



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

“Cuidarse en el cuidado de otros, cuando no pueden verte”:

**Estudio de Caso de una mujer con síntomas de depresión y ansiedad
asociados al cuidado de familiares mayores, abordado desde una
perspectiva humanista.**

Trabajo de Fin de Máster

Autor: César López Barandica

Tutora: Dra. Mónica Torres Ruiz-Huerta

Junio de 2023

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción.....	5
Importancia Clínica del Caso, Objetivos e Hipótesis	5
Bases Teóricas y Metodológicas Utilizadas en la Evaluación y/o Intervención	7
Diseño.....	12
Metodología De Evaluación	14
Presentación Del Caso.....	16
Antecedentes.....	18
Evaluación Inicial	23
Formulación Del Caso	24
Tratamiento y Curso	30
Resultados del tratamiento	45
Discusión	49
Referencias	52

Resumen

En el presente trabajo se muestra un estudio de caso sobre una mujer de 41 años con síntomas de depresión y ansiedad asociados al cuidado de familiares mayores como motivo de consulta. Se busca describir y analizar el marco de intervención humanista integradora con el objetivo de valorar la adecuación de la intervención y el grado de ajuste a la evidencia disponible, buscando documentar sobre la posible eficacia de dicha intervención. Se resalta la importancia del estudio tras haber tenido en cuenta la alta prevalencia de los trastornos emocionales, el gran impacto social que genera, y que en la bibliografía existe una escasez de estudios de caso único cuyo tratamiento se enfoque en un marco humanista integrador. Se muestra con detalle la formulación de caso y el tratamiento realizado, destacando la importancia de la creación de un espacio seguro de terapia y de un vínculo terapéutico fuerte, a partir de las aptitudes Rogerianas y el cuidado de los factores comunes, como fundamento para trabajar la autoconsciencia y expresión emocional a través de técnicas de diferentes escuelas humanistas, y con el fin de lograr que la paciente consiga un self más integrado en el que se satisfagan sus necesidades emocionales. Los resultados muestran que la sintomatología ha evolucionado favorablemente en comparación con el inicio del tratamiento, concluyendo que la intervención ha sido eficaz. Se discuten los principales factores que han tenido que ver con el éxito del tratamiento y se ponen de manifiesto las limitaciones del estudio.

Palabras clave: Estudio de caso, Terapia Humanista Integradora, Depresión, Ansiedad, Terapia Focalizada en la Emoción (TFE).

Abstract

This paper presents a case study on a 41-year-old woman with symptoms of depression and anxiety associated with caring for elderly relatives as a reason for consultation. The main goal is to describe and analyze the framework of integrative humanist intervention with the objective of assessing the adequacy of the intervention and the degree of adjustment to the available evidence, wanting to document the possible efficacy of this intervention. The importance of the study is highlighted after having considered the high prevalence of emotional disorders, the great social impact that it generates, and the reason that in the bibliography there is a shortage of single case studies whose treatment focuses on an integrative humanist framework. The case formulation and the treatment carried out are shown in detail, emphasizing on the importance of creating a safe space for therapy and a strong therapeutic alliance, based on Rogerian skills and care for common factors, as a basis for working self-awareness and emotional expression through techniques from different humanistic therapies, and in order to achieve that the patient reaches a more integrated self where her emotional needs are satisfied. The results show that the symptoms have evolved favorably compared to the data before the treatment, concluding that the intervention has been effective. The main factors that have influenced the treatment's success are discussed on this paper and also the limitations of the study are highlighted.

Key words: Case study, Integrative Humanist Intervention, depression, anxiety, Emotion-focused therapy (EFT)

Introducción

Importancia Clínica del Caso, Objetivos e Hipótesis

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales con mayor prevalencia entre la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) predijo que en 2020 la depresión sería la segunda causa de incapacidad en el mundo, encontrándose las enfermedades isquémicas en primer lugar. Si se tiene en cuenta que en el año 2000 la depresión se encontraba en cuarta posición en la lista de prevalencia de enfermedades incapacitantes, es evidente el carácter alcista de esta problemática y, por ende, la necesidad de aportar evidencias de tratamientos a la literatura científica que contribuyan a fomentar una adecuada prevención e intervención al respecto. Por si fuera poco, estos datos han seguido incrementándose considerablemente debido a la pandemia mundial del COVID, mostrando la OMS (2022) en un informe científico un aumento de la prevalencia de la depresión en todo el mundo de un 25%.

Aun así, esta investigación, lejos de los casos que habitualmente se exponen en los manuales de intervención psicológica, busca ilustrar la realidad de la práctica clínica, en la que es habitual encontrarse con pacientes que no presentan un diagnóstico diferenciado de trastorno categorizado por criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). El marco Humanista desde el que se basa la presente investigación busca describir un proceso de intervención psicoterapéutica desde una perspectiva transdiagnóstica que acceda a los factores nucleares y comunes a múltiples categorías diagnósticas de Trastornos Emocionales y de Ansiedad.

Actualmente existen diversas investigaciones sobre el éxito terapéutico de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) en adultos y parejas. (Caro y Hornillos, 2015; Paivio y

Nieuwenhuis, 2001; Wiebe y Johnson, 2016). Sin embargo, no existe numerosa bibliografía de estudios de caso único al respecto, que permitan que los clínicos puedan transmitir sus experiencias para ser discutidas por la comunidad científica, contribuyendo al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica. Además, es aún menos habitual encontrar estudios de caso que orienten su tratamiento desde una perspectiva de corte humanista más integradora que, aun llevando gran peso de la TFE, sea menos cerrada al enfoque de tratamiento de marcador-tarea de la misma.

Por todo esto, el presente estudio busca describir y analizar el marco de intervención utilizado en el tratamiento de un estudio de caso, con el objetivo de valorar la adecuación de la intervención y el grado de ajuste a la evidencia disponible, buscando documentar sobre la posible eficacia de una intervención psicológica concreta, como es la Terapia Humanista Integradora, contribuyendo además en la ampliación de datos sobre la efectividad clínica de este modelo de terapia.

Como hipótesis principal, se espera una disminución de la sintomatología de la paciente del estudio tras la aplicación del tratamiento específico que se presenta, reflejada tanto en las puntuaciones de los cuestionarios de corte cuantitativa, como en el contenido de la narrativa y los cambios observados y/o verbalizados en sesión.

Este estudio se enmarca sobre la base teórica del Humanismo, por lo que es necesario contextualizar la intervención y el proceso terapéutico realizado en función de los conceptos claves y principios de la Terapia humanista de manera integradora y, en concreto, de la TFE.

Bases Teóricas y Metodológicas Utilizadas en la Evaluación y/o Intervención

La psicología humanista surge en Estados Unidos en la década de los sesenta como la tercera rama de la psicología de la mano de psicólogos y pensadores que querían romper con la rigidez de los modelos presentes en la época, con el objetivo de tratar a la persona en su totalidad, teniendo una visión holística del ser humano y considerándolo un ser libre de elección, que busca autorrealizarse y tiende hacia el crecimiento. Igualmente, se buscaba tener en cuenta otros aspectos del ser humano como el amor, la comunicación, el cambio terapéutico, la autenticidad y la responsabilidad, entre otros (López Ortega, 2009; Osorio, 2013; Riveros Aedo, 2014).

Los cuatro principios que promovía la Asociación de la Psicología Humanista y que han sido los más seguidos por los autores más representativos de este modelo eran: (a) una atención centrada en la persona y en la experiencia humana, (b) énfasis en las cualidades específicamente humanas como la elección y la autorrealización, en contraposición a la concepción reduccionista y mecanicista, (c) fidelidad al significado en la selección de problemas de estudio e investigación, en oposición a la acentuación de la objetividad y (d) especial aprecio por la dignidad y valor del ser humano e interés por el desarrollo del potencial inherente a cada individuo (López Ortega, 2009; Osorio, 2013; Riveros Aedo, 2014).

Dichos pensadores, entre los que se encontraban Carl Rogers, Abraham Maslow, Fritz Perls, Jacob Levy Moreno, Laura Perls y Eugene Gendlin, aun procediendo de modelos diferentes, compartían el descontento con la psicología de la época por la imposibilidad del estudio de lo subjetivo por parte del conductismo y por ciertas ideas deterministas que promovía el psicoanálisis (López Ortega, 2009; Osorio, 2013; Riveros Aedo, 2014).

En concreto, Carl Rogers, el cual fue propulsor del Enfoque Centrado en la Persona, opinaba que, si la persona siente un clima facilitador basado en la seguridad y la libertad, tiende al crecimiento y al autodesarrollo. Para que este clima se dé, es clave que la intervención se realice desde la actitud de acompañar al otro confiando en su capacidad y escuchando activamente. Por este motivo, el sistema que propone Rogers como facilitador se basa en tres actitudes: la escucha con empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia (Barceló, 2012). Esto significa que el terapeuta humanista debe de ayudar a las personas atendiendo la experiencia del propio paciente/cliente, sin juicios, aceptándola sin condiciones y siendo congruente con sus acciones, pensamientos y verbalizaciones. Además, debe fomentar que la persona tome las decisiones por sí misma, responsabilizándola de sus elecciones y, en definitiva, de su propia existencia, evitando adoptar una postura paternalista (López Ortega, 2009).

Cabe destacar que la alianza terapéutica es esencial para la experiencia de cambio del paciente (Langhoff et. al, 2008 citado en Cañero-Pérez, 2018). Para ello también es muy importante la creación de un espacio seguro donde el cliente puede realizar su procesamiento emocional, promovido por una buena alianza y un buen vínculo (Missirlian et al., 2005 citado en Cañero-Pérez, 2018). La formación de este clima de seguridad y sintonía entre terapeuta y paciente es primordial antes del tratamiento, ya que facilitará la profundidad de la experiencia emocional en sesión, a raíz de la cual se podrá empezar a trabajar mediante metas y tareas concretas (Watson y Greenberg, 2000 citado en Cañero-Pérez, 2018).

Los diversos enfoques que surgieron a partir del humanismo son nueve, de los cuales solo tres unen su teoría con investigación científica. Estos son: el Enfoque Centrado en la Persona (Rogers), la Psicoterapia Experiencial y el Focusing (Gendlin), y el Enfoque Experiencial de las Emociones (Greenberg) (Riveros Aedo, 2014). De la unión de estos enfoques, junto con la Terapia

Gestalt y demás teorías existenciales y humanistas surge la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), una terapia empíricamente avalada (Caro y Hornillos, 2015) que se ha convertido en uno de los tratamientos basados en la evidencia distinguidos para el malestar marital, la depresión, y el estrés postraumático, entre otros, demostrando ser efectiva en diversos estudios tanto en terapia individual como en terapia de pareja, consiguiendo gran capacidad de cambio (Greenberg, 2010; Greenberg y Elliott, 2006). A continuación, se presenta un resumen de las bases teóricas necesarias para comprender el trabajo terapéutico que se realiza desde la TFE.

Desde la TFE, las emociones son una forma de procesar la información adaptativamente y que nos prepara para la acción, siendo también fundamental para la construcción del sí mismo o self (Greenberg, 2010), para el funcionamiento humano y para la terapia (Greenberg et al., 2015). Están diseñadas para ayudarnos a sobrevivir ya que son una fuente de información que nos informa de cómo nos afecta el mundo en un determinado momento, acercándonos a nuestras necesidades (Anchía y Del Valle Caraballo, 2016; Greenberg et al., 2015).

Este modelo distingue cuatro tipos de emociones: emoción primaria adaptativa, emoción primaria desadaptativa, emoción secundaria, y emoción instrumental (Greenberg et al., 2015; Greenberg, y Elliott, 2006). En primer lugar, las primarias adaptativas son emociones cuya expresión, tendencia a la acción y grado de regulación encajan en intensidad y adecuación con el estímulo que las origina, apareciendo espontáneamente ante la situación estimular y preparando al individuo para una acción adaptativa. En segundo lugar, las primarias desadaptativas son emociones con respuestas también inmediatas, pero cuya expresión y tendencia a la acción se relacionan con un asunto no resuelto del pasado, de manera que su aparición no se corresponde con la situación estimular sino con un esquema emocional disfuncional. En tercer lugar, se encuentran las emociones secundarias, que surgen como respuesta ante una emoción primaria,

encapsulándola y dificultando acceder a la experiencia nuclear (Anchía y Del Valle Caraballo, 2016; Caro y Hornillos, 2015). Por último, existen las emociones instrumentales, que son aquellas que se aprenden y se emplean con el fin de conseguir algo que se desea, ya sea de manera consciente o automática (Greenberg, 2000).

En concreto, la TFE ayuda a los clientes a investigar y modificar sus experiencias emocionales problemáticas y sus esquemas emocionales, es decir, las estructuras subyacentes a dichas experiencias (Caro y Hornillos, 2015) que la codifican (Greenberg, 2010) y dan forma a las reacciones de las personas. Estos esquemas comprenden la emoción, la cognición, la experiencia corporal, la conducta y el significado (Caro y Hornillos, 2015), además del aprendizaje emocional pasado y la memoria episódica afín. No se puede acceder a los esquemas desde la consciencia, pero sí a su experiencia, a través de la cual podemos intervenir y transformar los esquemas en terapia, dándole un nuevo sentido. Esto supone el mecanismo del cambio en la TFE, cuyos principios son la toma de consciencia, expresión, regulación y transformación emocional (Greenberg et al., 2015). Por ello, el trabajo terapéutico comenzará centrándose en la toma de consciencia y expresión emocional, para posteriormente adentrarse en la experiencia emocional del paciente y averiguar que emociones primarias están siendo encapsuladas por las secundarias, poniendo de manifiesto las emociones desadaptativas y transformarlas en emociones adaptativas (Anchía y Del Valle Caraballo, 2016; Caro y Hornillos, 2015; Greenberg, 2000). En la terapia se busca que los pacientes sean capaces de identificar, experimentar y explicar mejor las emociones, así como de darles un sentido, transformarlas y manejarlas más adecuadamente (Greenberg et al., 2015).

