



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Estudio de Caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción,
Perspectiva LGTBIAQ+ y de Xenofobia**

Máster Psicología General Sanitaria

Autora: María Prieto Piédrola

Directora: Carlota E. Martín Sanz

Madrid 2022

Resumen

El siguiente trabajo se trata de un Estudio de Caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), enmarcada dentro de las terapias humanistas. Se siguió un proceso terapéutico de ocho sesiones con una paciente (B.) de género no binario. La demanda estaba orientada a la gestión emocional tras una agresión xenófoba. El número de sesiones fue suficiente para identificar el esquema emocional y comenzar un trabajo desde los marcadores de autocrítica y autointerrupción. Habría sido necesario continuar la terapia para terminar de transformar la emoción primaria desadaptativa.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), Estudio de Caso, Formulación de Caso (FC), Xenofobia, Esquema Emocional, Marcadores.

Abstract

The assignment below consists of a Case Formulation in Emotion-Focused Therapy (EFT), which is part of the humanistic therapies. An eight-session therapeutic process with a patient who used non-binary pronouns (B.) was followed. The demand was focused on emotional management after a xenophobic assault. The number of sessions was enough to identify the emotion scheme and to start working with self-criticism and self-interruption task markers. Further therapy would have been needed to finish the transformation of the primary desadaptative emotion.

Key words: Emotion-Focused Therapy (EFT), Case Formulation, Xenophobia, Emotion Scheme, Task Markers.

Introducción

El trabajo que se va a desarrollar a continuación se trata de un estudio de caso enfocado desde la perspectiva de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), que se engloba dentro de las terapias humanistas. El humanismo tiene muchas vertientes. Sus orígenes se encuentran en la Terapia Centrada en la Persona, propuesta por Carl Rogers en los años 40. También destacan otras figuras como Perls, Maslow, Buhler, Jourard o Greenberg. Algunas de las corrientes más conocidas dentro del humanismo son la ya nombrada Terapia Centrada en la Persona (o terapia rogeriana), la Gestalt, el Psicodrama, la terapia Focusing o la Terapia Focalizada en la Emoción. (McLeod, 2003). Rogers y Perls fueron los dos fundadores esenciales de las terapias humanistas experienciales. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996; McLeod, 2003).

El enfoque humanista se basa en la no directividad y en la confianza en el paciente para su propio crecimiento. (Rogers, 1951). Sus principios, planteados por Rogers y ampliados a todas las demás escuelas humanistas, e incluso otras corrientes psicológicas, son la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional. La relación que se genera con los pacientes desde el humanismo está basada en el respeto, la igualdad y la autenticidad. El paciente es el experto en su propia vida y protagonista en su proceso de cambio, y el terapeuta puede contribuir a la facilitación de los procesos que ya existen y a la resolución de tareas enmarcadas en las necesidades del paciente. Se cree, desde el planteamiento de Rogers, que todas las personas tenemos una tendencia innata a la autorrealización. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996; McLeod, 2003). Es imprescindible que el paciente se sienta completamente acogido y comprendido. De esta manera, además de reducir su propia crítica interna y los posibles sentimientos de falta de valía, lo cual genera un espacio seguro para iniciar su proceso de sanación, también facilita la capacidad de introspección y de ponerse en contacto con su angustia interna, al haber reducido la ansiedad interpersonal. La actitud de

aceptación incondicional del terapeuta facilita el acceso a la memoria y la capacidad de atención. Todo esto posibilita que se cree un ambiente de autoconocimiento y crecimiento personal. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996).

Se trata de trabajar desde el “aquí y el ahora”, ayudando al paciente a llegar a vivir en un estado de presencia que le guíe en su vida. Desde este enfoque es muy importante también tener en cuenta que los pacientes deben de estar comprometidos con su propio crecimiento, siendo el concepto de “experienciar” o “vivenciar” central en este tipo de terapias. Se genera la propia experiencia dentro de sesión, siguiendo el ritmo de lo que esté más vivo en el paciente en cada momento. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996; McLeod, 2003).

La TFE tiene sus inicios en la década de 1980, y su fundador es Leslie S. Greenberg, que ha trabajado junto con otros profesionales para darle forma a este enfoque. La TFE es un tratamiento que integra diferentes visiones humanistas de una manera experiencial. (Greenberg, 2011). Hoy en día se ha demostrado su eficacia basada en la evidencia para trabajar diferentes malestares psicológicos, entre ellos la depresión, trastornos de ansiedad, problemas interpersonales, trastornos de conducta alimentaria, abusos... y tanto en un formato individual como en terapia de pareja. (Greenberg, 2010).

La base teórica de este enfoque, que está fuertemente asentada en la neuropsicología, se sustenta en la importancia de las emociones como procesos, que se relacionan con la identificación de necesidades y una tendencia a la acción asociada. (Greenberg, 2010). En terapia se atiende a los marcadores que van apareciendo, y mediante el vínculo, la presencia empática, y tareas terapéuticas orientadas a lo que va surgiendo del paciente momento a momento, se busca el proceso de cambio. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996)

Las vivencias biográficas pueden construir en la persona esquemas emocionales, que le hacen actuar de manera automática ante ciertos estímulos relacionados con aquello que contribuyó a la consolidación de los mismos. Los esquemas emocionales pueden estar dirigidos por emociones primarias (adaptativas o desadaptativas) o emociones secundarias. Es importante identificar esto para saber si es necesario transformar la emoción. Las emociones primarias desadaptativas son las heridas nucleares, las que generan sufrimiento. En un momento de la vida de la persona esa emoción tuvo una función, pero se quedó sin resolver del todo, y vuelve a aparecer cuando ya no es útil ni adaptativa, generando dolor. La identificación de estos esquemas emocionales es muy importante para que los pacientes puedan entender sus comportamientos, su sufrimiento, y poder transformar la emoción. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996).

Estas estructuras están formadas por cogniciones (creencias, expectativas, pensamientos, el significado o simbolización, la expresión verbal...), motivaciones para la acción (necesidades y respuestas conductuales), sensaciones corporales (sensaciones fisiológicas, la expresión no verbal) y las estimaciones (la evaluación perceptivo sensorial). Cualquiera de los cuatro componentes puede ser desencadenante de los demás, o hacernos ser conscientes de la presencia de los otros: experimentar una necesidad o tener una reacción corporal, percibir ciertas reacciones fisiológicas, recibir un estímulo que lo activa o tener un pensamiento que adquiere un significado. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996; Goldman y Greenberg, 2015).

El objetivo en terapia es la reorganización de aquellos esquemas que no sean adaptativos, que estén generando sufrimiento en la persona o no le permitan avanzar hacia donde le gustaría, y desde ahí poder crear otros esquemas nuevos. Esta modificación se consigue a través de la activación de la estructura problemática, a través de cualquiera de los componentes anteriormente nombrados, y su transformación mediante la consciencia, la armonización del terapeuta con la

experiencia emocional del paciente y las tareas terapéuticas cuando se presenten los marcadores. (Elliot, Greenberg y Rice, 1996). La localización y comprensión personal del propio esquema de emoción, la buena gestión del mismo y los procesos de reconsolidación de la memoria, así como el vínculo terapéutico y la vivencia de una experiencia emocional correctiva, tienen resultados significativos en la mejora psicológica del paciente. (Greenberg, 2010; Greenberg, 2011). Es de gran importancia integrar las emociones con su significado, otorgándoles sentido de manera experiencial y dándoles forma a través del lenguaje.

