



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Trabajo Fin de Grado de Psicología

**Análisis de los procesos de cambio en una
Terapia Focalizada en la Emoción de tiempo
limitado: Estudio de caso.**

Autora: Duran Rotger, Catherine

Director: Caro García, Ciro

Madrid - Abril 2023

AGRADECIMIENTOS

Gracias especiales a mi tutor, *Ciro Caro*, quien siempre me ha transmitido fe en mi trabajo, motivación, muy amplia disposición y colaboración, por ser una fuente de instrucción y crecimiento y un ejemplo de buen profesional, contribuyendo a mi formación profesional y personal. Gracias a la paciente que ha regalado su caso a frutos de aprendizaje y a la universidad por esta oportunidad de formación exhaustiva en el tema tratado.

Infinitas gracias a mi madre, a mi padre y a mis abuelos, que siempre han confiado en mí y de los que siempre he recibido, muy cariñosamente, un apoyo y amor incondicional, no solo durante el periodo de gestación de este TFG, sino durante toda mi trayectoria académica y vital. Finalmente, gracias a todos aquellos que me han acompañado durante este último año universitario. Espero ser una buena profesional.

RESUMEN

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un modelo integrador de enfoque humanista que se centra en las emociones de la persona y en el significado que ésta les otorga, por lo tanto, dotar de significado a las emociones resulta una base fundamental para el cambio. En un marco de TFE de tiempo limitado, se realizó un estudio de caso en el que se ilustró y exploró el desarrollo de una intervención terapéutica en un cuadro de ansiedad con somatizaciones durante siete sesiones terapéuticas, haciendo énfasis en la descripción de las técnicas utilizadas, en su conexión con los resultados terapéuticos y en la explicación del cambio a partir de las mismas. Las técnicas que fueron llevadas a cabo durante el proceso terapéutico fueron la *facilitación de la expresión de un sentimiento*, la *exploración empática general*, el “*focusing*”, la *re-narración de un trauma* y la *silla vacía*; contribuyendo diferencialmente a los cambios cualitativos y cuantitativos de la paciente evaluados en diversos cuestionarios. El proceso terapéutico resultó en una reducción de la sintomatología física y una mejoría en el estado general de la paciente.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, TFE, terapia breve, estudio de caso, paciente, procesos de cambio, intervención terapéutica, sesiones, técnicas, emociones, sentimientos, mundo interior, explorar, Trastorno de Ansiedad Generalizada, sintomatología.

ABSTRACT

Emotion Focused Therapy (EFT) is an integrative model with a humanistic approach that focuses on the person's emotions and the meaning that he/she gives them, therefore, giving meaning to emotions is a fundamental basis for change. In a time-limited EFT framework, a case study was conducted in which the development of a therapeutic intervention in an anxiety condition with somatization was illustrated and explored during seven therapeutic sessions, with emphasis on the description of the techniques used, their connection with the therapeutic results and the explanation of the change resulting from them. The techniques that were carried out during the therapeutic process were the *facilitation of the expression of a feeling*, the *general empathic exploration*, the *focusing*, the *re-narration of a trauma* and the *empty chair*; contributing differentially to the qualitative and quantitative changes of the patient evaluated in several questionnaires. The therapeutic process resulted in a reduction of physical symptomatology and an improvement in the patient's general condition.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, EFT, brief therapy, case study, patient, change processes, therapeutic intervention, sessions, techniques, emotions, feelings, inner world, explore, Generalized Anxiety Disorder, symptomatology.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VII
MARCO CONCEPTUAL PSICOLÓGICO	1 - 11
Introducción	1
La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)	1
Terapia breve o de tiempo limitado	4
Los procesos de cambio	4
Principios terapéuticos para facilitar el cambio en el marco de la TFE	5
Trastorno de Ansiedad Generalizada y su conceptualización en TFE	5
Propósito y objetivos específicos del análisis	10
Hipótesis del trabajo	11
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	11
Estudio de caso en psicoterapia	11
Estrategia de evaluación del cambio terapéutico	12
Registro de la actividad realizada en las sesiones	14
PRESENTACIÓN DEL CASO	16
Descripción de la paciente	16
Características personales	16
Motivo de consulta	16