Los esquemas emocionales disfuncionales suelen originarse a partir de heridas emocionales, creadas tras vivir situaciones fuertes e incluso potencialmente traumáticas

caracterizadas por un exceso o falta de satisfacción de una necesidad afectiva, habitualmente por parte de los progenitores (Rodríguez Pacas, Del Castillo Drago, y Caballero Andrade, 2021). La TFE distingue tres tipos de heridas, que se corresponden a tres emociones primarias desadaptativas: tristeza-soledad, miedo-inseguridad, y vergüenza. En el presente estudio es importante presentar cuales son las características habituales de las personas que sufren la herida de humillación (vergüenza), con el fin de detectar y comprender con más profundidad la problemática de la paciente. Las personas que sufren la herida de humillación se sienten inadecuadas, inseguras, culpables y juzgadas, con sentimientos de falta de amor que les hace sentir que hay algo malo en ellas, pudiendo llegar a rechazarse. También son personas que están más ocupadas en resolver los problemas de los demás antes que los propios (Bourbeau, 2017; Orihuela, 2016). Esta vergüenza puede hacer que la persona tenga un sentimiento de autodesprecio y un sí mismo inferior, indigno de amor y carente de valía (Crasny Zyman, 2021). En cuanto a la intervención con la vergüenza, se pretende buscar y superar la evitación para reconocer la emoción y poder dotarle de nuevos significados. Desde el marco de las terapias humanistas, existen técnicas que pretenden que el paciente experimente la validación como, por ejemplo, la tarea de las dos sillas (Sutherland et al., 2014 citado en García-Fogeda Mansilla, 2016).

La intervención en la Terapia Focalizada en la Emoción está guiada por marcadores de proceso, que son indicadores que muestran estados de procesamiento emocional problemático de los clientes. Esto brinda la oportunidad de realizar intervenciones eficaces que actúen sobre una emoción activada, mediante tareas terapéuticas diseñadas específicamente para una dificultad de procesamiento concreta, facilitando el foco de la terapia en los esquemas emocionales (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015; Greenberg & Elliott, 2006). Los principales marcadores son: reacciones problemáticas mostradas mediante la confusión sobre las respuestas emocionales o de

conducta, una sensación difusa y poco clara de la propia experiencia, conflicto entre partes del self donde aparece una voz crítica o coercitiva, aparición de una parte del self interruptora de la experiencia o de la expresión emocional, asuntos no resueltos que se manifiestan desde un sentimiento inconcluso y persistente hacia otra persona y, por último, la vulnerabilidad de un self que se muestra inseguro y frágil (Greenberg et al., 2015).

Las tareas permiten modificar los esquemas emocionales disfuncionales (Caro & Hornillos, 2015). Estas tareas, en función del marcador que muestra el cliente en sesión pueden ser: basadas en la empatía (reflejo, exploración, afirmación, conjetura y evocación empática), relacionales (formación de la alianza terapéutica y dialogo sobre la alianza), de experienciación (despejar un espacio y enfoque experiencial o *Focusing*), de reprocesamiento (re-narración del trauma, trabajo de significación y despliegue evocador sistemático) o enactivas (diálogo de las dos sillas, representación con las dos sillas y trabajo con la silla vacía) (Goldman, Greenberg y Caro, 2016). Cabe destacar, que las tareas basadas en la empatía, cumplen intenciones de respuesta vivencial, tratando de organizar la respuesta del terapeuta con el fin de que se sean funcionales tanto procesual como vivencialmente para la intervención (Jarrod, 2004).

Diseño

El diseño de investigación sigue una metodología cualitativa, y en concreto, se trata de un estudio de caso clínico. Este trata de describir y analizar el proceso de intervención con el objetivo de valorar la adecuación de la intervención y el grado de ajuste a la evidencia empírica ya existente en la bibliografía, contribuyendo al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica.

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI), en Madrid. La participante acudió al centro en búsqueda de atención psicológica, a través de una primera entrevista realizada por profesionales del centro, se realizó una evaluación inicial en la que se determinó cual era el enfoque psicoterapéutico más adecuado para ella, y se le preguntó sobre la posibilidad de participar en la investigación y que su caso fuera llevado por un equipo terapéutico, a lo que accedió.

La participante fue atendida por una terapeuta, la Doctora Mónica Torres Ruiz-Huerta, licenciada y doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid y formada en el modelo humanista de la psicoterapia, profesora de la Universidad Pontificia de Comillas en el Grado de Psicología, en el Máster en Psicología General Sanitaria y en el Máster de especialización en Psicología Humanista, Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción, con 25 años de experiencia en psicoterapia y docencia; y por un coterapeuta, el psicólogo César López Barandica, formado en Psicología por la Universidad Francisco de Vitoria, y en actual formación el Máster en Psicología General Sanitaria y en el Máster de especialización en Psicología Humanista, Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción en la Universidad Pontificia Comillas. Además, cada sesión es observada y supervisada por un equipo de tres psicólogas más en formación con una cualificación similar a la del coterapeuta.

Por último, cabe destacar que debido a que el presente estudio se lleva a cabo dentro del marco de una institución universitaria, se ha obtenido la aprobación de la investigación por el comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas, que asegura el cumplimiento de los requisitos éticos necesarios para realizar un estudio de estas características.

Metodología de Evaluación

Como metodología de evaluación del estudio, se han recopilado datos descriptivos y de resultados cuantitativos, siguiendo una aproximación multimétodo y multifuente. Por un lado, se han administrado a la paciente cuestionarios validados y estandarizados en dos momentos del proceso terapéutico (pre-post: evaluación inicial y tras 20 sesiones de tratamiento) como procedimiento para recabar información cuantitativa que mida tanto la sintomatología inicial de la paciente como el proceso de cambio, y poder así monitorear el progreso del tratamiento. Los instrumentos de evaluación utilizados se presentan a continuación y los resultados recabados de los mismos se encuentran en el apartado de “Resultados del tratamiento” del presente estudio.

El primer cuestionario es el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (Feixas et al., 2012), se trata de un instrumento psicológico de auto-informe que evalúa el cambio en el progreso terapéutico en pacientes con patologías diversas. Se compone de 34 ítems divididos en 4 dimensiones: Bienestar subjetivo (W), 4 ítems que valoran el malestar general; Problemas/Síntomas (P), 12 ítems que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos; Funcionamiento general (F), 12 ítems que evalúan relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano; y Riesgo (R), 4 ítems que son utilizados como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones y 2 ítems para los actos de agresión a terceros.

El segundo instrumento utilizado es el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandín et al., 2008), se trata de un cuestionario que evalúa de forma breve los siguientes síntomas psicopatológicos: hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

El tercer cuestionario es el Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996), es un instrumento que evalúa los aspectos clínicamente importantes del funcionamiento interpersonal del paciente, y se compone de las siguientes dimensiones: “Socialmente inhibido” (dificultad para ser sociable), “Distante/frío emocionalmente” (dificultad para involucrarse emocionalmente con los demás), “No asertivo” (dificultad para ser asertivo), “Autocentrado” (dificultad para empatizar, apoyar e interesarse por los demás), “Dominante/Controlador” (demasiado agresivo y manipulador de los demás), “Demasiado abierto” (dificultad para guardar su intimidad), “Autosacrificado” (intenta satisfacer y antepone las necesidades de los demás) y “No autoafirmativo” (deja que se aprovechen y no defiende sus intereses).

Adicionalmente, se ha utilizado la entrevista clínica y la recogida de notas del caso, tanto por los coterapeutas como por los tres observadores del equipo terapéutico, como método cualitativo de recogida de información que describa el desarrollo del proceso, la alianza percibida, la adaptación de la intervención a la espiritualidad del paciente, el cumplimiento del programa y adherencia al tratamiento y, en general, los factores comunes de la psicoterapia descritos por Norcross y Lambert (2018). De forma complementaria, se han administrado (en tres momentos del tratamiento) el Outcome Rating Scale (ORS) (Miller y Duncan, 2000), una escala de evaluación de progreso que evalúa el bienestar general de la paciente en cuatro áreas principales (bienestar personal, bienestar interpersonal, bienestar social y bienestar general); y el Session Rating Scale (SRS V.3.0) (Miller et al., 2000), una escala que mide la alianza terapéutica percibida por el paciente a través de cuatro factores (la relación con el terapeuta, el acuerdo en objetivos y temas, el tipo de enfoque y tareas utilizadas en sesión, y un factor de alianza general) (Rodrigo-Holgado et al., 2018).

Presentación Del Caso

Se denominará como C a la paciente del caso con el fin de preservar su identidad. Es una mujer de 41 años, de nacionalidad española y estado civil soltera. Vive sola entre dos residencias de Ciudad Real, las cuales va alternando por motivos laborales. Es hija única, por lo que su familia nuclear la forman únicamente sus padres, que viven en el mismo pueblo y son dependientes de ella debido a su edad avanzada (88 y 81 años, padre y madre respectivamente).

Tiene estudios universitarios, y trabaja en la profesión en la que se ha formado, estando contenta con su puesto laboral y con las funciones que desempeña. Actualmente se encuentra estudiando un Máster de especialización mientras sigue trabajando. Pertenecer a la clase social media y tiene ingresos estables.

Actualmente toma benzodiazepinas de forma eventual (alprazolam) y antidepresivos (fluoxetina), medicación que va revisando con su psiquiatra. Se medica desde que en 2018 (hace 5 años) su padre sufrió un infarto. Este acontecimiento, aunque afortunadamente no supuso su fallecimiento, dejó a C “sin ganas de vivir”, con dificultades para levantarse por las mañanas y afrontar el día a día. Acudió a otro psicólogo de la Seguridad Social, pero no se sentía cómoda con él y lo dejó a las pocas sesiones.

El motivo por el que acude a consulta actualmente es el agotamiento emocional que asocia a la situación que está viviendo con sus padres. En su relación con ellos, estos demandan atención, favores y cuidado de forma exigente y con frecuencia. Ella expresa su amor por sus padres y que quiere ayudarles, siendo una “buena hija”, pero refiere encontrarse en tensión y alerta a sus demandas, sobrecargada, agotada y algo frustrada por ver que la situación no cambia y no puede hacer nada.

Existen algunos factores que pueden afectar a la intervención. En lo relativo a las fortalezas, C muestra una buena disposición al trabajo psicoterapéutico y las tareas propuestas, una gran fuerza de voluntad, y una alta motivación con el centro, del cual expresa sentir confianza y tener buenas referencias. También cuenta con una amplia red de apoyo, con buenas amistades, y lleva una vida muy activa, fortaleza que puede actuar como factor protector de una depresión. En lo relativo a las dificultades, C muestra cierta resistencia a la introspección emocional, expresando miedo a que si se le “afloja el ánimo” pueda quedarse en ese estado depresivo de forma prolongada, como lo que vivió a raíz del infarto de su padre; resistencia que se manifiesta también en sus relaciones con otros, teniendo dificultades para mostrarse vulnerable incluso en relaciones cercanas. También es importante destacar, que la vida tan activa que lleva puede ser una espada de doble filo, que por un lado actúe de factor protector como ya se mencionó, pero por otro pueda impedirla conectar con sus emociones y necesidades, facilitando que pueda llegar a descuidarse a sí misma y desconectarse de sus objetivos en esa vorágine de actividades.

Se ha obtenido el Consentimiento Informado de la paciente para participar en el presente estudio. En dicho documento C declara: haber sido informada sobre los detalles del estudio, haber recibido la copia del consentimiento informado ya firmado, haber tenido el tiempo deseado para plantear dudas y que fuesen respondidas a su satisfacción, haber sido informada de su libertad para retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que eso tenga ningún tipo de penalización o efecto sobre su tratamiento psicológico futuro, y haber sido asegurada la confidencialidad y anonimato de sus datos, que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación.

Antecedentes

Uno de los problemas que la paciente trae a consulta tiene que ver con la relación con sus padres, y para comprenderla es necesario remontarse a la infancia de la paciente. C tiene buenos recuerdos de su infancia, aunque la siente gris. Se define como una niña muy buena y nada rebelde, siempre hacía las cosas bien y lo que sus padres querían, nunca ha negociado nada con ellos y sigue sin hacerlo por miedo a que un “no” a sus padres tenga consecuencias negativas (un ataque de ira de su madre o entristecer a su padre). C siempre se ha sentido sobreprotegida por sus padres, no sentía que la dejaran respirar y siempre ha querido huir de esa sobreprotección (se saltaba las clases extraescolares o montaba en moto con una pierna escayolada), siempre ha tenido muchas demandas de sus padres (les redactaba los contratos de alquiler de sus casas con 10 años) y demandas de atención emocional por parte de su madre. Expresa que nunca ha podido ser auténtica en el colegio ni con sus padres (les ocultaba lo que hacía por miedo a que se enfadasen, y lo sigue haciendo). Recuerda ponerse nerviosa con los exámenes, que se estuvo haciendo pis en la cama hasta sexto de EGB, y que también se arrancaba el pelo en este curso. Comenta que desde pequeña ha tenido ansiedad.

Un acontecimiento muy relevante en la historia de C sucedió en 2012, cuando la paciente quiso hacer una experiencia vocacional con unas monjas y al comunicárselo a sus padres “se montó un pollo” en su casa. Su madre lo vivió como un abandono, diciendo “no nos quieres”, y dejando un mensaje subliminal de “te quiero tanto que no te dejo libre”. A C esto le dolió mucho porque veía el daño que estaba haciendo a sus padres y tomó la decisión de renunciar a sus planes. En este momento pensó que su vida se había arruinado para siempre. Siente que sus padres no le dejan vivir su vida.