El tratamiento en TFE tiene tres fases: La primera está basada en crear un espacio de empatía y seguridad, generar vínculo para facilitar la conexión emocional; la segunda pone el foco en identificar el esquema emocional, principalmente el dolor nuclear; por último, está la fase de transformación, que busca generar un cambio en el esquema desadaptativo y construir una nueva experiencia emocional y narrativa. (Caro, Goldman y Greenberg, 2016). Este modelo terapéutico consta de unas técnicas y tareas que se inician al detectar en el paciente ciertos marcadores. (Greenberg, 2010). Es este proceso y el cambio que conlleve lo que va a ser descrito en el presente estudio de caso.

Este enfoque terapéutico tiene su propia formulación de caso (FC), que es la estructura que se va a seguir en el trabajo. En dicha formulación se expone el malestar que trae el paciente a sesión y el posible esquema emocional que está sustentándolo. Cabe destacar que la FC no determina un diagnóstico, sino que pone el foco en el proceso, por lo que es importante centrarse en cada sesión con el paciente y sus movimientos internos en el aquí y el ahora. (Greenberg, 2010; Goldman y Greenberg, 2015; Caro, Goldman y Greenberg, 2016). Ayuda a generar un foco terapéutico para conseguir la mejora del paciente. (Caro, Goldman y Greenberg, 2016).

En la FC se presenta cierta información basada en las tres fases de la TFE, que no tiene por qué darse de manera lineal, sino siguiendo el proceso del paciente. En ella se incluye el tipo de procesamiento emocional que expresa el paciente a través de su narrativa, que ayuda a comprender cómo construye su funcionamiento emocional. Para esto hay que identificar los marcadores que presenta el paciente, sus esquemas de emoción (atendiendo especialmente al dolor nuclear, a las emociones primarias con las que se maneja con más facilidad y a las secundarias que usa con mayor frecuencia), las necesidades asociadas a los esquemas con los que funciona regularmente, las interrupciones y los temas fundamentales de su vida. Una vez identificado, se crea junto al paciente un foco de trabajo a partir del dolor nuclear. El trabajo a partir de los marcadores, según lo que el paciente traiga a sesión y con los nuevos significados que se vayan generando del trabajo conjunto puede generar una vuelta a la reformulación. (Caro, Goldman y Greenberg, 2016).

El caso que se presenta es un estudio de caso en el que se hace el seguimiento de una paciente de nacionalidad peruana que va a ser nombrada como B. Es una persona de género no binario, con preferencia del uso de pronombres neutros, lo cual se va a respetar en el presente trabajo.

El motivo de consulta tiene su origen en un episodio xenófobo que ocurrió con la familia de su pareja unos meses antes de la primera sesión. Su novio y ella fueron a pasar unos días a casa del tío de él, quien se mostró racista en su lenguaje y comportamiento. B. se sintió atacada y sin apoyo (especialmente por parte de su pareja), y no supo cómo reaccionar. Esta escena le dejó una sensación de miedo a volver a encontrarse con la familia de su pareja, a que pudiera volver a pasar una situación parecida y a no encontrar ayuda o no saber cómo mostrar su enfado y poner límites.

Según las sesiones fueron avanzando se pudo ver que la dificultad de gestión emocional tenía un origen anterior, y que se ampliaba a otras situaciones. B. no se ha sentido realmente

queride y cuido en su vida, y ha tenido la sensación de que nadie va a ser capaz de protegerle cuando lo necesite. Ha habido momentos de su vida en los que ha tenido que actuar sin ayuda, y eso ha generado que en el presente mantenga esta manera de funcionar, cuando ya no es adaptativa. Tiene dificultades para expresar lo que está sintiendo. Ha construido una voz interna que en algún momento le ayudó a impulsarse y que se ha ido transformando en una crítica que le recuerda de manera errónea que nadie le quiere. Esta base es la que ha dificultado que B. haya podido enfrentar el episodio xenófobo, cargado de agresividad, crítica externa y falta de apoyo de quien lo esperaba en ese momento, lo cual, de alguna manera, confirmaba sus miedos.

El caso presentado se plantea novedoso, tanto por la población a la que pertenece el paciente y la situación a la que se tiene que enfrentar, como el tratamiento de elección para aliviar el malestar emocional y gestionar su momento vital.

En la actualidad no existen artículos publicados que expliquen los estados emocionales que genera la discriminación xenofóbica desde la TFE. Aun así, siguiendo la estructura de la FC propuesta por esta escuela, no es imprescindible centrarse en el hecho concreto que generó la necesidad de consulta, sino que observando, poniendo en común y escuchando al paciente, se puede comprender su propio esquema, que no tiene por qué ser igual que el de otra persona que sufra una situación de discriminación parecida. Es importante comprender que cada persona interpreta y siente las situaciones que vive de maneras diferentes, especialmente cuando ha tenido una historia previa de dolor emocional.

Por otro lado, hay muy pocos estudios de caso desde la TFE que atiendan a cualquier dificultad, por lo que este puede aumentar la investigación y el conocimiento en cuanto a este modelo terapéutico, haciendo el seguimiento de un paciente en su proceso psicológico. Se pretende observar la efectividad del tratamiento en base a este enfoque y el uso de las técnicas

asociadas al mismo. Así, que pueda ser ejemplo de terapia desde un estudio de caso planteado de manera sistemática.

Diseño

Le paciente, B., llegó a terapia derivado por una fundación de ayuda a personas refugiadas y migrantes. El espacio con el que contamos está ubicado en el centro de Madrid y es gratuito para personas en riesgo de exclusión social.

B. fue tratada por dos terapeutas en coterapia, dos psicólogas en formación de 2º curso del Máster de Psicología General Sanitaria, ambas con interés en la especialidad del Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y en Terapia Focalizada en la Emoción, impartidos en la Universidad Pontificia de Comillas. Una de ellas es la autora de este trabajo. Se contó con supervisión directa, en la que la terapeuta experimentada veía la sesión a través de una cámara con circuito cerrado y daba feedback nada más terminar la terapia a quienes llevaban el caso. Estaba presente además otra alumna de primer curso del mismo máster ocupando el papel de observadora.

Las sesiones se daban semanalmente y por la mañana. Puntualmente alguna sesión se planteó de manera online por necesidades de le paciente.

B. consintió la realización de este trabajo de estudio de caso, firmado el 12 de noviembre de 2021. Posteriormente fue aprobado por el comité ético.

Metodología de Evaluación

Se ha estimado como más interesante abordar el caso desde la FC, en vez de pasar cuestionarios. Por lo tanto, se ha evaluado mediante entrevista clínica, recogiendo la información de las sesiones durante la conversación terapéutica.

Presentación del Caso

Le paciente, B., es una persona no binaria de 24 años, de nacionalidad peruana. Vino a España hace seis años para estudiar un grado en cine. Su familia de origen se quedó en Perú, y es donde siguen viviendo. No ha dado mucha más información acerca de su familia. Actualmente estudia un máster en Madrid y dedica parte de su tiempo al activismo, especialmente dirigido a temas relacionados con el antirracismo y la comunidad LGTBIAQ+. Tiene pareja desde hace dos años, pero no conviven.