Descripción de los terapeutas	17
Evaluación y Formulación de Caso	17
TRATAMIENTO	23
Procesos clave, técnicas utilizadas y cambios de cada sesión terapéutica	23
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
Discusión de los resultados terapéuticos, de sus causas y de la eficacia de la intervención	31
Discusión general del caso	33
Fortalezas y debilidades	34
Conclusiones	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	40
Anexo I Consentimiento informado	41
Anexo II Cuestionario abierto de consciencia emocional-motivacional (CACEM)...	42
Anexo III Cuestionario post-sesión HAT	43
Anexo IV Cuestionario SA-45	44
Anexo V Cuestionario CORE-10	46
Anexo VI Outcome Rating Scale (ORS)	47
Anexo VII Escala de Calificación de la Sesión (SRS), versión 3.0	48
Anexo VIII Respuestas al cuestionario CACEM-5	49
Anexo IX Respuestas al cuestionario HAT	50

MARCO CONCEPTUAL PSICOLÓGICO

Introducción

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) consiste en la realización de un estudio de caso, se pretende ilustrar y explorar cómo se trabaja un cuadro de ansiedad con somatizaciones desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) de tiempo limitado. Por ende, se hace énfasis en la descripción de las técnicas utilizadas a lo largo de siete sesiones terapéuticas, en su conexión con los resultados terapéuticos evaluados cuantitativa y cualitativamente y en la explicación del cambio a partir de las mismas.

De acuerdo con la Formulación de Caso (FC) de la TFE de tiempo limitado, los marcadores de tarea del MENSIT son la facilitación de expresión de sentimientos, tratar los asuntos no resueltos con la madre, el padre y el exmarido, así como la desconexión emocional de la paciente que llevó a somatizarla en su propio cuerpo. Para ello, las técnicas elegidas para llevar a cabo durante el proceso terapéutico son la *facilitación de la expresión de un sentimiento* en las ocasiones en las que la paciente experimentaba un sentimiento (sobre todo de enfado) pero no llegaba a expresarlo, la *exploración empática general* y el “*focusing*” a fin de tratar la ocasional desconexión emocional de la paciente, la *re-narración de un trauma* a fin de trabajar a un nivel afectivo-cognitivo una experiencia traumática vivida en su adolescencia y la *silla vacía* para tratar asuntos no resueltos. Así, las técnicas mencionadas contribuyen diferencialmente a los cambios cualitativos y cuantitativos de la paciente.

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es definida por Elliott y Greenberg (2017) como un modelo integrador de enfoque humanista, que cuenta con soporte empírico y que se fundamenta en un proyecto de investigación psicoterapéutica de los años setenta: aúna perspectivas existenciales, de la psicoterapia autodirigida y gestálticas. Según Feldman y Salovey (2002), el foco de este modelo psicoterapéutico reside en ir desarrollando paulatinamente la inteligencia emocional del individuo.

La teoría de la TFE sostiene que el cambio sucede ayudando a las personas a dar significado a sus emociones a través de la toma de conciencia, la expresión, la regulación, la reflexión, la transformación, y la experiencia correctora de la emoción. (Goldman, Greenberg y Caro, 2016, p. 29)

Por ende, este modelo terapéutico se focaliza no solo en las emociones de la persona sino también en el significado que ésta les otorga, por lo tanto, dotar de significado a las emociones resulta una base fundamental para el cambio. Asimismo, Goldman et al. (2016) explicitan que “el manejo de la emoción en terapia implica la transformación de la emoción por otra emoción” (p. 29), es decir, se produce un cambio de una primera emoción desadaptativa a una emoción adaptativa que resulta incompatible con la primaria.

Los acontecimientos deben describirse y re-experimentarse emocionalmente a fin de que el paciente, mediante su narrativa, forme nuevos significados para las experiencias que ha vivido y que le han provocado malestar a cualquier nivel (Greenberg y Goldman, 2018). En consecuencia, los objetivos de una Terapia Focalizada en la Emoción consisten en evitar conductas o pensamientos de evitación y reorganizar o reajustar los esquemas emocionales de la persona en cuestión y sus significados personales construidos. Esto es, intentar acceder plenamente a la vivencia emocional esquematizada del paciente, lejos de evitarla.