De hecho, C dice que la primera vez que tomó una decisión por sí misma, sin que sus padres decidiesen por ella fue cuando dejó la carrera universitaria que estaba estudiando (Ingeniería de Telecomunicaciones) para cambiarse a otra porque descubrió su verdadera vocación, la cual es la profesión que tiene actualmente. Fue una decisión de la que se siente orgullosa, pero en su momento también recibió rechazo e invalidación de sus padres.

Respecto a su madre, es importante destacar que la abuela materna de la paciente murió cuando su madre tenía 4 años. C expresa que su madre, al no haber tenido una figura materna, nunca ha aprendido a serlo, y en una sesión llega a intuir, al reflexionar sobre comportamientos que tiene su madre, que es posible que esta le haya dado amor como una vía de recibirlo ella, en vez de hacerlo de forma desinteresada como cualquier otra madre. No siente que su madre la quiera, define su amor como muy condicional. Su madre fue diagnosticada de cáncer de mama en 2011 y a los dos años empezó a perder visión por padecer una degeneración muscular en los ojos. Desde entonces ha ido perdiendo autonomía y se muestra menos paciente en sus relaciones y más posesiva con la paciente. Actualmente tiene una capacidad visual muy limitada y está en revisiones para controlar una posible metástasis. También toma venlafaxina (antidepresivo ISRS) y melatonina por las noches. De los dos padres, C expresa que su madre es mucho más demandante y cargante, que le pide favores y ayuda incluso en cosas que puede hacer ella misma, y que la comunicación con ella es mucho más difícil. La paciente se siente desgastada por ella, y expresa que su mera presencia ya la sobreactiva y la harta. Aunque C evita utilizar la palabra enfado, diciendo que no le gusta sentirse enfadada con sus padres, que se siente triste y culpable al enfadarse porque sabe que no lo hacen con mala intención, y que quiere vivir sin resentimiento hacia ellos, teniendo la mejor relación posible.

C no se siente vista ni escuchada por su madre, además de sentirse poco respetada. La paciente desea ser acogida y aceptada por sus padres, pero no se atreve a ser ella misma, porque cuando ha mostrado ciertas facetas, ideas o vivencias suyas con sus padres ha recibido queja y rechazo de su parte que le han hecho sentir “mala hija”, sintiendo que les decepciona. Ejemplos de estas respuestas pueden ser el enfado a raíz de la experiencia vocacional con las monjas, o comentarios invalidantes e incluso humillantes de su madre como “Si, vete, que no tienes tiempo nunca para nosotros” en un día en el que C tiene mucho dolor de cabeza y necesita irse a dormir, o “A mí me habría gustado tener más hijos, pero con padecer el sufrimiento de C es suficiente”.

Respecto a su padre, ha estado recientemente ingresado en el hospital por insuficiencia respiratoria. Parece estar deprimido ya que presenta ciertos síntomas depresivos, aunque no ha sido diagnosticado. Toma escitalopram y un medicamento para aumentar el apetito, ya que tras el ingreso apenas come y está muy delgado. La paciente refiere sentir pena por su padre, al verlo tan débil y hartado también de tener que lidiar a diario con su mujer.

La paciente expresa que en la relación con sus padres siente un clima de urgencia familiar, de mucha demanda, que la agota y harta, la hace vivir en alerta, sin poder vivir tranquila y dificultándole conectar con ella misma. Sus padres se ponen nerviosos si no tienen conocimiento de qué hace C en el día a día y se saltan sus límites (como horarios de llamada establecidos), y demandan atención, favores y cuidado de forma exigente y con frecuencia. La paciente quiere poner límites, pero siente que necesita el permiso de sus padres y no un reproche para mantenerlo, porque si no se siente culpable y que les decepciona. Quiere pasar tiempo de calidad con ellos, ser su hija y no su cuidadora.

Al comienzo del proceso terapéutico, sus padres disponían de una asistenta que les cuidaba en su domicilio. Actualmente viven en una residencia de mayores, decisión que tomó C durante el

proceso de terapia y que contribuyó a la paciente a sentir cierta liberación. No obstante, y a pesar de que ya no tiene que cuidarles tanto como antes, ciertas demandas y la emoción de hartazgo que siente hacia ellos persiste. Puntualmente recibe ayuda de sus amigos o de su prima para hacerse cargo de sus padres cuando C tiene otro compromiso o no puede hacerlo ella misma.

En una sesión, a raíz del ingreso de su padre y hablando sobre el tema de la muerte de sus padres, se observó cómo ese duelo futuro la paciente lo ha ido pre-elaborando por su cuenta, explicando que es algo que ha pensado en ocasiones, que cree que le daría mucha pena que sus padres se muriesen, pero que lo afrontaría bien, y que en gran medida sería un descanso para ella. Le preocupa que se mueran, pero más que les pase algo que les haga estar peor de como están.

En lo relativo al autocuidado, C se siente muy descuidada. Siente que tiene que llegar a todo lo de los demás, dejando lo suyo en un segundo plano. Esto en la mayoría de ámbitos le ayuda a sentirse valiosa con los demás (trabajadora, sociable, etc.), pero con sus padres se siente demasiado harta como ya se ha mencionado. Su vida es poco organizada y caótica (por ejemplo, no tiene comida en la nevera, no tiene horarios y entra y sale con sus amistades sin preocuparse por su cansancio o bienestar). En la alimentación no se atiende, y acumula mucho cansancio levantándose de la cama pensando ya en volver a acostarse. Fuma mucho tabaco porque siente que lo necesita, pero no lo disfruta y está intentando dejarlo. Quiere cuidarse más, pero le preocupa que si cambia y deja el caos pueda perder capacidad de libertad y activismo, volviendo rígida y perdiendo su vida social, la cual es muy importante para ella.

C tuvo una pareja en 2005 (hace 18 años) durante cuatro meses, aunque esto nunca ha sido importante para ella. Refiere que estuvo con este novio “porque tocaba” pero no le atraía ni le aportaba. “Lo veía como una posibilidad de autonomía”. Ahora supone todo lo contrario, lo percibe

como un impedimento para su libertad, como una carga. No se ve con pareja, no lo echa en falta. No obstante, ha tenido “rollos de una noche”, aunque no muchos.

En cuanto al plano de las amistades, C tiene muchos amigos en diferentes ámbitos de su vida. Se trata de personas individuales o grupos pequeños (no de más de 4 personas) con las que la paciente siente que tiene mucha conexión, que son muy importantes para ella y un pilar fundamental en su vida. Sabe que puede contar con sus amistades y pedir ayuda, y en ocasiones pide ayuda a algún amigo para poder satisfacer una demanda de sus padres. Sin embargo, muestra dificultad para mostrarse triste o vulnerable, le preocupa coger un rol de víctima.

En cuanto al trabajo, muestra satisfacción por el mismo. C refiere ser una buena profesional, sus jefes están contentos con ella y hace un adecuado desempeño de sus funciones. Se relaciona con un clima de respeto, amabilidad y profesionalidad, pero también de asertividad, compromiso y valores. Esto destaca porque en el trabajo, C sí que se siente auténtica, que es ella misma y que puede decir las cosas que piensa con menos dificultad que con sus padres.

Por último, la paciente es una persona muy religiosa. Es voluntaria en la parroquia de su pueblo y está muy involucrada en acciones sociales y actividades que pueden hacer mejorar la vida de los demás. También es voluntaria dando catequesis en la cárcel. No obstante, su faceta religiosa en los últimos meses se ha visto reducida, cosa que a C le preocupa ya que no quiere descuidar esos aspectos que para ella son importantes.

Evaluación Inicial

Se muestran a continuación los resultados obtenidos de los cuestionarios administrados en la evaluación inicial de la paciente, que han sido previamente presentados en el apartado de “Metodología”.

- Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (Feixas et al., 2012): Las puntuaciones de cada dimensión evaluada se sitúan entre 0 y 40. En la dimensión de “Bienestar subjetivo” (W), que mide el grado de malestar general, la paciente obtiene una puntuación de 28, correspondiente al grado de “malestar severo” y superando por 18 el límite entre la puntuación clínica y no clínica. En la dimensión de “Problemas/Síntomas” (P), que valora ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos, la paciente obtiene una puntuación de 20, correspondiente al grado de “moderado-severo” y superando por 10 el límite entre la puntuación clínica y no clínica. En la dimensión de “Funcionamiento general” (F), que evalúa relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano, la paciente obtiene una puntuación de 12, correspondiente al grado de “medio” y superando por 2 el límite entre la puntuación clínica y no clínica. Por último, en la dimensión de “Riesgo” (R), que evalúa intentos de suicidio, autolesiones, y agresión a terceros, la paciente obtiene una puntuación de 10, correspondiente al grado de “medio” y superando por 10 el límite entre la puntuación clínica y no clínica.
- Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandín et al., 2008): Las puntuaciones obtenidas de la paciente son las siguientes: 10 en hostilidad; 7 en somatización; 10 en depresión; 6 en obsesión-compulsión; 11 en ansiedad; 3 en sensibilidad interpersonal; 0 en ansiedad fóbica; 3 en ideación paranoide y 2 en psicoticismo. Teniendo en cuenta que las

puntuaciones de cada dimensión evaluada se sitúan entre 0 y 20, resaltan como puntuaciones más altas las obtenidas en “ansiedad”, “depresión” y “hostilidad”.

- Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996): Las puntuaciones obtenidas no son baremos, sino que son interpretaciones orientativas. Las puntuaciones más elevadas de la paciente se encuentran en las dimensiones de “no asertivo (puntuación de 9), “autosacrificado” (puntuación de 9) y “no autoafirmativo” (puntuación de 8). Aunque las únicas puntuaciones que superan la desviación típica se encuentran en las dimensiones de “socialmente inhibido” y “distante emocional”, obteniendo puntuaciones significativamente bajas (un 1 y un 0 respectivamente).

Formulación Del Caso

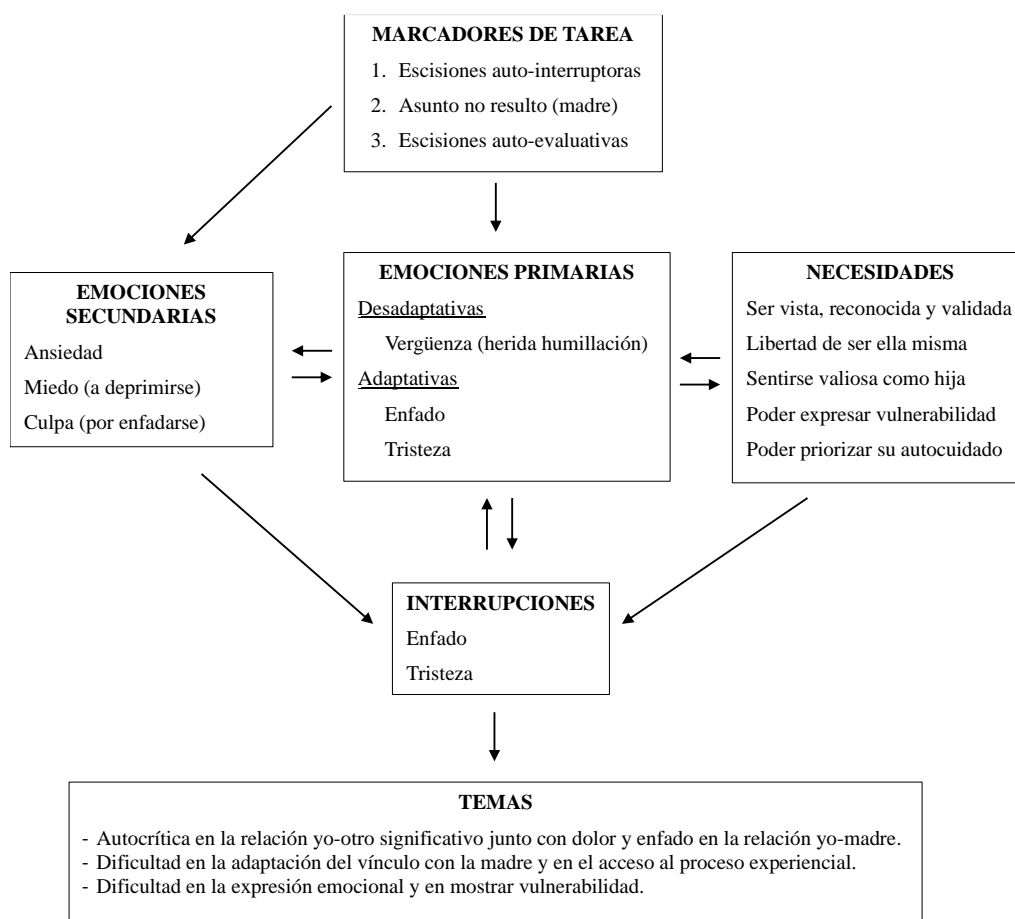
En el siguiente apartado se presenta un análisis la problemática del paciente en profundidad, tratando de dar explicación al origen, evolución y mantenimiento de la misma. Para ello, se seguirá el modelo de Formulación de Caso (FC) propuesto por Goldman et al. (2016), cuya perspectiva se basa en la Terapia Focalizada en la Emoción.

La FC en TFE es una actividad que se construye a lo largo del proceso de terapia, en el diálogo con el paciente, tratándolo en una relación igualitaria y observándolo como un sistema dinámico de auto-organización, en lugar de identificar patrones de conducta para los cuales existe una categoría y un tratamiento estandarizado. Es una formulación guiada por marcadores, en la que el terapeuta busca que el paciente evite la evitación y siga su dolor nuclear, ofreciéndole una presencia plena y una sintonización empática que sirva como apoyo para que sea el propio paciente el que sea experto del contenido de su propia experiencia y, por tanto, del proceso de formulación (Goldman et al., 2016).