El motivo de consulta, como se ha mencionado en la introducción, surgió de una agresión xenófoba que recibió por parte del tío de su pareja, y que desde entonces ha generado en él un estado de inquietud y malestar. Solicita aprender a expresar el enfado que le generan estas situaciones, en concreto en relación con la familia de su pareja (tanto hacia el propio agresor como hacia el resto, de los que no sintió apoyo tras lo sucedido) y no mantenerlo bloqueado en su interior.

Por otro lado, B. empieza la terapia sabiendo que va a ser breve, porque dos meses después de su inicio va a irse de España a continuar su máster en otro país. Se ha dado cuenta de que tiene varios temas que quiere poder cerrar antes de mudarse. Estos temas, además de la necesidad de gestionar su miedo y su enfado por ser rechazado por su nacionalidad y sus rasgos, son: la relación actual con su pareja, una relación de pareja pasada, y la despedida de sus amistades.

Con respecto a su relación de pareja tiene dudas, le hace sentir muy angustiada y se activa emocionalmente cuando recuerda la escena en casa de su tío. Siente que no pudieron cerrar la conversación que a B. le parecía importante tener, porque su pareja se fue de erasmus dos semanas más tarde de que ocurriera la situación mencionada. Cuenta que, además, su pareja tiene un cuadro depresivo. Quiere mantener la relación, pero siente que necesita dejar de tener esas dudas, y

clarificar el tipo de relación que van a mantener el curso siguiente. Teme esa conversación por si él pudiera no estar de acuerdo con lo que él necesita, y decidiera dejar la relación.

Tiene una sensación de rechazo constante que está relacionada también con otro de los temas que solicita trabajar antes de irse de intercambio: la relación con su expareja. Durante el grado empezó a salir con un chico con el que estuvo muy a gusto. Estuvieron viviendo juntos, y en la graduación de los dos la familia de B. vino a España desde Perú y conoció a este chico y a su familia. A los dos años de relación, el chico decidió dejarla porque había descubierto que era bisexual y quería explorar su sexualidad con otros hombres. Al poco tiempo, B. se enteró de que él estaba quedando con una chica. Aún no han tenido la oportunidad de hablar, y B. quiere hacerlo antes de irse. Se siente muy dolido y rechazado.

Por último, quiere poder despedirse bien de sus amistades.

Según se fueron desarrollando las sesiones fue apreciándose el origen de la dificultad para afrontar las situaciones que B. solicitaba trabajar. Su resolución estaba directamente relacionada con la capacidad de gestionar las situaciones que preocupaban principalmente al paciente. Estos temas estaban relacionados con una voz crítica, la autointerrupción de varias de sus emociones primarias, especialmente la tristeza, y la presencia de una herida nuclear de abandono. El trabajo dirigido hacia estas metas ha sido lo que ha guiado la terapia y ha ayudado a ir cerrando, con el poco tiempo disponible, los dolores y preocupaciones de B.

Antecedentes

B. ya estuvo en terapia hace un tiempo por ansiedad y (como él mismo refiere) un tema de “pensamientos distorsionados” que expresa que ya ha aprendido a manejar. Fue víctima de abuso sexual infantil, pero insiste en que no es eso lo que quiere trabajar en terapia.

El problema que ha generado el motivo de consulta ocurrió dos meses antes de que le paciente acudiera a la primera sesión. En esos dos primeros meses no fue capaz de afrontarlo por su cuenta, y pidió ayuda terapéutica para gestionar el dolor y el malestar que le genera recordar el momento. Suele sentirlo con más intensidad al tener contacto con su pareja (que ahora vive en otro país) y especialmente cuando sale el tema de la familia de él, que no ha sido un apoyo para él en este aspecto, y acrecienta la sensación de rechazo y soledad.

Antes de empezar la terapia ya sabía que tenía poco tiempo antes de marcharse de España, y que probablemente no sería suficiente, pero no quería irse y tener miedo de volver por el recuerdo reciente de la agresión, así que decidió aun así trabajar los dos últimos meses de su estancia en Madrid.

La ya mencionada no ha sido la primera situación xenófoba que ha vivido en España. Refiere otras, especialmente institucionales (como la negación de una beca por no tener nacionalidad española, a pesar de cumplir el resto de los requisitos), pero esta ha sido la primera que ha mantenido un malestar que no ha sabido cómo gestionar. Le afecta en la relación con su novio y con la familia de él. Cada vez que existe la opción de reunirse con la familia de su pareja vuelve a sentir el rechazo y el malestar que sintió ante la agresión verbal y la falta de apoyo de su novio y de sus allegados.

Expresa miedo de ser rechazado definitivamente por su pareja. Dos semanas después del episodio, él se fue a vivir a otro país por un intercambio académico, y pocos meses después va a ser él quien se mude a otro continente. La distancia en un momento tan vulnerable le preocupa a B. en cuanto a la relación de pareja, que encuentra debilitada por sus miedos y su malestar.

A su familia de origen no les ha contado nada. Prefiere mantenerles al margen y no preocuparles. Cuando habla de ellos se percibe cariño en su voz. Antes de ir a su nuevo país de residencia va a volver a Perú después de unos años, para verlos, y expresa mucha ilusión y ganas. Pero, por otro lado, no ha dado prácticamente datos sobre ellos, y no es capaz de identificar en su vida una figura de protección y amor.

En cuanto al ámbito académico, solo hubo una sesión en la que mencionó que le costó concentrarse para hacer un trabajo, debido al malestar que estaba experimentando. Pero expresó también mucho amor por lo que estaba estudiando, y que fue capaz de sacarlo adelante. No se consideraría un problema.

En las relaciones sociales no afecta directamente la situación xenófoba en sí, pero sí las dificultades de gestión emocional que presenta. Del mismo modo que no pudo expresar el enfado que le generó la agresión del tío de su novio, le cuesta expresar otras emociones con sus amistades, que dificultan en algunos casos que la relación sea más fluida. No es un problema en las relaciones sociales específicamente, sino de autointerrupción emocional.

En el ámbito de la salud física, más allá de ciertas tensiones y malestares corporales leves por la incapacidad de expresar verbalmente el enfado que ha sentido, su salud se mantiene en buen estado.

Tampoco se ve comprometido su tiempo de ocio. No ha dejado de salir ni de dedicar el tiempo a actividades que le generen disfrute.

El problema que trae a terapia tiene poco recorrido histórico, por lo que no ha tenido un gran progreso, con grandes intentos de afrontarlo más allá de las conversaciones que ha tenido con

su pareja, y el momento de decidir acudir a terapia. Ambos han sido muy efectivos y orientados a una buena resolución.

Los intentos que no han dado los resultados esperados tienen que ver, sobre todo, con la represión emocional, cuya resolución es uno de los objetivos terapéuticos.

B. es una persona con muchos recursos personales. Además de haber acudido ya a terapia hace un tiempo y tener herramientas que le sirven y sabe utilizar, es muy introspectivo y comprende con mucha facilidad el lenguaje emocional. Le resulta sencillo interiorizar lo que se ha ido trabajando en terapia e incorporarlo a su vida.

Formulación del Caso

Las formulaciones de caso desde la TFE van tomando forma y cambiando a medida que el paciente trae nuevos temas a sesión, y se va co-construyendo un foco de actuación.