En la actualidad, la TFE resulta un tratamiento recurrente para diagnósticos depresivos, ansiosos, en conflictos interpersonales y de pareja, TCA y trauma (Goldman et al., 2016). Por otro lado, es fundamental para este trabajo destacar que la TFE es el modelo terapéutico que más investigación y conocimiento ha originado sobre los procesos de cambio (Greenberg, 2010).

Las emociones son la más intrínseca expresión de nuestra forma de interpretarnos a nosotros mismos y, por ende, a los demás. Greenberg (2004) las define como las “principales responsables de la construcción y la auto-organización del sí mismo y de dar un significado a la vida”. Las emociones poseen un papel imprescindible en relación a la adaptación a la realidad de las personas y a lograr su propio bienestar, puesto que transmiten a la persona las necesidades, inquietudes y objetivos que tiene (Greenberg, 2004). Las emociones enfocan nuestra formación vocacional. Prieto (2018) expone que la inteligencia emocional “analiza las emociones no solo como resultado final, sino como proceso para resolver las situaciones de la vida cotidiana, tomando en consideración tanto las emociones que considera positivas como las negativas”.

La Terapia Focalizada en la Emoción sugiere una clasificación de las emociones basada en la existencia de distintas respuestas emocionales ante las situaciones vitales: las personas experimentamos emociones primarias, que pueden ser adaptativas o desadaptativas,

emociones secundarias y emociones instrumentales (Greenberg, 2000). Según Greenberg (2000), cada tipo de emoción tiene una función distinta en la satisfacción y complacencia de nuestras necesidades. Las diferentes clases de respuestas emocionales convendrán diferentes tipos de intervenciones terapéuticas (Greenberg y Safran, 1989; Greenberg y Paivio, 1997, citado en Greenberg, Elliot y Pos, 2009).

Por ende, a fin de implementar la inteligencia emocional, cabe identificar y determinar la vivencia emocional que se está experimentando en un instante concreto. Según Greenberg (2000), las *emociones primarias adaptativas* son aquellas “viscerales adaptativas” que nos permiten conectar con el medio y resolver problemas existenciales (ya sea poner límites, expresarle a alguien el amor que sentimos por él, etc.) - en este caso, si la emoción primaria que sentimos en un momento dado está regulada, significará que la persona está bien en ella y que se está viviendo la emoción con una intensidad adecuada al momento que se está viviendo; las *emociones primarias desadaptativas* son aquellas que transmiten “malestar crónico” y que, tras validarlas y aceptarlas como emociones, cabe transformar; las *emociones secundarias* son aquellas “reactivas o defensivas” que ocultan una emoción primaria, por ello, habría que validar la emoción e indagar sobre qué podemos estar sintiendo, que nos está provocando esa emoción secundaria, qué esconde esa emoción (este sería el caso de la emoción de culpabilidad por no aprobar un examen ocultando un miedo a ser insuficiente); por último, las *emociones instrumentales* son aquellas que “se usan con el propósito de obtener algo que se desea”, por ejemplo, intentar lograr un fin mostrando tristeza.

Mediante el trabajo de nuestras emociones obtenemos un auto-conocimiento y motivación imprescindibles para el aprendizaje de una transformación, no solo conductual, sino interna de nuestro propio ser. Martínez, Sánchez, Bechara y Román (2006) exponen que trabajando nuestras emociones se pueden llegar a producir modificaciones en el córtex orbito frontal que pueden estimular una habilidad más desarrollada de toma de decisiones. Asimismo, siendo más conscientes de nuestras emociones, somos a la vez más conscientes de nuestros deseos y necesidades, por lo que mostramos una mayor disposición a llevar a cabo un plan de acción cuyo fin sea complacer dichas necesidades (Greenberg et al., 2009). De esta manera, observamos que resulta imprescindible el trabajar con las emociones, “la combinación de la activación emocional en terapia en conjunto con un procesamiento de dicha emoción es lo que contribuye al cambio terapéutico a largo plazo” (Lane et al., 2015).