A partir de las narrativas de base emocional que la paciente realiza a lo largo de las sesiones, se identificarán los esquemas de emoción desadaptativa nucleares que guardan relación con la temática del paciente y se analizarán las formas de auto-organización que promueven el desarrollo de sus principales dificultades. A continuación, se agrupa y presenta la información siguiendo el acrónimo MENSIT, el cual integra seis categorías: (M)arcadores de tarea, (E)mociones primarias, (N)ecesidades, emociones (S)ecundarias, (I)nterrupciones y (T)emas emergentes.

Figura 1

Mensit



En la figura 1 se encuentra el esquema del MENSIT. En primer lugar, se observan tres marcadores que reflejan estados de procesamiento emocional problemáticos de manera subyacente. El primer marcador se trata de una escisión autointerruptora, en la que una parte de C interrumpe la expresión emocional de tristeza y enfado, impidiendo procesar las emociones adaptativas, darlas significado y llegar a un adecuado nivel de consciencia emocional. A lo largo del proceso, en la medida en que la paciente ha ido confiando en el entorno seguro de la terapia y se ha ido trabajando la autointerrupción, ha ido permitiendo que aparezca el segundo marcador, sus asuntos no resueltos, que se observan en la expresión de un sentimiento recurrente y sin resolver hacia su madre. C describe la constante sobreprotección (“me venían a recoger, aunque dijese que no quería”, “se ponen nerviosos si no saben que estoy haciendo en el día a día”), demanda (“siempre me está llamando para pedirme algo, incluso aunque ella pueda hacerlo”), invalidación (“no cuento cosas de mi vida porque siento que no las aceptan”), y falta de empatía y valoración por parte de su madre (“no es capaz de ver que yo también puedo encontrarme mal, ni de valorar el esfuerzo que hago en muchas ocasiones”), aspectos que se mantienen en la actualidad como consecuencia del tipo de relación creada y que ponen en evidencia ese marcador. El último marcador se trata de una escisión autoevaluativa, en la que una parte de la paciente es crítica tanto en lo relativo a mostrarse vulnerable, situaciones en las que esa parte crítica la llama “víctima” o “quejica”, como en lo relativo al rol que desempeña en su familia, definiéndose como “mala hija” si deja de atender a su madre por atender sus cosas, o si su madre se enfada con ella.

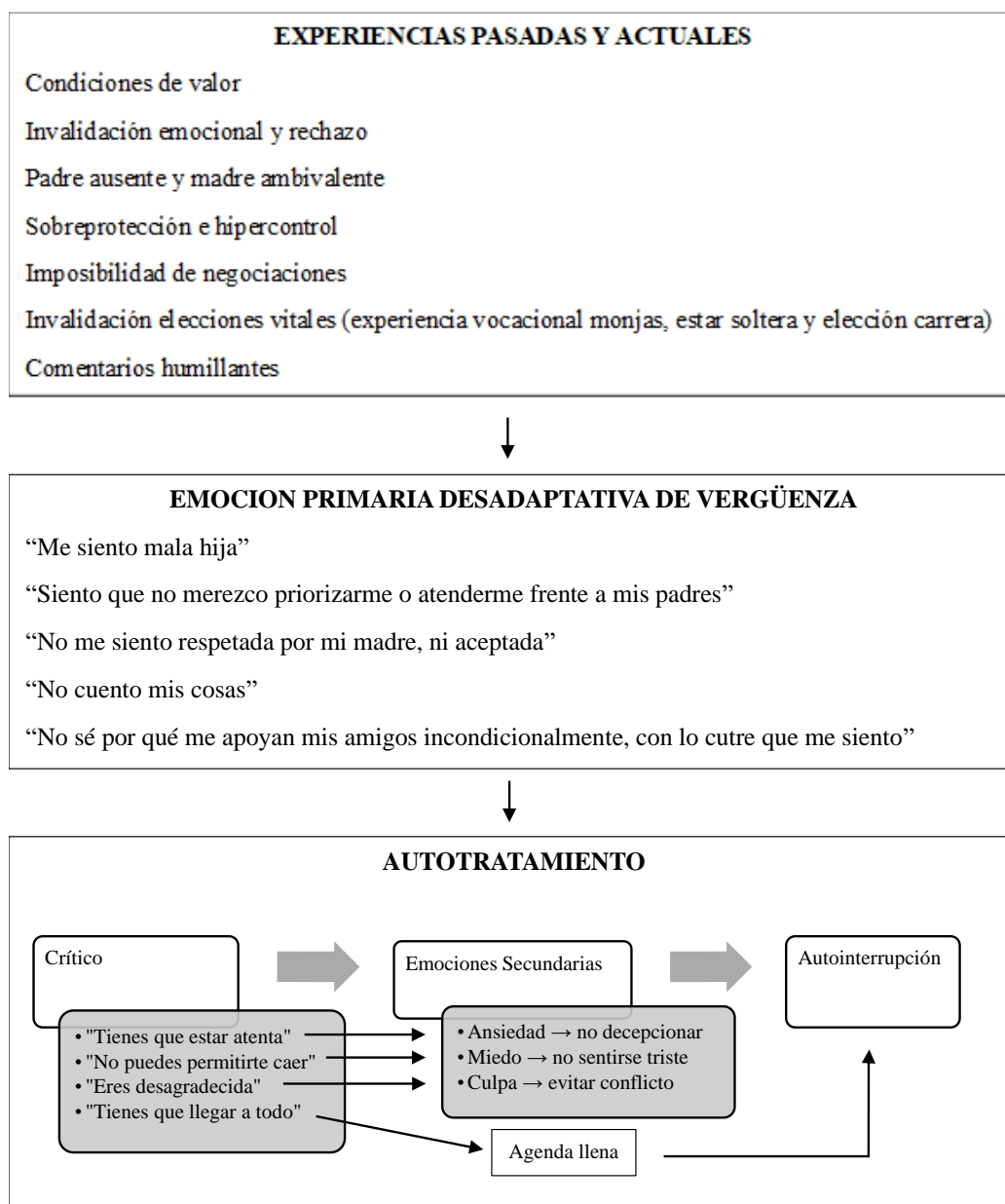
Los marcadores expuestos previamente dan lugar a la exploración de diversas emociones del proceso experiencial. La narrativa de la paciente expresa en un primer lugar emociones secundarias. Estas son: ansiedad (“me siento alerta, que no puedo vivir tranquila porque en algún momento me van a llamar y a pedir algo, o se van a enfadar, o va a ocurrir algún problema

inesperado que voy a tener que solucionar”); miedo a sentir tristeza (“hace unos años sufrí una depresión y deje de tener ganas de vivir, y aunque ahora vea la vida de otra manera, me da miedo que si se me afloja el ánimo me pueda quedar en ese estado y volver a vivir aquello”); y culpa (“no me gusta enfadarme, no me gusta ser así, y me siento culpable si me enfado con mis padres porque ellos tienen buena intención y lo han hecho lo mejor que han sabido”).

Estas emociones aparecen como respuesta ante los sentimientos y pensamientos generados por las emociones primarias, cubriendo el dolor nuclear como una forma de autotratamiento que la paciente ha desarrollado, proceso que será explicado más adelante. La emoción primaria desadaptativa subyacente que la paciente está encapsulando es la vergüenza, definida como “una forma de sentirse expuesta o carente de valor o dignidad” (Greenberg y Paivio, 1997). Las experiencias que han llevado a formar el esquema emocional de vergüenza desadaptativa, la expresión de esta emoción y el proceso de autotratamiento que la paciente realiza se exponen en la Figura 2.

Por otro lado, en la Figura 1 también puede observarse la existencia de emociones primarias adaptativas de enfado y tristeza. El enfado surge con la función de marcar un límite tanto a las demandas de sus padres, como a sus invalidaciones. La tristeza aparece con la tendencia a la acción de recogerse, ponerse en contacto con ella misma, reflexionar sobre las renunciaciones que ha tenido que hacer en su vida y sus objetivos y deseos vitales, también incita a procesar un posible duelo de la mirada y validación de sus padres. Al inicio del tratamiento estas emociones primarias adaptativas se interrumpían en seguida, con los procesos que han sido explicados anteriormente.

Estas emociones, tanto la desadaptativa como las adaptativas, surgen para cubrir unas necesidades concretas que la paciente irá aprendiendo a escuchar durante el proceso de terapia, para posteriormente poder satisfacerlas en la medida que sea posible, siendo este uno de los

Figura 2*Expresión de la vergüenza y autotratamiento*

objetivos principales del tratamiento. Estas necesidades se resumen en la Figura 1, y se irán materializando en algunas de las tareas descritas en el siguiente apartado.

Volviendo al proceso de autotratamiento que la paciente ha desarrollado, tanto el crítico interno, (contribuyendo al origen y mantenimiento de estas emociones secundarias, e incitándola a tener una vida repleta de actividades), como las autointerrupciones producidas por estas emociones fomentan una baja autoconsciencia emocional que impide a la paciente acceder a las emociones nucleares, dar significado a las mismas, procesarlas de manera desadaptativa y, por ende, no llegar a sus necesidades. La ansiedad la mantiene en un estado de activación que la ayuda a no decepcionar ni enfadar a su madre y volver a sentir la vergüenza de la humillación. El miedo a deprimirse impide conectar con la tristeza de sus pérdidas. Y la culpa impide sentir el enfado adaptativo, y por tanto evita el conflicto con su madre con el fin de no vivir una situación en la que poder volver a sentirse humillada. La interrupción del enfado puede estar protegiendo a la paciente de una realidad dolorosa en la que su madre ha tenido errores que han repercutido en su vida, o protegiendo a una madre del enfado de su hija de la que es dependiente. La interrupción de la tristeza protege a la paciente de conectar con el dolor que supone haber tenido que renunciar a experiencias vitales deseadas y a la dolorosa realidad de aceptar que es muy posible que su madre nunca la trate como ella desea.

El análisis realizado nos ayuda a diferenciar los temas centrales que se muestran en la Figura 1 y que se utilizarán como guía para establecer los objetivos terapéuticos y diseñar la intervención psicológica de la paciente, siempre de forma dinámica y flexible a los nuevos acontecimientos vitales que surjan durante el proceso.

Integrando todos los elementos del MENSIT, se podría verbalizar y co-contruir con el paciente la narrativa de su proceso siempre y cuando este vaya a poder comprenderla y asimilarla. En este caso, la narrativa podría ser algo similar a: *“Sentirse poco vista, valorada y respetada por tu madre es una experiencia muy dolorosa, y se esconde mucho sufrimiento detrás de haber tenido*

que renunciar en ocasiones a algo que querías vivir o contar a tus padres para no ser juzgada. Esa dolorosa herida de ser juzgada te ha enseñado a crear una voz interna que es crítica contigo misma en tu relación con tus padres y que, junto al hecho de buscar estar siempre ocupada, te protege de no sentir ese dolor. Necesitas poder expresar el enfado y el dolor enquistado en esa herida, así como las necesidades no satisfechas en la relación con tus padres, de modo que se le pueda dar un nuevo significado a la herida y pueda sanar”.

Tratamiento Y Curso

El modelo de intervención que se ha planteado en este Estudio de Caso aúna un despliegue terapéutico de corte Humanista, integrando componentes de la Terapia Focalizada en la Emoción, Terapia Centrada en la Persona, Terapia Existencial, Terapia Gestáltica y Psicodrama. Este modelo ofrece un marco basado en la aceptación incondicional del paciente, y la autenticidad, empatía, congruencia y presencia plena de los terapeutas, trabajando de forma experiencial y vivencial con el paciente para buscar la integración de emoción y significado basándose en la capacidad del paciente de crear un nuevo significado de la emoción activada (Greenberg, 2010), siempre desde una visión integradora del ser humano teniendo en cuenta tanto el intelecto como lo emocional, lo corporal y lo espiritual (Laverde, 2003). Por medio del tratamiento planteado, se pretende facilitar la transformación emocional, buscando que el paciente tenga un mayor nivel de consciencia de su mundo interno, y pueda generar un cambio. Por último, cabe destacar que la alianza terapéutica es esencial, haciendo del contexto de terapia y de la relación con el paciente un espacio de seguridad, aceptación, confidencialidad y no juicio, desde el cual buscar objetivos comunes.

En el centro en el que se ha realizado la investigación (UNINPSI) se ejerce terapia desde diversas corrientes (cognitivo-conductual, sistémica, psicoanálisis y humanista). Los pacientes que acuden en busca de ayuda psicológica pasan una evaluación inicial con la finalidad de valorar qué modelo terapéutico se ajusta más a su problemática y su demanda. Tras esta primera entrevista, los profesionales del centro que la realizaron consideraron el modelo mencionado previamente como el más adecuado para el tratamiento con C. Esto se debe, en primer lugar, a la experiencia en este modelo de la terapeuta principal de la investigación; en segundo lugar, a las preferencias del paciente, que expresaba una fuerte necesidad de ser aceptada y no juzgada en sus creencias religiosas y; en tercer lugar, a la efectividad de la TFE en el abordaje terapéutico de trastornos del estado de ánimo entre otros (Shahar et al., 2011 citado en Mata Pazos, 2019).

Las metas y los objetivos del tratamiento buscan lograr un mayor bienestar emocional y psicológico, se basan en los temas centrales obtenidos a partir del MENSIT de la formulación de caso y son los siguientes: En primer lugar, aumentar el grado de autoconsciencia y conexión emocional de la paciente con su propio mundo interno, disminuyendo las interrupciones; en segundo lugar, responsabilizar a la paciente de su problemática de manera que consiga mostrar una actitud de agencia en la que no eche la culpa a sus padres de sus asuntos personales y; en tercer lugar, fomentar la expresión de emociones primarias que orienten la conducta hacia la satisfacción de las necesidades subyacentes de la paciente. Posteriormente, a medida que fue avanzando el proceso terapéutico, fueron surgiendo nuevas metas que ir abordando como por ejemplo un posible duelo por su fallida experiencia vocacional o la preparación de un posible duelo futuro por la muerte de su padre tras su ingreso en el hospital.