El tiempo con el que se ha contado (ocho sesiones) ha sido insuficiente para poder desarrollar la terapia en su totalidad, pero sí se ha podido encontrar la causa del dolor, la herida emocional, y cómo el esquema emocional hacía reaccionar a B. en algunas situaciones de su vida.

B. ha dado poca información sobre su infancia, pero sí ha dado una clave que parece ser el origen de su esquema emocional más presente, el que constituye su gran herida nuclear. Cuando era pequeño, en Perú, sufrió abuso sexual por parte de una persona de su familia. No se lo contó a su madre porque consideraba que no podría hacerse cargo de su dolor ni ofrecerle protección. Se instauró en él el miedo y vivió la desprotección de su madre como un abandono. Además, el abuso dejó en él un mensaje claro: “no vales, das vergüenza y asco, no te van a proteger ni querer porque no mereces la pena.” En el momento, no contar con su madre pudo ser adaptativo, en el caso de que la respuesta real hubiera sido la temida: falta de protección y abandono emocional. A

pesar de la funcionalidad de la reacción que tuvo B. en ese momento, la situación no pudo ser resuelta, ni por él ni por el entorno, que siguió siendo amenazante. Esto lo que ha provocado ha sido la instauración de una herida nuclear, de un esquema emocional que tiene como protagonista la emoción de abandono como primaria desadaptativa. Cuando en su vida sucede alguna situación que pueda tener algún componente similar al que ocurrió en su infancia, se puede despertar de nuevo este esquema emocional. Ha sido así en el caso de la agresión xenófoba: se presenta la figura de un agresor (el tío) y no encuentra protección ni acompañamiento emocional en las personas de su alrededor (en este caso, su pareja). Siente que no puede ser querido, apoyado ni protegido. Ha dejado de ser adaptativo, porque no está conectado con el presente ni le ayuda a resolver las experiencias que vive en el momento en el que suceden.

Este esquema emocional, desde la emoción primaria desadaptativa, despierta la necesidad de sentirse querido, protegido y acompañado.

La expresión de esta situación de su infancia es un marcador para la tarea de Asuntos No Resueltos, tanto con su madre como con el agresor. Esto no pudo ser trabajado, porque B. explicitó desde el principio que no quería trabajar el abuso, y no hubo el tiempo suficiente para ir dándole espacio y que pudiera sentirse preparado.

Se puede encontrar otro marcador que se despliega en sesión cuando B. expresa varios momentos de su vida, y que tienen de nuevo el origen en este esquema. Se trata de un marcador de autocrítica, que por un lado trata de protegerle, y por otro acrecienta la sensación de abandono y falta de amor. Como ya se ha mencionado, pudo funcionar con su madre en su momento, si realmente contar con ella hubiera confirmado el miedo a no ser protegido, y es lo que la voz interior de la crítica a día de hoy intenta replicar: no confiar en alguien que no va a poder ofrecer ayuda y

apoyo. Pero, a la vez, hace que le sea mucho más difícil confiar en la gente, y tampoco encuentra en él mismo el cariño, apoyo y compasión que necesita encontrar en algún lado.

Otra escena que compartió sobre su infancia fue el castigo que recibía cuando estaba triste. En su colegio le hicieron bullying, y cuando lloraba, tanto en su casa como en el colegio, le decían que estaba exagerando y que dejara de llorar. Hoy en día se lanza este mensaje a sí mismo y, aunque es capaz de identificar, sentir y sufrir la tristeza, no la comparte ni la expresa por miedo a parecer exagerado y no recibir consuelo ni ayuda. Esto ha generado una autointerrupción que, junto con la voz crítica y su herida emocional, dificulta el proceso de pedir ayuda. Es así como afloran las emociones secundarias con las que se siente más cómodo, como el enfado.

Por lo tanto, su esquema emocional más arraigado, en el que se muestra su herida nuclear, presenta una emoción primaria desadaptativa de abandono y miedo a la desprotección. Parece que el origen de este esquema emocional está relacionado con el abuso que sufrió de pequeño y que no fue atendido ni frenado. La falta de resolución de esta situación tan dura arraigó en su manera de funcionar y de reaccionar esta sensación de abandono y de que no va a poder ser protegido. El mantenimiento de esta sensación, y la razón por la que se generó, ha ido dejando un poso de autocrítica que impide que pida ayuda, porque los mensajes que se dice a sí mismo “confirman” que no la merece. Además, otra situación que sucedió en su infancia, como es el bullying y la falta de apoyo y validación a su tristeza y vulnerabilidad han instaurado en él la dificultad para expresarla y mostrarse dolido, temiendo el castigo que recibió en su momento. Esta interrupción de la expresión de su dolor dificulta la comunicación de las necesidades que le nacen cuando se despierta su emoción primaria desadaptativa (necesidad de ser protegido, apoyado emocionalmente, y por lo tanto sentirse querido y valioso). Es así como surgen emociones secundarias, que le son más fáciles de expresar y manejar, aunque no resuelvan la situación, como

es el enfado. B., cuando se encuentra en una situación de desprotección o cierto miedo, experimenta la aparición de su esquema emocional principal: se despierta su emoción primaria desadaptativa, y como tiene autointerrumpida la tristeza, no es capaz de expresar en el momento la necesidad subyacente. Surge la secundaria, muestra enfado directamente por no haber sido protegido o no haberse sentido querido, aun sin haber expresado dicha necesidad.

Fue esto lo que ocurrió en la escena con el tío de su pareja, y lo que le ocurre en otras situaciones en las que aparecen estímulos que pueden indicar el peligro de que suceda una situación xenófoba. En estos casos, la emoción primaria adaptativa se podría tratar también del enfado, pero siendo este asertivo y sin estar cubriendo un dolor nuclear desadaptativo. Otra opción sería que expresara una tristeza primaria adaptativa, si realmente se ha sentido rechazada y quisiera que le expresaran el amor y apoyo que necesita.

El trabajo aquí, por lo tanto, está enfocado a transformar su esquema emocional, evocando la emoción primaria desadaptativa. Para ello es necesario trabajar antes con la autointerrupción de la tristeza, con una tarea de autointerrupción. Una vez conseguida la expresión de la vulnerabilidad se puede continuar con la tarea de la autocrítica, para disminuir la voz autopunitiva y poder despertar la autocompasión, facilitando así tanto la comunicación de sus necesidades como la posibilidad de que las pueda cubrir él mismo en el caso de que no encuentre respuesta externa. Sería ideal trabajar con la tarea de Asuntos No Resueltos, pero no pudo ser el caso debido a las cuestiones ya mencionadas. A través de este trabajo se buscaría la transformación de la emoción de abandono y sensación de falta de protección en un enfado asertivo hacia el agresor, en la capacidad de expresar tristeza cuando esta es primaria adaptativa y en una autocompasión que le facilitara tanto la comunicación como el cuidado a él mismo.

Tratamiento y Curso

Este caso se ha tratado desde la Terapia Focalizada en la Emoción. Es un tratamiento eficaz para casos en los que se presente dolor o malestar emocional. Al haber sido únicamente ocho sesiones, se va a describir cada una de ellas, con sus contenidos y las técnicas aplicadas. Cada sesión ha tenido una duración de una hora.

Primera Sesión

Esta primera sesión se centró en la presentación, tanto de le paciente como de las terapeutas. Se planteó el marco de la terapia y se trató de crear un espacio seguro para B. Fue en esta sesión cuando se expuso el motivo de consulta principal.