Terapia breve o de tiempo limitado

En otro orden de ideas, Hewitt y Gantiva (2009) exponen que la terapia breve pone el foco en el presente más que en la historia vital pasada del individuo, que pretende establecer un vínculo terapéutico empático centrado en el paciente y potenciar la motivación y disposición de la persona hacia el cambio. Este modelo terapéutico surge críticamente para evitar ciertos estancamientos del psicoanálisis clásico, haciendo referencia a no realizar las terapias más largas de lo adecuado, es decir, no realizar más sesiones de las necesarias. Según Lyons y Low (2009), la limitación de tiempo es un factor que fomenta el compromiso pleno tanto del cliente como del terapeuta en la terapia, ambos se centran más en la misma y alenta un rol más activo y pragmático en cuanto a la fijación y alcance de objetivos terapéuticos.

Cabe mencionar que en diversos estudios encontramos que hay una falta de consenso y cierto desacuerdo en relación al número de sesiones terapéuticas que conforman una intervención de tiempo limitado (Bedics, Henry y Atkins, 2005; MacNeil, 2001; Miller, 2000, citado en Lyons y Low, 2009).

Asimismo, cabe destacar que “la terapia de tiempo limitado pretende que cada sesión sea una intervención con un resultado concreto para que el cliente experimente el cambio lo antes posible” (Fosha, 2004, citado en Lyons y Low, 2009, p. 25).

Los procesos de cambio

Greenberg (1986, p.4) fundamenta que el foco de la investigación de procesos se pone en “la identificación, descripción, explicación y predicción de los efectos de los procesos que producen el cambio terapéutico a lo largo de todo el curso de la terapia”. En este contexto, los procesos son definidos por Basto y Salgado (2014) como los sucesos relacionales entre el terapeuta y el cliente que, directa o indirectamente, tienen un efecto sobre el que influyen de manera causal. De esta manera, esta investigación se centrará en el paciente, pero sobre todo en la actuación del terapeuta.

En otro orden de ideas, cabe mencionar que “el enfoque en los procesos de cambio sirve para trascender la dicotomía entre proceso y resultado” (Kiesler, 1983, citado en Greenberg, 1986, p.4). “Al estudiar el proceso de cambio, se tienen en cuenta tanto los puntos iniciales como los finales, así como la forma de la función entre estos puntos” (Greenberg, 1986, p.4).

Greenberg (1986), con el objetivo de comprender el proceso de cambio en un contexto de elementos terapéuticamente significativos, manifiesta que es fundamental identificar los episodios o los eventos relevantes de cada sesión (detectar aquellos sucesos que representan el proceso de cambio). Finalmente, es significativo destacar que “para generar cambio en el paciente es más importante el cómo se está con el paciente (el cómo se interpreta) que el contenido cognitivo de la interpretación” (Blanco y Riera, 2016, p. 793).

Principios terapéuticos para facilitar el cambio en el marco de la TFE

La TFE plantea seis principios terapéuticos básicos para facilitar el cambio (Elliott y Greenberg, 2017): los principios relativos a la relación terapéutica y los relativos a la tarea. Los primeros son: (1) la sintonización empática (*Empathic attunement*), es decir, llegar a una armonía empática con la experiencia cambiante del paciente; (2) el desarrollo de una alianza terapéutica sólida fundamentada en el entendimiento, el interés, la disposición, la aceptación y la actitud empática del terapeuta (*Therapeutic bond*); y (3) la colaboración de tareas tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta (*Task collaboration*). Los relativos a la tarea son: (4) la indagación emocional exhaustiva aplicando el aprendizaje derivado de las actividades clave de la terapia (*Emotional deepening through work on key therapeutic tasks*); (5) la importancia de dar lugar al autodesarrollo del paciente, promoviendo la autonomía y poder de decisión del mismo (*Self-development*); y (6) el procesamiento emocional (*Emotional processing*). Este último principio (procesamiento emocional) ha sido desarrollado con más profundidad e implica una serie de pasos característicos: (1) una toma de conciencia y (2) libre expresión de las emociones, (3) una adecuada regulación emocional, (4) una introspección reflexiva y (5) la transformación de las emociones (Elliott y Greenberg, 2017).

Trastorno de Ansiedad Generalizada y su conceptualización en TFE

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales clasifica el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) dentro de los trastornos de ansiedad. Desde un punto de vista epidemiológico, las manifestaciones de los trastornos de ansiedad se caracterizan por un estado ansioso de anticipación y por presentar conflictos a la hora de manejar la preocupación (Langarita y Gracia, 2019).