En cuanto al formato del tratamiento, ha consistido en 20 sesiones terapéuticas de una hora de duración, con una periodicidad semanal, siendo los jueves de 19:00h a 20:00h, tanto de manera

presencial como online (aproximadamente la mitad de las sesiones en cada modalidad). Las sesiones han consistido mayoritariamente en entrevistas no estructuradas, en las que se trabajaba de forma dinámica con lo que el paciente trajese a sesión de forma activa.

En relación con el contenido de la intervención, la Tabla 1 muestra de forma esquemática la intervención llevada a cabo en el caso de C, siendo “S” la columna que indica el número de sesión. En el tratamiento, además de tener en cuenta los principios básicos de la terapia humanista ya mencionados, se ha valorado cada narrativa de C como una Experiencia Relevante, siendo necesaria y esencial la capacidad de sintonización empática de los terapeutas para lograr intenciones de respuesta experiencial, a través de la utilización de Tareas Basadas en la Empatía (Respuestas Empáticas). Estas respuestas son: reflejo, evocación, exploración, conjetura, afirmación y formulación experiencial (Greenberg et al, 1996). Además de las respuestas empáticas, para lograr los objetivos del tratamiento, se han utilizado técnicas que se encuentran fuera del marco teórico utilizado, como ejercicios de visualización, psicoeducación emocional, ejercicios de conexión corporal, técnicas de relajación y diálogos y visualizaciones con partes del self de la paciente.

Cabe destacar que las tareas activas se han llevado a cabo solo si se considera que van a ser beneficiosas para la paciente, teniendo en cuenta aspectos como el grado de vínculo terapéutico, la sobrecarga del paciente, o el tiempo restante de sesión. Por lo tanto, el orden de aparición de los marcadores no pauta necesariamente el ritmo de las tareas. Otro aspecto relevante en el discurso de la intervención ha sido el alto grado de implicación de C en el proceso, realizando las tareas, reflexionando entre sesiones, y acudiendo regularmente al centro salvo por causa justificada.

Tabla 1

Sesiones, temas/objetivos abordados e intervención realizada y técnicas

S	Tema	Objetivo	Intervención y técnicas
1	Se presenta y expresa el motivo de consulta.	Conocer su motivo de demanda, a la paciente y su historia. Ajuste de expectativas Crear un clima de alianza terapéutica y un espacio de aceptación incondicional y confianza que se tratará de mantener en las siguientes sesiones.	Encuadre Sintonización, afirmación y exploración empática Ejercicio de respiración para sostenerse y soltar lo compartido.
2	Historia familiar y habla de sus padres.	Aumentar la autoconsciencia emocional. Evocar la emoción primaria.	Sintonización, afirmación y exploración empática Ejercicio de “Descansar en el sillón” (se le afloja el ánimo y deja salir la tristeza y el cansancio)
3	Relación ambivalente de la madre. Historia de la vida de su madre. Sentimiento de hartazgo con su madre por sus demandas.	Validar la experiencia. Significar la emoción.	Sintonización, afirmación y evocación empática. Psicoeducación del enfado. Ejercicio de conexión con las sensaciones corporales.
4	Habla de su infancia, de la sobreprotección y la relación con sus padres.	Crear una narrativa coherente y conectada.	Respuestas empáticas. Intervenciones en las que se conectan diferentes

	<p>Consigue ir viendo un hilo conductor y como en el presente hace cosas que no quiere por los demás. Quiere tener la sensación de una vida unificada, ser una misma.</p>	<p>Aumentar la autoconsciencia emocional.</p> <p>Acoger y validar el miedo a deprimirse, resignificándolo.</p>	<p>aspectos de su vida pasada con aspectos presentes.</p> <p>Ejercicio de “Descansar en el sillón” (sale el miedo a deprimirse).</p> <p>Psicoeducación de la tristeza.</p> <p>Ejercicio de “separar a la niña de la adulta” (su yo niña no ha sido vista, que lo haga C desde la adulta).</p>
5	<p>Demanda recurrente de sus padres. Cansancio asociado, hartazgo.</p> <p>Miedo a poner límites por la reacción de sus padres.</p>	<p>Validar el miedo y el enfado que trae.</p> <p>Motivar en el proceso.</p> <p>Aumentar la responsabilidad de la paciente, dotar de agencia.</p>	<p>Respuestas empáticas.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Psicoeducación emocional</p> <p>Mensajes de acompañamiento y motivación: “te vemos y estamos contigo a tope en esto”</p>
6	<p>Mucho cansancio y descuido en lo propio.</p> <p>Agobio de C por el bienestar de sus padres, por no llegar a sus demandas.</p> <p>Darse cuenta de que tratan (C y su padre) a la madre como una niña</p>	<p>Aumentar consciencia de necesidades propias.</p> <p>Valorar la urgencia de sus requerimientos (baja).</p> <p>Acompañar emocionalmente.</p> <p>Valorar los avances en el intento de poner límites.</p>	<p>Dar pautas: “hacer un <i>planing</i> de que tiempos necesitas o puedes tener”.</p> <p>Refuerzo de su proceso: “Que bien que estas formas se puedan estar expresando”.</p> <p>Respuestas empáticas y escucha activa.</p>

	<p>porque le dan todo lo que demanda, manteniendo el problema. Va siendo consciente de la importancia de los límites. Pero expresa que sus padres no los respetan.</p>	
--	--	--

7	<p>Darse cuenta de la relación con sus padres en el presente y en el pasado. Conecta eso con el tema de sentirse muy descuidada.</p>	<p>Aumentar consciencia de necesidades propias. Medir el bienestar de la paciente y evaluar las dimensiones clave de la relación terapéutica. Fomentar el poder ser vulnerable, y la expresión emocional.</p>	<p>Tarea para casa de “tengo que”, “quiero” y “elijo”. Pasar escalas: <i>Outcome Rating Scale</i> (ORS) y <i>Session Rating Scale</i> (SRS V.3.0)</p>
---	--	---	---

8	<p>Estuvo realizando la tarea, cuenta como fue para ella. Lo conecta con la experiencia vocacional de las monjas. Vio la necesidad de descanso y calma. expresa sentirse mejor, pero con falta de autocuidado. Darse cuenta de que llega a todo lo de los demás, pero no lo propio.</p>	<p>Analizar la tarea para casa de “tengo que”, “quiero” y “elijo”. Acompañamiento en la elaboración del posible duelo de la experiencia vocacional con las monjas. Afianzar el insight de su falta de autocuidado.</p>	<p>Hacer tarea de “tengo que”, “quiero” y “elijo” en sesión. Evocación empática para activar la tristeza del duelo, y demás respuestas empáticas de intención experiencial con la vivencia de la paciente. Reforzar los avances del proceso y enfatizar la importancia de atender sus necesidades.</p>
---	---	--	--

9	<p>Ingreso de su padre. No reconocimiento de su esfuerzo por parte de sus padres. Pero cuenta pequeños avances en la búsqueda de atención de sus necesidades. Habla de cómo son sus relaciones y el trato con los demás.</p>	<p>Trabajar el duelo por la posible muerte de su padre debido al ingreso. Autoconsciencia de la diferencia en el trato con los demás y consigo misma, buscar que se permita el descanso y el autocuidado sin autoexigencias.</p>	<p>Exploración empática del tema del duelo, y respuestas empáticas de intención experiencial con la vivencia de la paciente. Refuerzo de proceso: “que bien que hayas podido pararte a escucharte y también poner el límite”. Pautas: “ciérrale la puerta a la exigencia”</p>
10	<p>Sobrecarga emocional y de tareas. Mucha presión por llegar a todo. No se permite descansar. Dificultad de poner límites.</p>	<p>Seguir trabajando el posible duelo. Fomentar la expresión de la vulnerabilidad. Trabajar en los límites teniendo en cuenta sus dificultades.</p>	<p>Exploración empática del tema del duelo, y respuestas empáticas de intención experiencial con la vivencia de la paciente. Refuerzos: “está muy bien que cuando no puedes te apoyes en los demás”. Pautas: “puedes poner límites poniendo alternativas para que sean límites firmes pero desde el amor”</p>
11	<p>Desgaste y desesperanza con su madre. Se juzga por su falta de paciencia.</p>	<p>Trabajar en los límites teniendo en cuenta sus dificultades.</p>	<p>Reflejo del enfado y psicoeducación de su función.</p>

	<p>Enfado con sus padres, expresado desde otros términos.</p> <p>No pone límites, necesita el permiso de sus padres para poder ponerlos.</p>	<p>Aumentar la consciencia del crítico interno.</p> <p>Aumentar la consciencia y expresión de sus emociones primarias.</p>	<p>Afirmar su paciencia, resaltar la presencia de la voz crítica.</p> <p>Respuestas empáticas de sus emociones.</p> <p>Pautas: “No te enganches ahí donde quiere la voz crítica, permítete el límite”</p>
12	<p>Susto con su padre, se desmayó. Le preocupa a C que le pase algo y se quede en peor estado.</p> <p>Agotamiento emocional, sentimiento de “prisión” con sus padres.</p>	<p>Acompañamiento emocional.</p> <p>Responsabilizar en la búsqueda de soluciones.</p> <p>Resaltar la importancia del autocuidado.</p> <p>Fomentar un aumento en la autoconsciencia de su emoción primaria desadaptativa.</p>	<p>Respuestas empáticas de sus emociones.</p> <p>Valorar residencia para sus padres.</p> <p>Tarea de las dos sillas: sobreprotegida – auténtica.</p>
13	<p>Decisión definitiva sobre la residencia con sus padres, cuenta como ha sido el cambio.</p> <p>Darse cuenta de sus propios avances y las herramientas con la que cuenta.</p> <p>Hartazgo con su madre, es muy poco dócil.</p> <p>Puso límite estableciendo horario de llamada con sus padres.</p>	<p>Reforzar avances</p> <p>Dar agencia. Fomentar la toma de decisiones por ella misma sin miedo a la reacción de su madre.</p>	<p>Valorar su capacidad y poder de decisión.</p> <p>Reforzar el límite que estableció. Y la valentía de tomar la decisión de la residencia.</p> <p>Pautas que fomentan la decisión de la C “auténtica”: “Lo que me parece importante es que pienses lo tuyo y luego ya escucharás lo de ellos”</p>

	Darse cuenta de que su vida es más que el cuidado a sus padres.		
14	Mucho cansancio y poca productividad. Cuenta sobre su red de apoyo con más detalle, sus amistades. Habla del caos de vida que lleva.	Ayudar a relativizar los problemas. Hacer más consciente su voz crítica, fomentar que se permita menos productividad en ciertos momentos. Reflexionar sobre ¿qué pasa si deja el caos?	Respuestas empáticas. Resaltar su crítico y valorar el autocuidado. Pautas: “Yo dejaría esto reposar y ver que es esta libertad, esa reivindicación y esa búsqueda de libertad”.
15	Siente mucha pena por su padre y mucha ira por su madre. Preocupación por el bloqueo y la tristeza que siente. No se permite estar triste.	Procesar las emociones desmedidas que le provocan sus padres. Resaltar que acoge la tristeza de todo el mundo, pero no la propia, no se la permite.	Ejercicio de integración de todas las partes de sí misma mediante visualización de dos de ellas dialogando (parte triste - parte profesional).
16	Quiere tener buena relación con sus padres, siente más paciencia, pero su madre no la ve, no la escucha, es ambivalente. No quiere quedarse bloqueada. Miedo a perder el activismo si para a escucharse.	Fomentar que pueda integrar las diferentes partes de su self, añadir las partes que no se habían nombrado, para conectar con la mirada de aceptación hacia ellas. Fomentar la expresión de las emociones primarias.	Continuación del ejercicio de integración de todas las partes de sí misma mediante visualización, con el resto de partes. Concentración en las emociones, en concreto la aceptación hacia esas partes.

17	Se tomó permiso para descansar y ver una serie. Va viendo su tristeza desde una postura más realista y estable. Se siente mejor, quiere dejar el resentimiento y vivir desde su parte adulta.	Prestar atención a las emociones y acompañarlas. Reforzar el autocuidado.	Concentración corporal en la sensación de alegría y liberación. Respuestas empáticas.
18	Habla de su infancia, vincula mucho más las experiencias actuales con las pasadas. Se siente mal consigo misma por no cumplir con las tareas que se propone. Siente cansancio y desorganización.	Resaltar su voz crítica y explorar sus creencias. Contribuir a desarrollar continuidad narrativa. Aumentar la consciencia sobre cómo sin límites hacia fuera es muy difícil conseguir las metas personales. Sentirse acompañada.	Ejercicio: Ser buena hija. Hablar sobre límites. Respuestas empáticas.
19	Habla de cómo rara vez ha tomado decisiones propias como hija. Habla de la sobrecarga de cuidados a sus padres sin recibir amor de vuelta y sin haberlo elegido. Se siente triste, ve que nunca ha podido ser niña.	Fomentar la expresión de emociones primarias. Aumentar la autoconsciencia emocional. Aumentar consciencia de las reacciones emocionales con sus padres y el por qué. Dar agencia, poner el foco en la meta del paciente de ser auténtica.	Respuestas empáticas. Escucha activa. Acompañar en las emociones primarias. Responsabilizar.
20	Se siente más auténtica. Se permitió el otro día estar triste. No tiene	Reforzar y valorar avances. Preguntar al final de la sesión en que siente que ha cambiado	Silla de asunto no resuelto con la madre

<p>miedo a la depresión ya, y si se siente mejor, para la aunque si miedo a que le caiga malestar por sus padres. Muestra emoción primaria con su madre (marcador de tarea de silla de asuntos no resueltos).</p>	<p>y si se siente mejor, para la investigación, como medida cualitativa. Atender al marcador de tarea y realizar la silla.</p>	<p>Se reflejan los avances observados en el proceso de terapia, desde la primera sesión.</p>
---	--	--

A continuación, se van a explicar con mayor detalle las técnicas empleadas durante las sesiones terapéuticas en el proceso de C.