Le paciente contó que había sufrido abuso sexual infantil, e insistió en que no era un tema que quisiera trabajar en terapia.

Empezaron a vislumbrarse los primeros cabos de su esquema emocional, al contar la agresión racista que vivió, cómo sintió con mucha fuerza el rechazo por parte de su pareja y su propia incapacidad para reaccionar con enfado (primario) hacia el familiar, en vez de con la sensación de que su novio le estaba rechazando y abandonando. Mencionó que, en ese momento, y en otros en los que ha tenido la misma sensación, siente dolor en el pecho, cosquilleo en las extremidades inferiores, un peso en el estómago, un bloqueo en la garganta y tensión en la frente. Describe la necesidad de irse, de apartarse, pero a la vez necesita saber que hay alguien cerca que le acompaña y le puede abrazar. La primera es una reacción que no es adaptativa, que nace de su herida emocional y de su crítica, del pensamiento de que no le van a cuidar bien. La segunda surge de la tristeza, de la necesidad de que le consuelen, de tener un lugar seguro. En este caso la tristeza se trataría de la emoción primaria adaptativa a la que habría que llegar.

En la primera sesión no se trabaja más allá de la creación del espacio seguro. Se empezó a evaluar su caso, conocer su historia, su motivo de consulta y comenzar a construir vínculo. También se mantuvo una actitud empática, con respuestas reflejo y facilitadores de la expresión emocional.

Desde este primer contacto se detectó facilidad en el paciente para conectar consigo mismo, para comprenderse. Se puede ver una gran capacidad de introspección y de trabajo previo, tanto en su anterior terapia como consigo mismo.

Segunda Sesión

En la primera sesión, B. transmitió algunas dudas, entre ellas si podría hablar con tranquilidad sobre el colectivo LGTBIAQ+, especialmente tratándose nuestro centro de un espacio asociado a la Iglesia. Tratamos de darle la mayor seguridad posible, pero no volvió a mencionar nada al respecto. Esta sesión la comenzamos haciendo mención a esto ocurrido, explicándole que el centro estaba dirigido especialmente hacia personas del colectivo, y que sentíamos si no había sentido la suficiente confianza como para expresar lo que necesitara. Fue en esta sesión cuando nos dijo que es una persona no binaria y birromántica (persona asexual, que no siente atracción sexual hacia otras personas, o en menor grado que la media, y que puede sentirse emocionalmente atraída hacia personas de cualquier género).

Después se generó un espacio para que nos contara cómo estaba, cómo había ido su semana. Vino con varios temas de los que quería hablar, que acabaron reformulándose como la necesidad de cerrar todos los frentes que tenía abiertos antes de irse de España.

Por un lado, expresó querer despedirse bien de sus amistades antes de irse.

También nos contó su relación con su exnovio, y su necesidad de tener una conversación con él antes de mudarse de país. Tuvieron una relación que fue muy importante para B. Él decidió terminar con la relación de una manera que a B. le dolió mucho, y quiere poder tener un encuentro para hablarlo, expresar su dolor, y darle un final.

Otro de los temas de los que quería hablar era sobre la relación con su pareja. Explicó el miedo que estaba sintiendo a que la situación con su tío y la relación a distancia generase más inestabilidad, y él pudiera decidir dejarle. Se explicitó el miedo al rechazo y al abandono.

Para terminar, expresó la necesidad de cerrar bien el tema de la agresión racista, para no irse de España con miedo a volver por el racismo que podría encontrarse.

Los dos primeros temas mencionados están relacionados con esquemas emocionales primarios adaptativos. Buscan satisfacer una necesidad, dar espacio al dolor, compartirlo y cuidarse. En estos casos, lo mejor que se puede hacer terapéuticamente es acompañar el proceso y facilitar que la persona pueda estar lo más conectada posible, lo cual así parecía.

En cuanto a los dos últimos temas mencionados, relacionados directamente con el motivo de consulta, se despierta el esquema emocional de su herida nuclear. Sí hay un enfado primario visible, pero que está autointerrumpido o bloqueado, y desplazado hacia el racismo como problema social, más que hacia la persona que le infringió el daño. También existe un enfado secundario, que tapa su herida de abandono y rechazo. Es aquí donde se tiene que centrar más el trabajo terapéutico. En la segunda sesión es pronto, todavía, comenzar con las tareas terapéuticas. En este caso se siguió tomando nota de la información que B. iba dando, acompañando su proceso, sus demandas y facilitando la expresión emocional y la conexión con sus esquemas emocionales.

Tercera Sesión

La tercera sesión tuvo que hacerse de manera online, porque B. se había ido a visitar a su novio (que cursaba el año escolar fuera de España, haciendo un intercambio de estudios). Hubo algunas dificultades para iniciar la conexión.

Una vez pudimos comenzar (asegurándonos de que, aun siendo online, se mantenía el espacio seguro y la confidencialidad), B. compartió que, con respecto a su pareja, se sentía mucho mejor. Gracias a poder haberse encontrado de manera presencial habían hablado lo que necesitaban poner en común, y habían llegado a acuerdos con los que B. se mostró muy contente.

Le reflejamos su buena atención hacia sus emociones y la manera en la que había compartido cómo se sentía, así como el buen resultado que había tenido. Nos contestó que, lo que más le costaba, era expresar dichas emociones (especialmente cuando se trataba de su herida emocional) a gente con la que no sentía la suficiente confianza, por miedo a que se confirmara el rechazo que ya temía. En este momento se hizo presente el marcador de autocrítica, que ya empezaba a hacerse visible.

Dijo que en esos momentos, en los que se siente rechazado, siente presión en los ojos y ganas de llorar. Todos los componentes del esquema emocional se hacen presentes en B.: la emoción de rechazo y miedo al abandono, las sensaciones físicas recién mencionadas, junto con el dolor en el pecho que compartió en la primera sesión, la tendencia a la acción de retirarse, de alejarse (no adaptativa), la necesidad de encontrar apoyo, alguien que le consuele y que le cuide y los pensamientos de autocrítica.

Comentó que había tenido esa sensación durante la semana al pensar en la conversación que quería tener con su exnovio. Lo que en principio estaba motivado por un esquema emocional primario adaptativo, se veía frenado por la autocrítica y la herida emocional. También se le seguía

despertado la herida en relación a la familia de su pareja actual, con quien seguía temiendo expresarse.

Expresó que la manera que tenía de suavizar la sensación incómoda y de acallar la autocrítica era tratando de evitar los pensamientos y centrarse en lo que estaba ocurriendo en el presente. Este fue el primer marcador de autointerrupción, en este caso, de la emoción desadaptativa.

Siendo la tercera sesión, y online, no iniciamos ninguna tarea terapéutica a las que invitaban los marcadores ya mencionados (diálogo de las dos sillas para la autocrítica y representación con las dos sillas para la autointerrupción). Lo que se hizo fue la tarea de permitir y expresar una emoción, en la que evocamos la situación de la deseada conversación con su expareja (después de preguntarle si prefería hacerla enfocada a esta escena, o en relación a la familia de su novio).