En la terapia de la ansiedad, uno de los desafíos más comunes es la presencia de escisiones en las que una parte del sí mismo (parte asustadora) asusta a otra (parte experienciante) (Greenberg y Watson, 2006; Timulak y McElvaney, 2015). La naturaleza de estas escisiones puede variar y mostrar diferentes actitudes en el proceso de generar malestar y ansiedad: un *coach* que dice cómo comportarse para evitar errores; una parte con una actitud vigilante ante los riesgos; una parte desconfiada y vigilante respecto al daño o el abandono en las relaciones; una parte opresora que deja sin aire y que cuando es representada parece estar diciendo "¡peligro, peligro!" o "¡no puedo más!"; una parte temerosa e hipocondriaca que se obsesiona con posibles síntomas y problemas de salud y que es muy sensible ante las señales corporales; una parte agitadora que, ante cualquier problema, parece zarandear a la persona para que reaccione sin apenas dejarla respirar; una parte centrada en cualquier asunto u objeto potencialmente peligroso, que genera un temor fóbico; una parte que alerta de riesgos indefinidos de la vida o de peligros inminentes pero indeterminados que produce un estado de alerta general; una parte que se manifiesta en forma de pensamientos intrusivos sobre peligros, de deseos inapropiados o de impulsos intolerables y que, en ocasiones, encuentra alivio en una compulsión; una parte crítica centrada en potenciales fallos o en defectos personales que avisa del riesgo de rechazo; y diferentes formas en las que una parte crítica altamente despreciativa con el sí mismo machaca, hostiga y acorrala a la persona por cualquier fallo o defecto.

Estas escisiones tienen una función protectora en diversos sentidos (Shahar, 2013), ya que son el resultado de desplazar la atención de un sentimiento desadaptativo intolerable, que constituye el dolor nuclear del paciente (abandono, vergüenza o miedo) hacia una conducta, un objeto, un aspecto de la persona, una situación o la actitud y la conducta de los otros en los vínculos, que pasan a cumplir el papel de "objetos fóbicos". Esta función protectora, junto con el estilo y la intención manifiesta de la parte asustadora terminan por definir las diferentes presentaciones sintomáticas y, por tanto, los perfiles de los distintos "trastornos de ansiedad" (Greenberg y Watson, 2006; Timulak y McElvaney, 2015).

Así, el sí mismo es vivido como un "sí mismo en peligro" y, aunque la vivencia de la ansiedad en sus diferentes formas resulta penosa, ella misma y los intentos de manejarla constituyen una distracción frente a los sentimientos nucleares, realmente intolerables

(correspondientes al "sí mismo herido") o cuya sola proximidad hace sentir a la persona el peligro de "romperse" (Wolfe, 2006).

La TFE entiende la ansiedad como una respuesta emocional compleja, debida a la activación de esquemas emocionales que generan sensaciones de desamparo y vulnerabilidad, ya sea que estos correspondan a sentimientos de soledad-abandono, vergüenza-humillación y miedo-peligro. El objetivo último de la intervención es transformar estos esquemas emocionales y reducir los sentimientos de vulnerabilidad que dan lugar a la ansiedad.

La TFE aborda las escisiones mencionadas anteriormente a través del diálogo con la parte asustadora, el diálogo de las dos sillas (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). La parte asustadora, al ser una escisión, contribuye a la sensación de fragmentación y una mayor vulnerabilidad a la ansiedad y además es responsable de gran parte de la sintomatología. La otra parte proviene de la sensación de peligro y de fragilidad por la indefensión ante el abandono, la vergüenza o el miedo nucleares. El diálogo con la parte asustadora parte de comprender la función que esta parte está desempeñando en la vida de la persona y cómo se relaciona con otros aspectos del sí mismo, pero se extiende más allá de este objetivo e incluye las siguientes intenciones y procesos:

1. que la parte asustadora desarrolle agencia sobre su acción ansiógena, lo que suele contribuir a reducir la respuesta automática frente a los estímulos temidos (sean objetos y situaciones físicas o interpersonales o experiencias internas);
2. que la parte experienciante muestre sus sentimientos y el desasosiego y las limitaciones que las acciones de la otra parte le producen;
3. que esta misma parte haga valer sus necesidades comience a poner límites en la relación interna;
4. que, entonces, la parte asustadora reaccione suavizándose o reafirmandose, pero que, en ambos casos, articule sus motivaciones para agitar, asustar o criticar y profundice en ellas;
5. que, al hacerlo, pase de hablar de la naturaleza de los objetos temidos, a mostrarse preocupada por o crítica frente a las cualidades del sí mismo que, a su juicio, le hacen vulnerable;
6. que la parte experienciante sienta el dolor de la crítica y lo muestre;