Sesiones 2 y 4: Descansar En El Sillón

Se invita a la paciente a que se siente en un butacón reclinable que hay en la sala de sesiones y se le guía a parar y llevar la atención a las sensaciones corporales con el fin de cortar el discurso, bajar la actividad corporal y evocar emociones subyacentes que están siendo tapadas por el vivir de C en el hacer y en las tareas, trayéndolas a sesión para que se pueda hablar de ellas, para que pueda permitírse las e ir procesándolas paulatinamente. También se utiliza como ejercicio para que le pierda el miedo a sentir las emociones, conectando con ellas en un espacio seguro, y demostrando como tras el ejercicio puede volver a regularse.

Sesión 7: “Tengo Que”, “Me Gustaría” Y “Elijo”

La tarea consistió en relatar una lista de tareas que “tiene que hacer”, otra de tareas que “le gustaría” y de ahí elegir lo que quiere. El objetivo de la tarea es que tome consciencia de la poca prioridad que tiene ella y sus deseos en su vida.

La paciente hizo una lista mucho más larga de “tengo que” que de “me gustaría”, y comentaba: “Los tengo que los tengo que hacer mañana sí o sí, pero los me gustaría a ver cuándo los hago...”. C se dio cuenta de su alta autoexigencia para los demás y el poco hueco que tiene su autocuidado.

Sesión 12: Dos Sillas “Sobreprotegida” Y “Auténtica”

C se ha sentido muy invadida por su madre, pero se da cuenta que no está enteramente invadida, y esto le sorprende. Existen dos partes dentro de sí misma, a las que le pone nombre. De ahí surge la tarea, hay una parte llamada “Auténtica” que no está bajo la invasión de su madre, al contrario que su parte “Sobreprotegida”. Esta última siente un poco de miedo y se siente anulada, es más joven, tiene 18 años aproximadamente. Por el contrario, Auténtica esta vestida cómoda, con algo divertido y colorido, y tiene 30 o 40 años.

Durante el ejercicio, las dos partes hablan entre ellas. Están sentadas en sillas orientadas hacia la otra, entre las que C va alternando para adoptar la postura de una u otra con el fin de establecer diálogo entre ellas. Auténtica siente pena por Sobreprotegida porque no se siente ella misma porque sus padres y las expectativas de los demás le pesan mucho. Le dice “si no haces tu vida no te la va a hacer nadie”. Le cuesta decirle cosas porque sabe lo que vive y la comprende, pero le dice “sal fuera, espabila”, “se libre”. Sobreprotegida intenta ser libre todo el tiempo, aunque tampoco está tan presa porque se toma sus tiempos y sale con sus amigos; intenta ser Auténtica, pero se siente mal cuando lo es y tiene miedo de que su madre le diga algo, que vuelva la palabrería y los gritos que le hacen daño.

C termina en la silla Auténtica por decisión propia. Le sorprende que hay una parte de sí misma que no está invadida y también la pena que le inspira la otra parte suya, la Sobreprotegida.

También siente empatía y mucho amor por ella, porque ve que está atrapada y, aunque al principio la miraba con un poco de vergüenza, puede mirarla desde la ternura y el amor porque sabe que su vida no es fácil. Este ejercicio permite a C ser más consciente sobre sus emociones primarias y tomar agencia en el proceso.

Sesión 15: Integración De Todas Las Partes De Sí Misma

Durante la sesión se observó que la paciente no acoge su propia tristeza y que le da mucho miedo quedarse permanentemente en dicha emoción. El objetivo de esta técnica es que vea todas las partes que la componen a ella misma, que no solo existe la parte alegre y optimista, sino que hay todo un abanico de emociones y de partes diferentes dentro de ella que no ve o no acepta. Las partes que se sacaron fueron: la tristeza (la cual no le gusta, porque dice que bloquea a las demás partes), el enfado, la parte profesional (funciona bien y es segura), la parte relacional (es divertida y de descanso, disfrutar y compartir), la parte espiritual (la cual ahora está un poco congelada y menos presente en su vida), y la activa (que resuelve los problemas y no para quieta y en la cual se siente muy cómoda).

Mediante un ejercicio de visualización, todas fueron sentadas en una mesa redonda donde podían verse entre ellas. Más tarde se le preguntó a la paciente si podía dirigirse desde la tristeza que sentía en ese momento a cada una de las partes y decirles que necesita de ellas. Luego se le preguntó que, de todas las partes que se nombraron, con cuál le pedía el cuerpo que la tristeza se encontrase. C dijo que con la segura y enérgica. Entonces se le guía para que imagine a la parte profesional y segura en frente suyo para dialogar con ella, y la visualiza sentada en su mesa de trabajo llena de papeles. C desde la tristeza le dice que necesita tiempo y aflojar, que quiere estar más relajada y no tener que dar todo de sí misma en todo momento, pero que le da miedo dejarse algo importante, o quedar como una mala profesional. En este momento su parte profesional se da

cuenta de que le dice a todo el mundo que afloje el ritmo y no se preocupe, pero no a sí misma, no se lo permite. Se da cuenta de que debe cuidarse, que es lo que necesita y que es humano hacerlo, y sale de ella el permitirse cuidarse.

En la sesión 16, se continuó con la visualización, poniendo a todas las partes de C sentadas en una mesa, presentándose unas a otras. En esta ocasión se pretendía sacar partes que no habían sido nombradas anteriormente y que la paciente consideraba que debían estar en la mesa con las demás. Estas partes son: la parte compasiva y amorosa (la cual se da mucho hacia los demás, pero apenas a sí misma) y la parte que ve lo que hace bien y a la que le salen las cosas.

La primera parte está más callada, lo que es admitido por C, y se le invita a la parte triste a que se fije en ella y que la vaya integrando hacia sí misma, lo que le cuesta en un principio. C expresa sentir que esta parte está muy unida a la triste y a la espiritual, ya que siente que las tres van de la mano y se cuidan. Al hablar de esto le aparece el rostro de las personas a las que atiende en su trabajo, de las que recibe amor. Siente esa mirada de amor y aceptación que no le pide nada, y le emociona que ella no tenga que hacer nada para ser querida y aceptada. En ese momento menciona: “me he dado cuenta de que lo que creo de la gente no me lo creo en mí”. Comienza a hablar con su parte triste y le dice “somos una, somos la misma, yo te cuido, no tengas miedo que no hace falta hacer nada y si sientes que no tienes fuerzas no es necesario sobreesforzarse. Si tú no estuvieras no seríamos humanas, porque las cosas que queremos a veces nos dan tristeza. Yo soy mi casa de acogida, acojo a mucha gente, y quiero acogerme a mí misma también”.

Ve que se pierde a sí misma en el activismo, en estar haciendo cosas constantemente y que no para a estar consigo misma y descansar. Sabe que puede volver a casa para hacerlo, y es consciente de que le cuesta volver porque eso significa notar la tristeza que tanto rehúye.

A través de este ejercicio se busca que la paciente pueda integrar las diferentes partes de su self y aceptarlas para reparar la escisión. Además, se busca sanar el miedo desmesurado a conectar con la tristeza y aumentar la consciencia de sus necesidades.

Sesión 18: “Ser Buena Hija”

Se le pidió que escribiera cómo fue su infancia y que es lo que ella considera que es “ser una buena hija” como tarea para casa.

Siente que no ha sido auténtica en su infancia, en casa siempre ha tenido que hacerlo todo bien y no rechistar. Ha sido rebelde fuera, pero en casa siempre ha sido o ha intentado ser buena hija, sin contar problemas a sus padres para que no sufrieran. Cuenta que ansiedad ha tenido siempre, que comía a escondidas y que se ha arrancado el pelo y orinado en la cama hasta los 14 años aproximadamente.

Para ella ser buena hija es: “no defraudar a pesar de sus propias necesidades” (que sus padres estén contentos, que nadie les diga nada malo sobre ella, que saque buenas notas, que sea buena estudiante, etcétera), “que su madre no le monte el show, que no sufra, y no dejar las cosas de su madre por atender sus propias necesidades”.

El ejercicio permite a la paciente conectar experiencias pasadas con actuales, dándose cuenta de que ella cuidaba a sus padres y a la vez recibía una sobreprotección por su parte que no deseaba, sin poder ser más independiente ni tener capacidad de elección sobre su propia vida. También le permite darse cuenta de sus creencias de lo que es para ella ser una buena hija, y la incongruencia que hay en su definición.

Sesión 20: Silla De Asunto No Resuelto Con Su Madre

La intervención consistió en una tarea de silla de asuntos no resueltos, siguiendo el modelo de tarea de la TFE. La paciente comenzó en la silla del self, imaginando a su madre sentada en frente, definiendo su actitud y expresando el cansancio que le hacía sentir. Al cambiar de silla, la madre tomo un rol estricto y expresó frases invalidantes como: “no quiero que tengas marido”, “tienes que sacar buenas notas” o “déjate de tanta religión”. Una vez se sentó de nuevo en la silla del self, C dijo “me importa lo que me dices, aunque me gustaría que no”, y se le fue acompañando para que pudiese expresar su tristeza y su enfado a su madre, llegando a conseguirlo sin sentirse mala hija por ello. La madre no cambió en sus deseos, y se resaltó este rechazo. Por último, en la silla del self, la paciente fue capaz de comprender y perdonar a la madre. Expresó que su madre no lo había hecho bien pero que no tenía mala intención, y empezó a renunciar a esperar esas validaciones de su madre, comprendiendo que debe poner límites, aunque con dificultades para verse haciéndolo.

Resultados Del Tratamiento

En este apartado se presenta la integración de los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, en relación a los mecanismos de cambio y a la eficacia de la intervención. A continuación, en la Tabla 2, se expone una comparación entre las puntuaciones obtenidas por la paciente en los cuestionarios administrados en tanto en la evaluación inicial como tras 20 sesiones de tratamiento.

Tabla 2*Comparación de las medidas pre-post de los cuestionarios administrados*

Cuestionario	Dimensiones	Resultados	Resultados
		pre	post
CORE-OM	Bienestar subjetivo (W)	28	15
	Problemas/Síntomas (P)	20	13
	Funcionamiento general (F)	12	8
	Riesgo (R)	10	2
	Total	16	9
	Total menos riesgo	18	11
SA-45	Hostilidad	10	1
	Somatización	7	2
	Depresión	10	5
	Obsesión-compulsión	6	5
	Ansiedad	11	5
	Sensibilidad interpersonal	3	4
	Ansiedad fóbica	0	0
	Ideación paranoide	3	2
	Psicoticismo	2	1
IIP-32	Socialmente inhibido	1	1
	Distante emocional	0	0
	No asertivo	9	5
	Autocentrado	2	2
	Dominante	5	1
	Demasiado abierto	7	8
	Autosacrificado	9	9
	No-autoafirmativo	8	7

Analizando los resultados cuantitativos obtenidos, se observa una clara evolución favorable de la sintomatología de la paciente tras 20 sesiones de tratamiento. Del SA-45, destaca especialmente la disminución de las puntuaciones de las dimensiones “Hostilidad”, “Somatización”, “Depresión” y “Ansiedad”. En el CORE-OM, las puntuaciones de todas las dimensiones han disminuido notablemente, situándose las dimensiones “Bienestar subjetivo (W)”, “Problemas/Síntomas (P)”, y “Riesgo (R)” más cerca del límite entre la puntuación clínica y no clínica según los baremos encontrados en la población española, y encontrándose actualmente dentro de las puntuaciones obtenidas en muestras de población no clínica la dimensión “Funcionamiento general (F)”. En el IIP-32, la mayoría de puntuaciones no han mostrado cambios significativos. Se aprecia una mejoría en asertividad, y una disminución en dominancia. Las gráficas que representan las puntuaciones de los cuestionarios se exponen en ANEXO 1.

Comprobando la primera condición del estudio de significación clínica del cambio de Jacobson y Truax (1991), que consiste en que, al finalizar el tratamiento, el cambio en las puntuaciones del paciente lo sitúe dentro de las obtenidas en muestras de población general, no se puede considerar que el tratamiento del estudio disponga de eficacia clínica significativa, ya que únicamente la dimensión de “Funcionamiento general (F)” del CORE-OM se encuentra en ese baremo pasadas 20 sesiones. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, no se concluye que esta significación sea definitiva, como se explicará en el apartado de discusión.

Los resultados de favorable evolución de la sintomatología de la paciente también coinciden con la observación cualitativa. La propia paciente, a la pregunta de si ha notado cambio o mejoría desde el inicio del tratamiento, refiere verse muy distinta. *“Al principio sentía que no podía más con todo, ahora siento que vivo las cosas con mucha más claridad, soy más consciente de mis emociones, que me pasa, algo que pueda hacer, y me veo como más realista. Está el tema*

de mi madre que todavía me cuesta y siento que necesito tiempo, pero ya lo vivo distinto, ahora aun que me duela suelo darme cuenta de que son cosas tuyas y que no es por mí, que es como una niña pequeña”. Esta percepción personal es compartida por el equipo terapéutico, y se evidencia en el cambio de narrativa de la paciente, en su aumento de autoconsciencia y expresión emocional, y en pequeños pasos hacia la búsqueda de atender sus propias necesidades y su cuidado personal (como empezar a dejar de fumar, dejar a sus padres en una residencia, cuidar mejor su alimentación, permitirse ver una serie, o pedir venir a sesión en formato online algunas semanas para poder descansar y no tener que venir a Madrid desde Ciudad Real).

Atendiendo al Outcome Rating Scale (ORS) (Miller y Duncan, 2000), los resultados no muestran mejoría en ninguna de las 4 dimensiones, e incluso empeoran. Esto contradice los resultados anteriores, y puede explicarse tanto por el aumento de consciencia y expresión emocional de la paciente a lo largo del tratamiento, como por sus creencias de que si se queja se la puede ver como una víctima. La propia paciente, al mostrarle los resultados mencionó: *“Creo que la otra vez no era tan consciente de cómo estaba porque me encuentro claramente mejor”*. Los resultados del ORS se muestran en el Anexo 2.