Después de despejar un espacio, se guio la evocación de la historia que habían compartido B. y su expareja. En el momento de la ruptura, expresó que sentía confusión y enfado. Ante esta revelación se hace presente otro marcador de autointerrupción, esta vez de la tristeza primaria adaptativa. Más adelante, al visualizar el momento de la conversación que todavía no ha sucedido, mantiene la sensación de confusión y enfado, y no se resuelve, sino que se queda con la sensación de rechazo. De manera secundaria, se enfada con él, sin llegar a expresarle cómo se siente de manera primaria.

Tanto la autointerrupción como la autocrítica dificultan la transformación del esquema emocional primario desadaptativo.

Al terminar la visualización, comparte que siente la necesidad de llorar y de gritar, pero no lo hace en sesión. Es capaz de identificar su necesidad, pero no expresa la emoción (tristeza) ni

pone en marcha la tendencia a la acción (buscar consuelo y ayuda, en la terapia o en alguna figura cercana). Expresa el miedo a quedarse estancado en la tristeza.

En este momento se le hizo una pequeña psicoeducación emocional, para que entendiera que la manera en la que las emociones se quedan estancadas (y se crean esquemas emocionales desadaptativos) es cuando no se les permite expresarse, no se comparten, y no se resuelven. Así, dándole permiso para expresar y mostrar su tristeza cuando lo necesitara. En ese momento se dio cuenta de que eso le había ocurrido en el abuso sexual, y relacionó su dolor actual con una incapacidad pasada de compartirlo entonces.

El hacer consciente su propio esquema emocional, aunque las situaciones que se generan por su existencia no tengan una resolución inmediata, ya es muy sanador para poder empezar a comprender y, dado el caso, compartir y hacer entender a los demás, hasta poder ir transformando en un entorno seguro y cuidado.

Cuarta Sesión

La idea inicial de esta sesión era empezar a trabajar con la autointerrupción, pero desde la TFE se le hace espacio a lo que esté más vivo en ese momento en el paciente, por lo que no nos dio tiempo.

Se comenzó, como siempre, preguntando por la semana, y por si había novedades tras el viaje a ver a su pareja. Nos contó que ya tenía los billetes para volar a Perú, a ver a su familia en Navidad, antes de irse a otro país a vivir. Por un lado estaba muy contento y le hacía mucha ilusión, y por otro, estaba preocupado. Compartió inquietud, porque hacía mucho tiempo que no volvía a su casa, y varias de sus amigas habían sufrido importantes duelos en ese tiempo. Temía que, al no haber podido acompañarlas, se encontrara con una relación diferente. Estos pensamientos,

relacionados con el duelo y la muerte, le llevaron también a preocuparse por su abuela, que tiene alzhéimer. Tiene miedo de que estas fiestas sean las últimas fechas que pueda compartir con ella.

En este momento, dándole espacio a la tristeza que estaba surgiendo, apareció de nuevo la autointerrupción, pero quedaba muy poco tiempo como para poder plantear la representación con las dos sillas. Lo que se hizo finalmente fue hacer psicoeducación sobre la autointerrupción, explicarle a B. cómo sucedía, y que pudiera hacerse consciente de su situación, y realizar la tarea sin las sillas. Se explicitó la separación del self y de la autointerrupción, y se plantearon las preguntas necesarias a cada una de las partes. Esto no es tan eficaz como la propia tarea, pero fue una primera toma de contacto que ayudó a B. a entender y empezar a poder identificar la autointerrupción.

Expresó, en esta conversación, que tiende a minimizar la expresión de sus emociones por miedo a que piensen que está exagerando, porque considera que la magnificación (llorar, gritar, reír...) está mal vista socialmente y teme que puedan pensar mal de él.

Localiza la autointerrupción en la garganta y en la paralización de la totalidad de su cuerpo. La autointerrupción manifestó la razón de su existencia: cuando era pequeño, a B. no le permitían expresar sus emociones, ni en su casa ni en el colegio. Sufrió bullying, y al contarlo le dijeron que estaba exagerando. Tiene miedo de que le pueda volver a pasar, de que no le crean, de poder parecer una persona exagerada. En la conversación, que no llegó a ser corporalmente representada, pero sí se dio, el self le pidió al bloqueo que confiara en él para poder expresarse.

Con esta pseudosilla terminó la sesión.

Quinta Sesión

De nuevo, la idea era poder tener un espacio en esta sesión para hacer una de las tareas terapéuticas indicadas por los marcadores ya ubicados. Normalmente no se comienzan las sesiones con la intención de hacer una tarea pero, en este caso, sabíamos que la terapia tenía una fecha límite y que era importante dar espacio a la resolución de las dificultades que ya se habían detectado.

Aun así, se respetó su espacio para que contara cómo se había desarrollado la semana, y de nuevo no se pudo hacer ninguna de las tareas pensadas. Aunque los marcadores volvieran a estar presentes, B. necesitaba expresarse y sentirse comprendido con las nuevas situaciones que le habían sucedido.

Compartió que, esa semana, había vivido un episodio de abuso con un compañero de la carrera. Se quedaron varios amigos a dormir en casa de una de ellas. B. tuvo que compartir cama con uno de los chicos. Se despertó con las manos de él sobre sus pechos, y una mancha blanquecina en el pantalón que B. intuyó que era de semen. Se levantó muy enfadado y asustado, y ya no pudo volver a dormirse.

Al día siguiente se lo contó a sus amigas y lo habló con él. El chico le pidió disculpas, pero excusándose, y B. no se quedó tranquilo. Le trajo a la memoria el abuso que sufrió de pequeño.

En este momento le reflejamos que en la primera sesión nos había dicho que no quería hablar del abuso, pero que era muy frecuente que saliera el tema en cada sesión. Por lo que se había ido compartiendo sobre el tema, estaba claro que dicho episodio era importante en el origen de la herida emocional de B., y poder expresarlo y simbolizarlo dentro del esquema emocional podría ser muy sanador.

B. nos dijo que seguía sin querer trabajarlos, pero que no era un tema tabú, y que era una situación que tenía presente en su vida, así que era probable que siguiera mencionándolo y relacionándolo con nuevos episodios de su vida. Pero que, aun así, prefería no adentrarse en él. Sí nos compartió que el abuso cuando era pequeño lo ejerció un hombre de su familia, y que seguía sintiendo mucha culpa. Esta emoción se despertó de nuevo con el abuso que acababa de vivir.

El episodio le dificultó las gestiones que tenía planeadas para hacer ese día, como un trabajo que tenía que preparar para la universidad, o papeleo de extranjería, donde le pusieron muchos impedimentos y le hizo sentir enfado.

Durante esta sesión volvieron a aparecer marcadores de autointerrupción de la tristeza, de autocrítica (mensajes como “no eres válida”, “no eres querible” que se despertaron a raíz del abuso), y un nuevo marcador de crítica coach (“no te sientas así, venga, levántate y sigue con tu vida”).

Como, de nuevo, nos quedamos sin tiempo suficiente para hacer una tarea, dejamos planteado lo que nos gustaría trabajar, y señaladas las dificultades que íbamos encontrando, tales como la autointerrupción, la autocrítica y el trabajo que se podía hacer acerca de la identificación de necesidades y su comunicación, asociado a la autocompasión y autoconsuelo en el caso de que no fueran cubiertas.

Sexta Sesión

Entre la quinta y la sexta sesión hubo dos semanas de diferencia, porque el día en el que habría correspondido hacer la sexta sesión, B. estaba enferme.