7. que la parte crítica se conmueva y afloje la presión o que la mente no poder renunciar a sus estándares pero que, en ambos casos, pase de referirse a los defectos de la persona a justificarse en función de la historia traumática relacional subyacente (abandono, maltrato, negligencia, etc.);
8. que la persona entre en un estado de congruencia y pueda sentir el dolor nuclear, iniciado frecuentemente en la silla de la parte crítica-asustadora;
9. que, al hacerlo, acceda a las memorias episódicas relativas a heridas interpersonales y articule y simbolice los aspectos de su experiencia, de los que se había desapropiado y que constituyen elementos del esquema emocional del dolor nuclear (i. e., recuerdos, sensaciones corporales, necesidades, etc.); y
10. que, tras aliviarse y experimentar un cambio corporalmente sentido, pueda enfocarse sobre los temas interpersonales y las heridas de apego, que constituyen el marcador de la tarea de la silla vacía con asuntos no resueltos con otros significativos y quizá otros marcadores relativos al reprocesamiento del trauma.

En ocasiones, la resolución del proceso de ansiedad puede transcurrir por vías alternativas que son, no obstante, complementarias a la que acabamos de describir y coherentes con la formulación de fondo, relativa a las heridas emocionales. La primera vía se apoya en el procesamiento de la experiencia actual, sea cual sea su naturaleza y, en particular, de las experiencias de ansiedad puestas en su contexto a través de la exploración empática y/o del enfoque corporal ("focusing"). Ambos procedimientos permiten acceder a los esquemas subyacentes al dolor nuclear, procesarlo y, eventualmente avanzar hacia el abordaje de los asuntos interpersonales y de apego.

La segunda consiste en la conceptualización de la parte asustadora como una "escisión de afrontamiento" (Caro, 2022), entendida como una parte del sí mismo que, demasiado pronto, demasiado rápido y sin espacio para la vulnerabilidad, tuvo que hacerse cargo del cuidado de la propia persona; en el presente, se ve desbordada frente a las urgencias del ambiente o frente a la complejidad y dolor de la experiencia interna e, incapaz de pedir ayuda, asusta y en su asustar o amedrentar, despliega una intención comunicativa muy básica. Esta parte es sometida a una afirmación empática sostenida y persiste desde la parte experienciante -apoyada por el terapeuta- en un diálogo de sillas, hasta que experimenta el sentirse plenamente vista y aceptada, se rompe y muestra su vulnerabilidad. A partir de ahí, el

acceso a la memoria episódica abre el camino para abordar los asuntos de apego subyacentes, además de haberse construido una mayor capacidad de autoconsciencia y diálogo consolador interno.

Por último, cuando la vivencia de vulnerabilidad y ansiedad de la persona se debe fundamentalmente a la impotencia frente a sentimientos primarios que no han sido simbolizados, la activación directa de los esquemas emocionales subyacentes y la expresión apropiada de esos sentimientos, junto con la liberación de las tendencias a la acción implícitas en estos, pueden resolver esa vulnerabilidad (Timulak y McElvaney, 2015). Así, la persona abandonada llora el abandono, se rompe, protesta por la ausencia, accede a una sensación de dignidad, reconecta consigo misma compasivamente y se reorienta naturalmente hacia el ambiente y los vínculos actuales o pasados verdaderamente nutricios. Todo ello, además de reorganizar sus memorias en una narrativa que hace comprensible su historia, se enraiza en el presente y se proyecta en el futuro con una sensación de dirección y vitalidad renovadas. En otros casos, la persona se enfrenta a quien la humilló o a quien la puso en peligro, así como a las experiencias de humillación o de miedo y parálisis y tiene la oportunidad de procesar lo que vivió en esos momentos, así como de sentir enfado y liberar las tendencias a la acción relacional implícitas en esta emoción. De ese modo, a la experiencia de tocar fondo (intensa vulnerabilidad) le sucede la experiencia de armarse y responder con poder, lo que cambia la sensación de un sí mismo debilitado, inaceptable, impotente, asustado, dominado o en riesgo por una de un sí mismo enérgico, digno o poderoso. En ocasiones, estos procesos se complementan y se alternan: después de luchar y fortalecerse, la persona puede sentir y procesar la soledad y el abandono en cuyo contexto se produjeron la humillación o la violencia; o después de tocar fondo en la tristeza o en la vergüenza, la persona puede percatarse de la presión abusiva y del desequilibrio de poder que caracterizaban a la situación de abandono y reaccionar a ello luchando.

