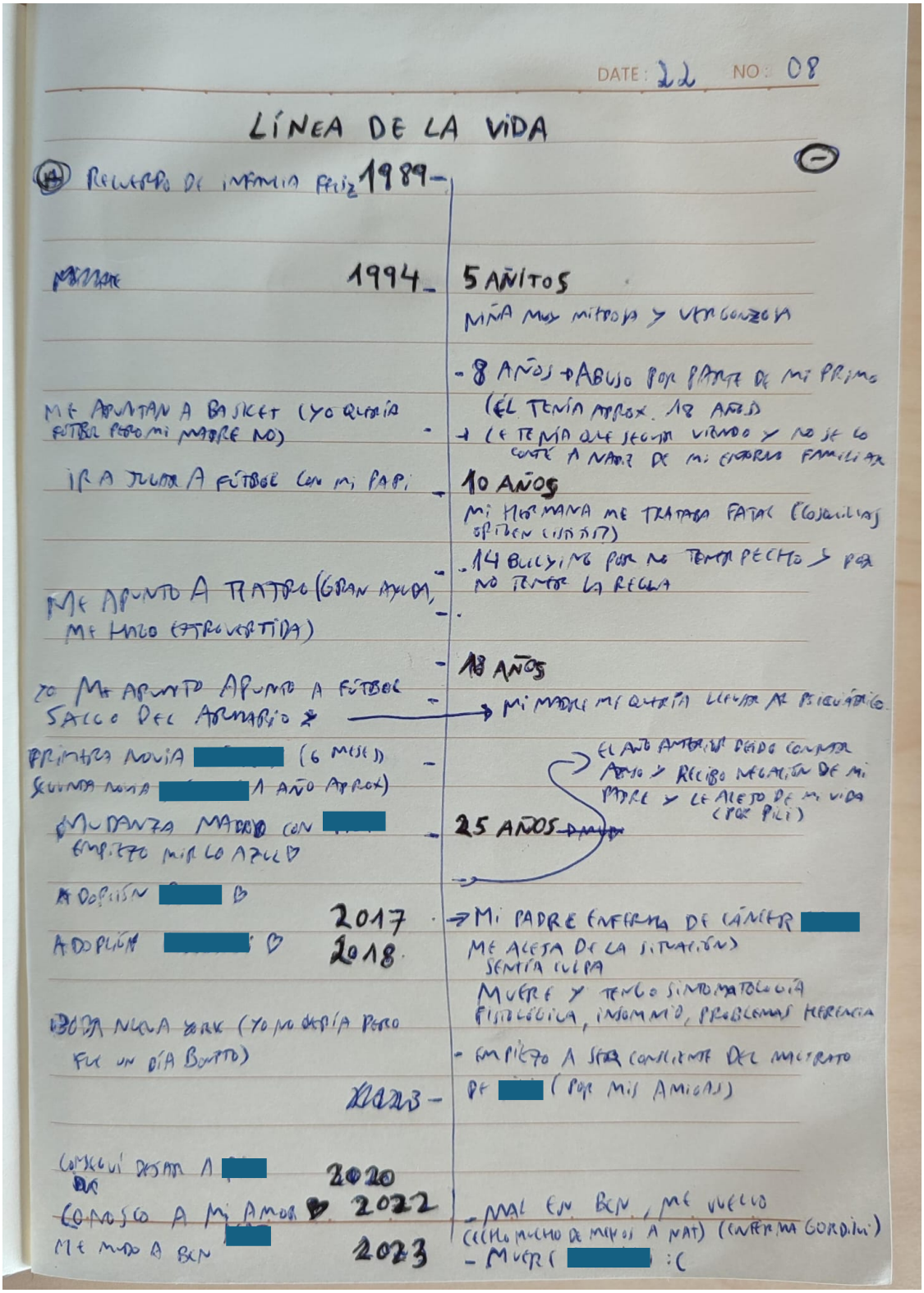
Nombre y apellidos:

Ana Taibo Meana

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

Anexo 4: Línea de vida



Anexo 5: Escala Arousal

Escala Arousal (Jódar, 2023)

1	No hay expresión emocional.
2	La persona puede reconocer una emoción, pero hay poca intensidad (arousal) en la voz o gestos: - No hay interrupción o modificación de los patrones usuales en el discurso - Cualquier arousal está completamente restringido.
3	La persona reconoce emociones a partir de este nivel y en adelante. El arousal es suave en la voz y cuerpo: - Muy poco fluir emocional. - Cualquier arousal está todavía muy restringido. - El patrón discursivo normal está ligeramente alterado.
4	El arousal es moderado en la voz y el cuerpo: - Cualidad vocal emocional presente: el patrón discursivo normal está moderadamente alterado por un fluir emocional representado en cambios en el tono, la acentuación o en un ritmo irregular. - Aunque pueda existir algo más de libertad y menos control, todavía hay restricción del arousal.
5	El arousal es bastante intenso en voz y cuerpo: - El fluir emocional inunda con fuerza el discurso: los patrones discursivos se desvían de forma marcada de la línea base de la persona y están rotos y fragmentados. - Nivel alto de volumen.

	- El arousal no está restringido.
6	El arousal es muy intenso y completo, la persona expresa libremente emociones con voz y cuerpo: - Los patrones discursivos normales están extremadamente alterados, con cambios en la acentuación, tono, volumen, fuerza y ritmo irregular. - Expresión emocional espontánea y no restringida (pero da la sensación de que si quisiese todavía podría controlar el arousal).
7	El arousal es extremadamente intenso y completo - Patrones discursivos usuales completamente alterados por el flujo emocional. - La expresión emocional es espontánea y no restringida. - El arousal parece incontrolable y prolongado (no da la sensación de que pueda controlarlo si quisiese). - Cualidad "desmoronándose": aunque experimentar un arousal no restringido puede ser terapéutico, también puede ser una experiencia negativa disruptiva en la que la persona se siente como si se desmoronase o derrumbase.

Anexo 6: Playmobil



Foto 1: Playmobil escogidos. En orden: *Calvario*, su amiga, Korat, Angora y el chico con el que se está viendo Korat.



Foto 2: Situación actual



Foto 3: Cómo el gustaría estar



Foto 4: Cómo le gustaría estar en caso de que el chico con el que se está viendo Korat no se fuera