Empezamos más tarde de lo normal, porque le paciente se retrasó. Encuadramos que, al haber perdido una y estar el año a punto de terminar, nos quedaban únicamente tres sesiones.

Aunque normalmente no es la manera en la que se hace, le planteamos hacer un ejercicio (diálogo de las dos sillas, para trabajar la autocrítica, muy fuerte e invalidante en su caso).

Como no se inició por un marcador en el momento, sino que lo había sido en otras sesiones, tuvimos que evocar la crítica. Empezamos encuadrando cómo es esa voz en él, trabajando desde la que apareció en la situación que traía como motivo de consulta, con la escena del tío de su pareja.

Decidimos empezar con el trabajo de la crítica porque, aunque no se había desarrollado de la manera convencional, ya habíamos tenido un espacio en la cuarta sesión para trabajar la autointerrupción.

A pesar de empezar con menos tiempo del previsto para la sesión, B. captó muy rápido la idea de la tarea y el diálogo que salió fue muy fructífero. Los mensajes que le decía la crítica al self eran más fuertes y dolorosos de lo que había expresado nunca en las sesiones: “Por qué sigues vive, si no vales, si no eres valioso para la gente...”. La voz crítica existe, como ya sospechábamos y B. había mencionado en varias ocasiones, a partir del abuso sexual: “Eres sucio, no mereces que te quieran...”. En el momento sentía mucha vergüenza por decírselo a su madre, y miedo a que no fuera capaz de ayudarlo y ofrecerle protección. En este momento apareció un marcador de asuntos no resueltos.

Tuvo que haber algunos cambios hasta que la crítica aflojara, pero finalmente acabó sucediendo. El acuerdo al que se llegó entre la voz crítica y el self fue que la crítica se mantuviera, pero confiando en el self, y hablándole de una manera más amable, para mantener la función protectora, pero sin hacer sufrir.

Además del marcador de asuntos no resueltos, hubo mucha autointerrupción durante la tarea. A pesar de los mensajes tan dolorosos que estaba expresando la crítica, B. hablaba con la

voz quebrada, pero en vez de expresar la tristeza con llanto, se reía para interrumpirlo. Al terminar la tarea él mismo lo confirmó. Dijo que, además, podría haber dicho cosas más fuertes, pero que no se sintió cómodo.

La autointerrupción y la crítica actuaban muy de la mano. Por un lado, no le permite expresar cómo se siente, y pensar en cómo pueda reaccionar el entorno a su expresión despierta la autocrítica y los mensajes destructivos, que le hacen sentir desolado, pero a su vez no es capaz de expresar. En esta sesión no dio tiempo a hacer la representación de las dos sillas para trabajar la autointerrupción.

Como deberes le mandamos que se mantuviera atento a identificar su voz crítica en su día a día, intentara identificar qué estaba sintiendo en ese momento y, si se sentía con permiso, lo expresara verbal y corporalmente. La idea era que comenzara a identificar su crítica, que esta empezara a hablarle con más amabilidad, y a la vez que pudiera empezar a expresar sus emociones en espacios seguros.

Séptima Sesión

Esta penúltima sesión tuvo que ser online, porque B. volvió a visitar a su pareja fuera de España. En principio teníamos pensado hacer la tarea del diálogo de las dos sillas, para trabajar la autointerrupción, pero al realizarse de manera telemática cambiamos de idea.

De nuevo, le explicamos a B. que no suele hacerse de esta manera, pero que pensábamos que, teniendo tan poco tiempo, podía ser bueno realizar un ejercicio de autocompasión. Le dimos la opción de hacer otra cosa, o de que nos contara alguna novedad que hubiera vivido durante la semana. Después de contarnos que estaba muy contento porque ya tenía todos sus vuelos y la casa en la que iba a vivir durante el año siguiente en su intercambio, le pareció bien hacer el ejercicio.

Antes del mismo nos compartió que le había sido útil la sesión pasada, y que había empezado a identificar en su día a día la autocrítica y a cambiar la manera de hablarse.

El ejercicio comenzó con una relajación general, destensando cada zona de su cuerpo. Después se le pidió que imaginara un lugar que le transmitiera mucha paz y felicidad, y que tratara de hacer presente ese sitio con todos sus sentidos (cómo olía, cómo era el tacto al caminar, cómo se veía, la temperatura que hacía...). Este proceso fue lento, y se podía ver cómo B. se iba distraendo. Le dimos la opción de parar cuando quisiera, pero eligió continuar.

Una vez terminó la relajación, le enseñamos las maneras de autoconsolarse y cuidarse: poniendo sus manos sobre su vientre, sobre su pecho, agarrándose las manos o abrazándose. Le invitamos a probar cada uno de estos gestos, y a que eligiera uno, con el que se hubiera sentido más arropado. Eligió mantener las manos en el pecho, aunque poco convencido.

A continuación, le invitamos a que imaginara que aparecía una persona, alguien con quien, históricamente, se hubiera sentido muy querido y muy cuidado. Podía ser de su presente, o de su infancia. No fue capaz de decir a nadie. Le dimos otras opciones: aparte de familiares directos, como sus padres, abuelos... o amigos, podía pensar en algún personaje o famoso que le transmitiera esa mirada de amor y cuidados, alguna figura o alguna mascota. Se acabó decidiendo por un perro genérico, él nunca ha tenido mascota. Se pudo ver aquí la falta de sensación de amor y cuidado que ha tenido en su vida. No fue capaz de identificar a nadie real ocupando ese rol. Esto señaló, una vez más, la posible tarea pendiente de asuntos no resueltos con sus progenitores.

Una vez elegida la figura, el ejercicio continuaba con un momento compartido en el que esa persona (en este caso, animal) ejerciera el rol de protección, amor, cuidado y acompañamiento. Y B. pudiera sentirse visto, mirada desde ese amor. Si la figura fuera humana, que pudiera escuchar

una frase que solía decir, acompañada del gesto elegido. En este caso, ese paso no se hizo, por estar siendo acompañado por un perro, que además no ha existido en su vida. Una vez estuviera creado este vínculo, poco a poco la figura se va transformando en uno mismo, en B. Y es él mismo quien se mira así, quien se cuida, quien se acompaña.

Al terminar el ejercicio dijo que le había resultado complicado, como ya habíamos intuido por las distracciones que parecía estar teniendo, y por no haber podido identificar esa figura de amor y cuidado. Contó que le cuesta concentrarse en este tipo de ejercicios, pero que sentía curiosidad y quería saber la resolución del mismo.

Aun así, dijo que le había ayudado un poco, porque con el perro había estado jugando, y cuando se convirtió en él mismo mantuvo el espacio de juego. Hubo, de nuevo, falta de un espacio de cuidados como tal. Compartió que tenía miedo de colocar a cualquier persona en ese rol, porque no puede asegurar que vaya a quedarse siempre. Se despertó, de nuevo, su herida de abandono.

La sesión terminó, de nuevo, con la explicitación de una autointerrupción. B. es muy consciente de lo que siente y de lo que necesita, pero bloquea la tendencia a la acción. Expresó sus ganas de llorar, y nos dijo que lo haría en cuanto terminara la conexión online. Aprovechamos el espacio para, de nuevo, hacer psicoeducación emocional.