Cabe destacar que los resultados obtenidos se han logrado también gracias a los factores internos de la paciente y a la fuerte alianza terapéutica lograda. Respecto a lo primero, la actitud de la paciente ha sido un factor esencial en los mecanismos de cambio. C siempre ha mostrado un alto grado de implicación en el proceso y adherencia al tratamiento, realizando las tareas, reflexionando entre sesiones y acudiendo regularmente al centro salvo por causa justificada, demostrando una gran fortaleza interna en el afrontamiento del dolor que podía sufrir al abrir su consciencia a su mundo interno. Respecto al vínculo, se utilizó la Session Rating Scale (SRS) (Miller et al., 2000), con el fin de evaluar la calidad de la alianza. La paciente siempre ha marcado

puntuaciones máximas, indicando el logro de un buen vínculo, lo que concuerda con lo observado por el equipo terapéutico. La alianza pudo ser, al igual que los factores internos de la paciente, un aspecto esencial en el proceso de cambio, ya que incluso en los momentos en los que la paciente se encontraba más asustada, triste y desesperanzada, mostraba confianza hacia los terapeutas para alcanzar los objetivos de la terapia. Los resultados del SRS se muestran en el Anexo 3.

Discusión

El presente Estudio de Caso ha tenido como objetivo valorar la adecuación de la intervención utilizada y el grado de ajuste a la evidencia disponible, para documentar sobre la posible eficacia de la misma y contribuir en la ampliación de datos sobre la efectividad clínica de este modelo de terapia. Atendiendo a ello, en este apartado se busca exponer las fortalezas y debilidades encontradas en la aplicación del tratamiento, su grado de adecuación a la bibliografía existente, las limitaciones encontradas en el estudio, y plantear recomendaciones que sirvan de ayuda para futuras investigaciones similares.

El tratamiento utilizado se aplicó con la intención de mejorar el estado de bienestar de la paciente y disminuir su sintomatología problema. Para ello, como objetivos clínicos, se buscó responsabilizar a la paciente de su problemática de manera que consiga mostrar una actitud de agencia, fomentar la expresión de emociones primarias que orienten la conducta hacia la satisfacción de sus necesidades subyacentes, y aumentar el grado de autoconsciencia y conexión emocional de la paciente con su propio mundo interno, disminuyendo las interrupciones.

Se puede observar como la forma en que el afrontamiento en terapia de una situación de desgaste emocional a través, tanto de la toma de agencia, como de la búsqueda de toma de

autoconsciencia a través del experimentar y de la expresión y re-significación de las emociones, muestra resultados favorables en la paciente, fomentando el desarrollo de un proceso de atravesar dolores nucleares en la vinculación con los progenitores en el que la paciente pueda encontrar su auténtico self en la relación y llegue a alcanzar la posibilidad de satisfacer sus necesidades emocionales subyacentes, generando un mayor estado de bienestar.

La recogida y análisis de los datos obtenidos de forma cualitativa se complementan con los cuantitativos para confirmar la hipótesis inicial de la presente investigación. Concluyendo que un tratamiento de corte Humanista Integradora contribuye a una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa en la paciente del estudio.

Los resultados favorables logrados con el tratamiento pueden explicarse a través de la bibliografía existente, ya que la intervención se ha basado en diferentes constructos teóricos y en técnicas con evidencia empírica demostrada, siendo estos: (1) los principios básicos Rogerianos de escucha activa y empática, aceptación positiva incondicional y congruencia del terapeuta (Barceló, 2012); (2) la importancia de los factores comunes en el cambio terapéutico (Norcross y Lambert, 2018); (3) la reestructuración de esquemas emocionales disfuncionales (Caro y Hornillos, 2015) y; (4) la eficacia de las tareas basadas en la empatía, las tareas relacionales y las enactivas (Greenberg et al, 1996).

Además, los resultados obtenidos concuerdan con los encontrados en otros estudios que muestran evidencias tanto de la eficacia de la intervención humanista en trastornos emocionales, (Núñez Pujadas, J., 2022) como de la TFE (Caro y Hornillos, 2015; Vilches Aguilera, C., 2022). Cabe destacar también que el tratamiento utilizado en el estudio no puede aportar evidencia de resultados de eficacia clínica significativa, ya la investigación no cumple la primera condición del estudio de significación clínica del cambio de Jacobson y Truax (1991), explicada en el apartado

de resultados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el presente estudio, al ser un TFM, se ha tenido que finalizar antes de que el tratamiento haya concluido, y todas las puntuaciones del CORE-OM y del SA-45 han disminuido, por lo que existe la posibilidad de que con la continuación del tratamiento unas nuevas puntuaciones del paciente se pudieran situar dentro de las obtenidas en muestras no clínicas.

En lo relativo a las limitaciones del estudio, cabe destacar este hecho de que la presentación de la investigación se realice de manera previa a la finalización del tratamiento, la cual impide obtener unas conclusiones más adecuadas sobre su eficacia. A esto se suma la amenaza a la validez de la investigación existente, debida al posible riesgo de excesivo subjetivismo a la hora de analizar y extraer las conclusiones de la investigación en el que se puede caer al realizar un estudio de caso único.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se propone la réplica de tratamientos similares con el fin de corregir el posible sesgo del observador del estudio de caso único, así como realizar investigaciones que puedan contemplar el proceso completo, monitorizando el seguimiento y aportando evidencias significativas a su eficacia y efectividad.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Anchía, R. J., y del Valle Caraballo, C. (2016). Emociones y mociones: aportaciones desde la terapia focalizada de la emoción. *Manresa: Revista de Espiritualidad Ignaciana*, 88(349), 341-352.
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 123-160.
- Bourbeau, L. (2017). *La sanación de las 5 heridas*. EDITORIAL SIRIO SA.
- Barkham, M., Hardy, G. E. y Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35
- Cañero-Pérez, M. (2018). La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales. *Calidad de vida y salud*, 11(1), 10-20.
- Caro, C., y Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94.
- Crasny Zyman, D. (2021). *Sobre la vergüenza*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas] <http://hdl.handle.net/11531/50827>
- Feixas G., Evans, C., Trujillo, A., et al. (2012). La versión española del COREOM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure [Spanish version of the CORE-OM]. *Revista de Psicoterapia*, 89, 109–135.

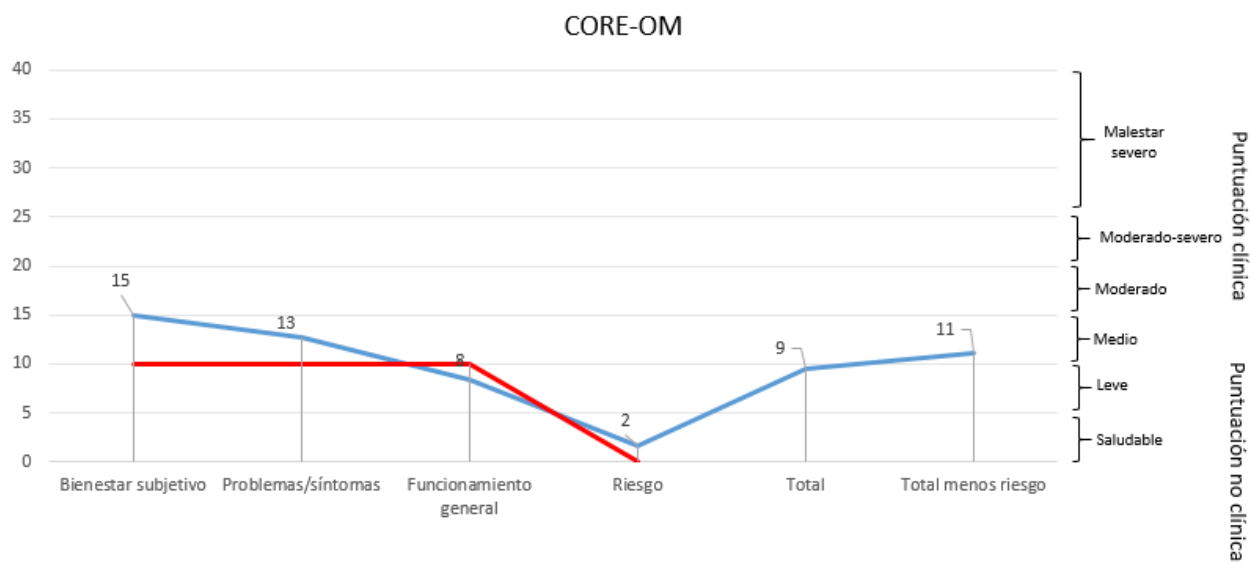
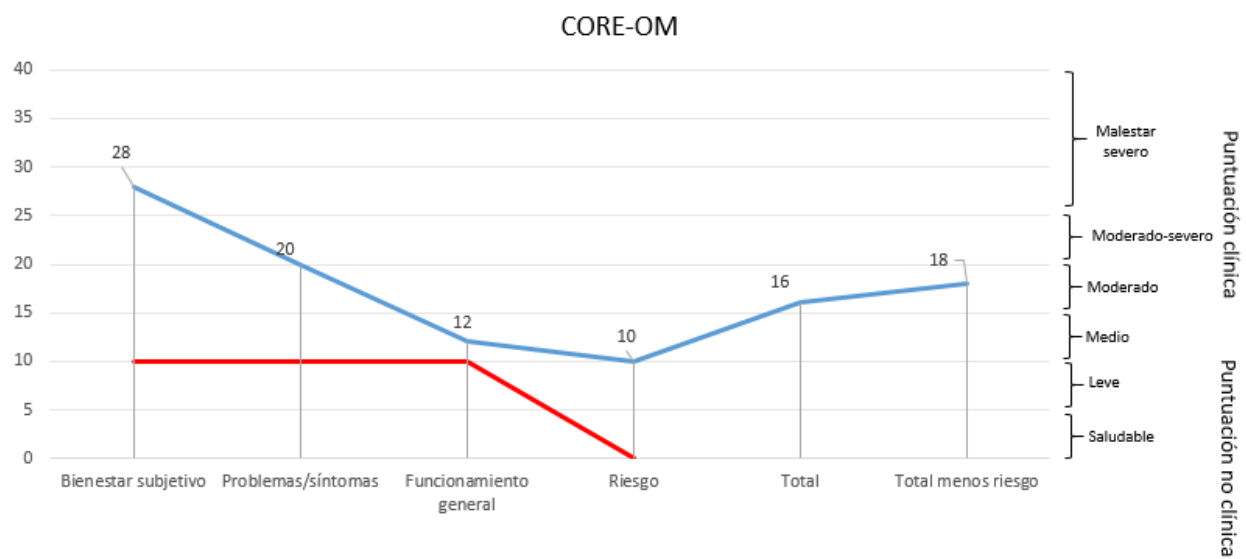
- García-Fogeda Mansilla, E. (2016). *Un recurso ante la vergüenza interna: la autocompasión. Un camino de desarrollo personal*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Pontificia de Comillas] <http://hdl.handle.net/11531/9711>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- Greenberg, L. (2000). Emociones: una guía interna. *Bilbao: Desclée De Brouwer*.
- Greenberg, L. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción. Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(1), 32-42.
- Greenberg, L., y Elliott, R. (2006). TERAPIA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES: UNA INTRODUCCIÓN2 3. *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*, 113-118.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., y Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5(1-19).
- Greenberg, L. S., y Paivio, S. C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review*, 1(3), 205-220.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