Tras la sesión pasada y esta, a las terapeutas nos quedó una sensación de debilitación del vínculo, por las expresiones de falta de confianza que B. había dicho en ambas sesiones.

Octava Sesión

En principio teníamos pensado dedicar la sesión a trabajar la autointerrupción, pero, al ser la última, decidimos darle un buen cierre, y dejar bien encuadrado el trabajo que faltaba por hacer.

Al haber hecho en las dos sesiones anteriores tareas, y haber habido otra en medio a la que no pudo asistir, teníamos la sensación de que llevábamos mucho tiempo sin darle un espacio de calidad para que pudiera contarnos cómo se sentía y qué novedades estaban sucediendo en su vida. Así que empezamos por tratar de generar ese espacio.

Compartió que estaba tranquilo, que no había ocurrido ninguna novedad que quisiera trabajar o compartir en terapia, más allá de que sentía que los ejercicios que se habían propuesto en las dos sesiones anteriores le estaba sirviendo y dando herramientas, especialmente el trabajo con la autocrítica.

Se cerró la terapia hablando sobre cómo había sido todo el proceso, desde su punto de vista y desde el nuestro. Habló sobre lo que sentía que le había servido, y nosotras le dimos feed-back sobre cómo le veíamos, las mejoras que habíamos observado, y lo que sentíamos que quedaría por trabajar si el proceso pudiera continuar.

Por un lado, la autointerrupción, que nunca llegó a poder trabajarse propiamente, de las emociones en general, aunque especialmente el bloqueo de la tristeza. Aunque ya se hizo un pequeño trabajo y psicoeducación al respecto, se le recordó en qué consistía para que pudiera tenerlo en mente y localizarlo cuando sucediera.

Del mismo modo, se le explicó su esquema emocional, su herida de abandono, y psicoeducación emocional alrededor de la misma. Le explicamos lo que son las emociones primarias adaptativas, las desadaptativas (centradas en su caso y con ejemplos que cuadraban con su historia) y las secundarias. Lo comprendió muy bien, y pareció aliviado al tener esa información. Expresó “es exactamente lo que me pasa a mí”. Lo relacionó, una vez más, con el abuso infantil, y nos dijo que, en un futuro, si volvía a España, querría avisarnos para ahondar en el tema. Nos

dijo que, en ese caso, querría poder pagar la terapia. Este feed-back por su parte rebajó la sensación que se nos había quedado de debilitación del vínculo terapéutico.

Finalmente, tras los agradecimientos y las despedidas, decidimos hacer un grupo de WhatsApp, para que tuviera la opción de acudir a nosotras si en algún momento quería tener una sesión online durante el resto del curso, aunque no estuviera en España.

Resultados del Tratamiento

El tratamiento ha sido muy breve, y claramente inacabado. Antes de comenzar con el proceso terapéutico, tanto le paciente como las terapeutas sabíamos que tenía una duración limitada por circunstancias externas (el intercambio académico de B.).

Aun así, ha habido mejoría, y las ocho sesiones que se han podido realizar han sido eficaces.

Pudo despedirse de sus amistades y de su pareja, y cerrar los temas que tenía abiertos en España, antes de irse. También ha habido una mejoría en la detección de la voz crítica, y por tanto en su modificación. La técnica clave para realizar este cambio e interiorizar una voz más amable y compasiva fue el diálogo de las dos sillas.

Por otro lado, tras la conversación que se mantuvo sobre que la terapia era un espacio seguro para hablar sobre contenidos LGTBIAQ+, pudo compartir su identidad de género y su preferencia en cuanto a los pronombres con los que quería ser tratada. De esta manera encontró en el espacio terapéutico un espacio seguro, en el que ser él mismo. Según expresaba B., tenía muy pocos espacios en los que se referían a él en género neutro, y lo agradecía mucho.

A pesar de las dudas que tuvimos con respecto al vínculo terapéutico, B. siempre ha acudido a las citas, y cuando no pudo asistir de manera presencial, solicitaba hacerlo de manera

online. La adherencia al tratamiento y la continuidad, excepto por un día en el que estaba enferme, han sido excelentes.

El único problema ha sido la falta de tiempo. Se han quedado varias tareas sin poder realizarse, y la herida no ha quedado sanada. De todas maneras, el plantear el trabajo que veíamos que quedaba por hacer, y dar una psicoeducación del mismo, ha resultado de gran ayuda también para B. Ha podido organizar y entender cómo funciona su esquema emocional, de dónde le viene y cuáles son sus dificultades. Lo mismo ha sucedido con la autointerrupción.

Discusión

En el caso tratado se ha podido seguir la estructura de la formulación de caso de la Terapia Focalizada en la Emoción con facilidad. Se han identificado los esquemas emocionales subyacentes, con cada uno de sus componentes. También se han detectado marcadores que han dirigido la terapia y ayudado a tomar la decisión de poner en marcha tareas terapéuticas, que han dado resultados positivos.

Además, plantear la terapia desde las bases humanistas (empatía, congruencia y aceptación incondicional) ha sido clave para la creación de un espacio seguro y la generación de alianza terapéutica.

Como ya se ha mencionado, la principal limitación del trabajo terapéutico ha sido el escaso tiempo con el que hemos contado, con únicamente ocho sesiones de tratamiento. Pero, al ser una limitación con la que se contaba desde el principio, ha estado contemplada y se ha trabajado teniéndola en cuenta. Si no hubiera existido tal limitación, no se habría dado por finalizado el tratamiento llegada la octava sesión, porque ha habido mucho trabajo que se ha quedado por hacer, pero sí ha habido un cambio emocional y un avance a nivel terapéutico.

Se ha visto que ofrecer la formulación de caso y compartir el foco de trabajo desde la TFE con le paciente ha aliviado el malestar psicológico. Las tareas que se han realizado también han tenido un impacto positivo y cambios de procesamiento emocional y de comportamiento en la vida de le paciente.

También se ha visto que ocho sesiones han sido insuficientes, pero necesarias para reducir el sufrimiento. Aunque no se haya completado el trabajo terapéutico, ha sido beneficioso. Por lo tanto, ha sido positivo iniciar la terapia y llevar a cabo las sesiones, aun sabiendo la limitación temporal.

Como se ha mencionado en el tratamiento y curso, quedaron tareas por realizar, y seguir generando espacio de encuentro con le paciente para una mayor mejoría: seguir dando espacio al cambio emocional y transformación del esquema emocional, trabajar la autointerrupción, continuar con la transformación de la autocrítica, explorar la relación con sus progenitores, y, en caso de ser necesario, trabajar con asuntos no resueltos. Por otro lado, más allá de las técnicas, sería necesario seguir explorando el abuso sexual infantil, que está muy relacionado con las dificultades emocionales que se han generado en B.

Dada la mejora en las escasas ocho sesiones, se podía prever la continua mejoría en el caso de haber continuado la terapia, en el caso de que hubiera sido posible.

Se recomienda a la comunidad científica que continúe investigando y dando espacio al trabajo desde la Terapia Focalizada en la Emoción.

Referencias

- Caro, C., Goldman, Rohnda N., y Greenberg, Leslie S. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Elliot, R., Greenberg, L. S. y Rice, L. N. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.
- Goldman, R.N. y Greenberg, L.S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.
<https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L.S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- McLeod, J. (2003). Person-centred, humanistic, and experiential approaches. *An Introduction to Counselling and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*. (pp. 151-170).