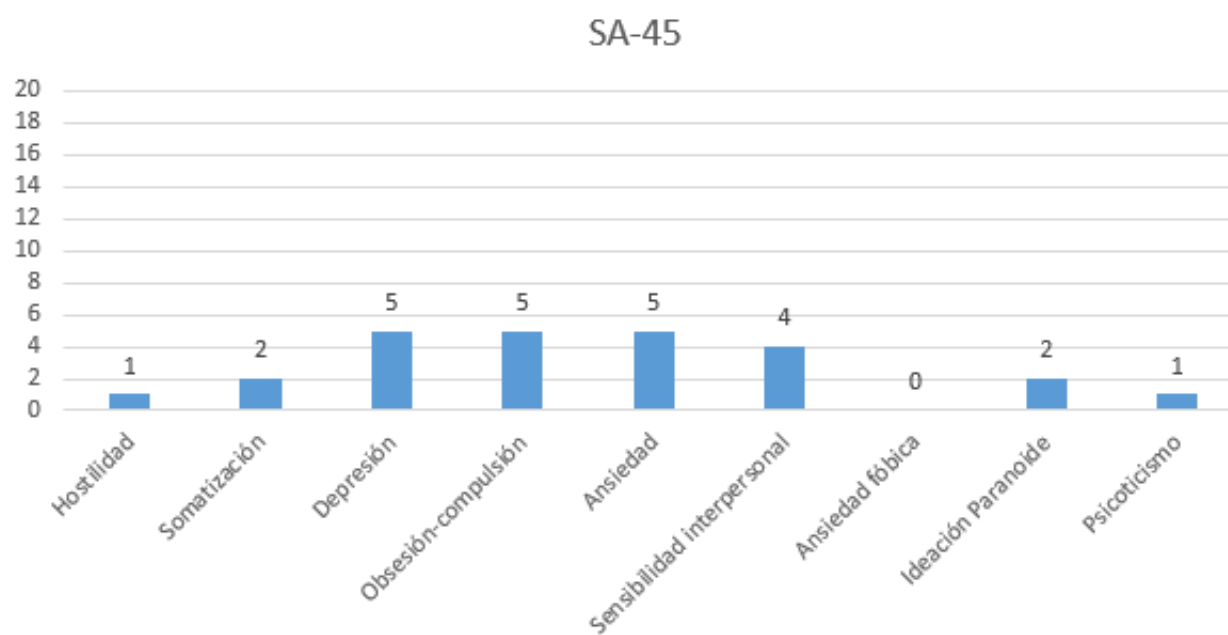
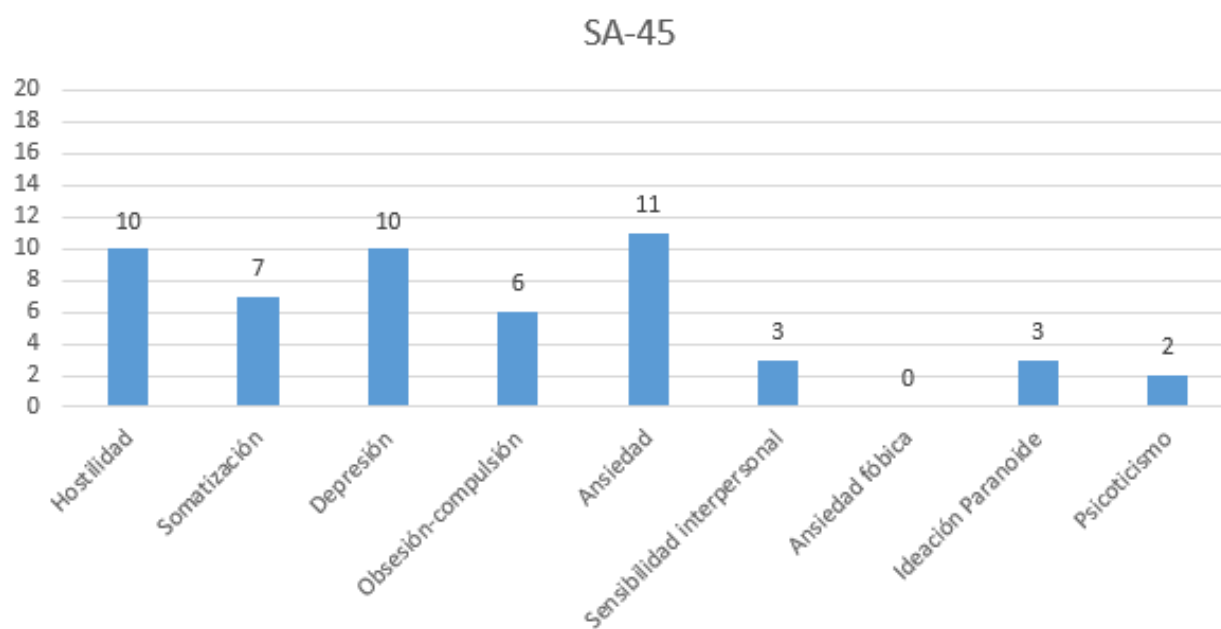
- Jarrod, E. (2004). Facilitando el proceso emocional. El proceso terapéutico punto por punto [Greenberg, LS, Rice, LN, y Elliott, R., 1996]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (18), 13.
- Laverde, M. G. (2003). El enfoque teórico humanista. *Poiésis*, (6).
- López Ortega, M. A. (2009). La psicoterapia humanista. *Psicología.com* 13(1).
- Mata Pazos, J. D. L. (2019). Adherencia del terapeuta a la tarea de las dos sillas para autocrítica, resolución emocional y recuperación de la persona (Trabajo fin de máster). Universidad Pontificia de Comillas, Madrid
- Miller, S. D., y Duncan, B. L. (2000). The outcome rating scale. Chicago, IL: authors
- Miller, S. D., Duncan, B. L., y Johnson, L. D. (2000). The Session Rating Scale 3.0. Chicago, IL: Author
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Núñez Pujadas, J. (2022). Estudio de caso de una mujer con ansiedad y miedo a la muerte desde el modelo humanista. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Pontificia de Comillas]
- Orihuela, A. (2016). *Transforma las heridas de tu infancia: Rechazo, abandono, humillación, traición, injusticia*. Aguilar.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Mental disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la salud. (2022). Salud mental Y covid-19: Datos Iniciales sobre Las repercusiones de la Pandemia. World Health Organization.

- https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Osorio, M. C. H. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.
- Paivio, S. C., y Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 12(2), 135-186.
- Rodríguez Pacas, P., Del Castillo Drago, H., y Caballero Andrade, M. (2021). Una aproximación a la clasificación de heridas afectivas. *Revista De Psicología*, 11(1), 145–167. <https://doi.org/10.36901/psicologia.v11i1.1365>
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2018). Adaptación española de la Outcome Rating Scale (ORS) y de la Session Rating Scale (SRS). Primeros resultados.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Vilches Aguilera, C. (2022). Estudio de caso: Sanando un Crítico Interno Abusivo y una Herida de Insuficiencia. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Pontificia de Comillas]
- Wiebe, S. A., y Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407

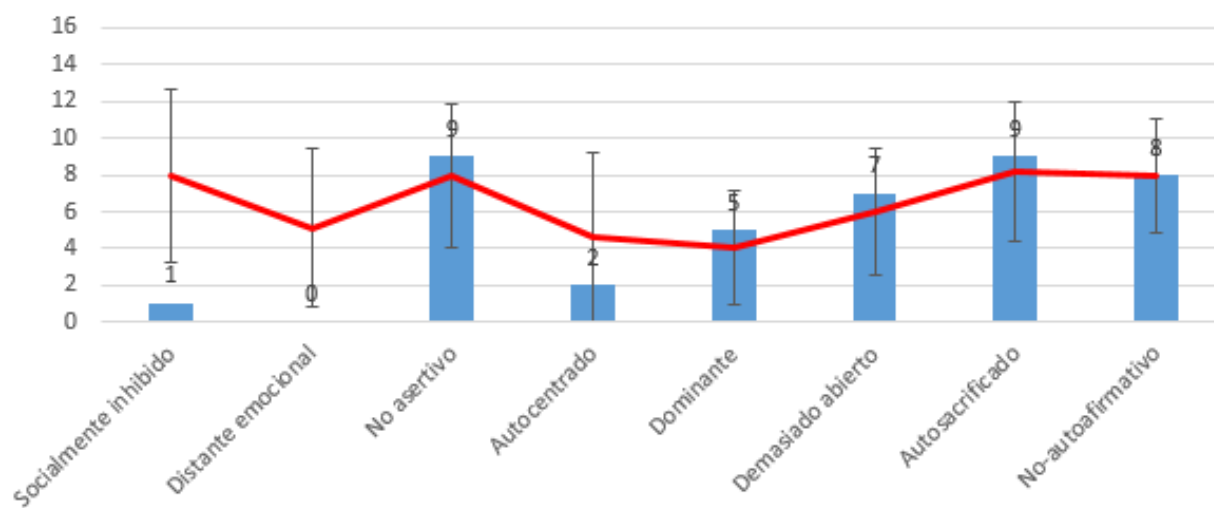
Anexo 1

Gráficas

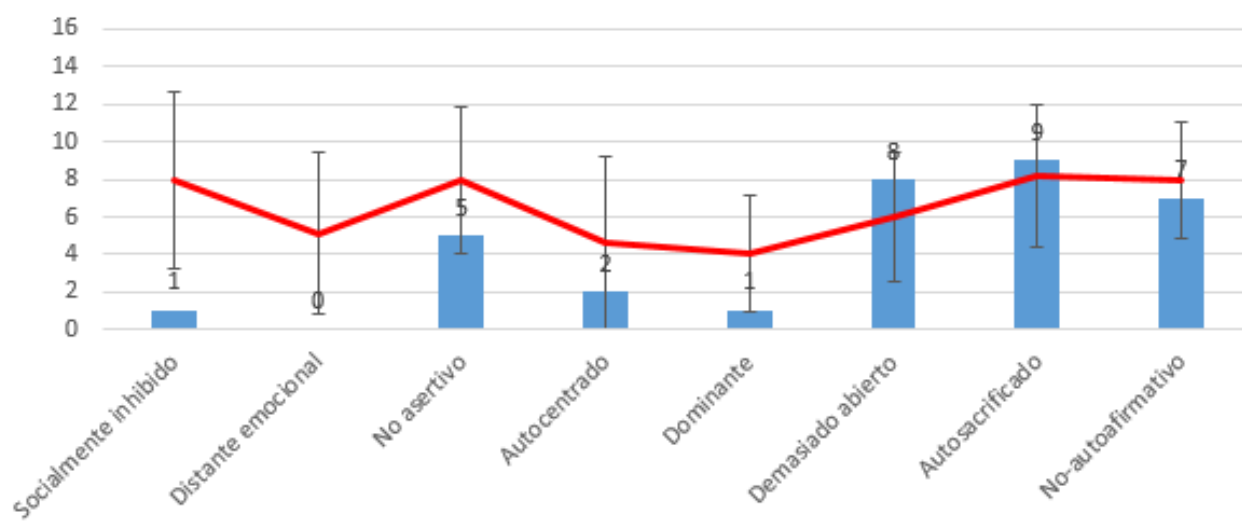




IIP-32



IIP-32



Anexo 2

Resultados del ORS

Outcome Rating Scale (ORS)
Escala de Evaluación de Progreso

Nombre _____ Edad (Años): _____ Sexo: _____
 Sesión N° _____ Fecha: 04 - 04 - 2023
 ¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted _____ Otro persona: _____
 En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____

Considerando la última semana, no todo hoy, ayúdeme a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marque a la izquierda representen niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según cree que lo está yendo a esa persona, poniéndose en su lugar

Individualmente
(Bienestar personal)

|-----X-----|

En lo Interpersonal
(Familia, relaciones cercanas)

|-----X-----|

En lo Social
(En el trabajo, el colegio, con los amigos)

|-----X-----|

En general
(Sensación general de bienestar)

|-----X-----|

Poco cuidado, preso, tener rigidez...

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
 Traducción Española: Dra. Elena Gismero González (egismero@comillas.edu)

①

Outcome Rating Scale (ORS)
Escala de Evaluación de Progreso

Nombre: [REDACTED] Edad (Años): 41 Sexo: _____
 Sesión N° _____ Fecha: 13 Abril
 ¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted _____ Otra persona _____
 En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marcas a la izquierda representan niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. *Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona, poniéndose en su lugar*

Individualmente
(Bienestar personal)

|-----X-----|

En lo Interpersonal
(Familia, relaciones cercanas)

|-----X-----|

En lo Social
(En el trabajo, el colegio, con los amigos)

|-----X-----|

En general
(Sensación general de bienestar)

|-----X-----|

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Traducción Española: Dra. Elena Gismero González (egismero@comillas.edu)

♦

♦

Anexo 3

Resultados del SRS

Session Rating Scale (SRS V.3.0)
Escala de Evaluación de la Sesión

Nombre _____	Edad (Años): _____
ID# _____	Sexo: _____
Sesión N° _____	Fecha: 19 - 01 - 2024

Por favor, indique cómo ha ido la sesión de hoy poniendo en las líneas de debajo una marca vertical cercana a la descripción que mejor se ajuste a su experiencia.

<p>No me he sentido escuchado, comprendido, ni respetado.</p>	<p>Relación con el terapeuta</p> <p>----- ✗</p>	<p>Me he sentido escuchado, comprendido y respetado.</p>
<p>No hemos trabajado o tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.</p>	<p>Objetivos y Temas</p> <p>----- ✗</p>	<p>Hemos trabajado y tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.</p>
<p>El enfoque del terapeuta no encaja conmigo.</p>	<p>Enfoque o Método</p> <p>----- ✗</p>	<p>El enfoque del terapeuta encaja bien conmigo.</p>
<p>En la sesión de hoy ha faltado algo.</p>	<p>Globalmente</p> <p>----- ✗</p>	<p>En general, la sesión de hoy ha estado bien para mí.</p>

The Heart and Soul of Change Project
<https://heartandsoulofchange.com>

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
Traducción Española: Dra. Elena Gismero González (egismero@comillas.edu)

Session Rating Scale (SRS V.3.0)
Escala de Evaluación de la Sesión

Nombre _____ Edad (Años): _____
 ID# _____ Sexo: _____
 Sesión N° _____ Fecha: 15 Abril

Por favor, indique cómo ha ido la sesión de hoy poniendo en las líneas de debajo una marca vertical cercana a la descripción que mejor se ajuste a su experiencia.

Relación con el terapeuta

No me he sentido escuchado, comprendido, ni respetado.



Me he sentido escuchado, comprendido y respetado.

Objetivos y Temas

No hemos trabajado o tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.



Hemos trabajado y tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.

Enfoque o Método

El enfoque del terapeuta no encaja conmigo.



El enfoque del terapeuta encaja bien conmigo.

Globalmente

En la sesión de hoy ha faltado algo.



En general, la sesión de hoy ha estado bien para mí.

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
 Traducción Española: Dra. Elena Gismero González (egismero@comillas.edu)

Session Rating Scale (SRS V.3.0)
Escala de Evaluación de la Sesión

Nombre _____ Edad (Años): _____
 ID# _____ Sexo: _____
 Sesión N° _____ Fecha: 8 Junio _____

Por favor, indique cómo ha ido la sesión de hoy poniendo en las líneas de debajo una marca vertical cercana a la descripción que mejor se ajuste a su experiencia.

Relación con el terapeuta

No me he sentido escuchado, comprendido, ni respetado.

----- X

Me he sentido escuchado, comprendido y respetado.

Objetivos y Temas

No hemos trabajado o tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.

----- X

Hemos trabajado y tratado sobre lo que yo quería trabajar o hablar.

Enfoque o Método

El enfoque del terapeuta no encaja conmigo.

----- X

El enfoque del terapeuta encaja bien conmigo.

Globalmente

En la sesión de hoy ha faltado algo.

----- X

En general, la sesión de hoy ha estado bien para mí.

The Heart and Soul of Change Project

<https://heartandsoulofchange.com>

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
 Traducción Española: Dra. Elena Gismero González (egismero@comillas.edu)