Todos estos abordajes comparten un elemento común, además de la orientación hacia el procesamiento emocional y la posibilidad de cambiar emoción con emoción: el incremento de la congruencia y el acceso a la información orgánica presente en las emociones primarias (Shahar, 2013). En los diálogos con sillas, ambas partes ganan en congruencia de diferentes formas. En el procesamiento de la experiencia actual y progresivamente en el procesamiento de las experiencias pasadas a las que se accede, es la persona total la que gana

en congruencia, sin perjuicio de que, en ese proceso, lo hagan también otros aspectos del sí mismo como el "niño interno". Y por último, en el trabajo con las emociones primarias, la vulnerabilidad intensa y la liberación de las tendencias a la acción bloqueadas o retenidas, el organismo responde con gran autenticidad y congruencia, llevando adelante en el presente, lo que quedó interrumpido en el pasado.

Propósito y objetivos específicos del análisis

El propósito principal de este estudio de caso es realizar una investigación sobre los procesos de cambio que tendrán lugar en un caso de Terapia Focalizada en la Emoción de tiempo limitado mediante la descripción y análisis de los procesos clave de cada una de las siete sesiones que conformarán este proceso terapéutico. Por lo tanto, se pretende abordar en qué consiste el cambio terapéutico en este estudio de caso y cómo (mediante qué procesos) se produce dicho cambio. Asimismo, desde una intención exploratoria, se persigue estudiar la eficacia de la intervención terapéutica realizada, es decir, analizar los procesos terapéuticos llevados a cabo, en relación a los resultados obtenidos (observar si la paciente pasa de un estado de malestar a un estado de bienestar).

Por ende, los objetivos específicos de este Trabajo de Fin de Grado serán, primeramente, identificar y analizar los procesos terapéuticos clave que han sucedido a lo largo de las sesiones, así como explicar qué tipo de cambio ha facilitado cada proceso. En segundo lugar, establecer la conexión entre los procesos de cambio entre sí y entre los procesos de cambio y la Formulación de Caso inicial. Por último, estudiar cuál ha sido la vivencia subjetiva de la paciente y la relación que guardan los procesos mencionados con el cambio terapéutico al final de la terapia.

Los objetivos mencionados se consideran relevantes para la realización de este estudio de caso, ya que permitirán adquirir un conocimiento fundamentado en un caso real sobre qué estrategias y procesos llevados a cabo en la terapia han sido fructíferos y han facilitado el cambio deseado y cuáles lo han ralentizado o dificultado. A raíz de ello, se obtendrá una visión más auténtica sobre si el tipo de intervención elegido funciona para abordar la problemática de la paciente del caso estudiado (paciente psicósomática).

Asimismo, en el marco de la psicoterapia, se constató que la identificación y el estudio del conflicto en sí mismo no resultaba suficiente para lograr un cambio deseado (Lane, Ryan, Nadel y Greenberg, 2015). Por ende, la influencia de las emociones en los

procesos de cambio del individuo ha ido adoptando un papel cada vez más importante. Este trabajo será una oportunidad para conocer y adentrarme en este modelo de psicoterapia cada vez más patente en el mundo actual.

Hipótesis del trabajo

En este apartado, se exponen las hipótesis que guían y sirven de base para el proceso terapéutico del estudio:

- La hipótesis principal es que, profundizando en el procesamiento emocional mediante la utilización de técnicas específicas a lo largo de las sesiones, la paciente reprocesará sus esquemas y patrones emocionales de carácter disfuncional y logrará experimentar un mayor bienestar emocional.
- Se hipotetiza, del mismo modo, que dicha profundización del mundo emocional contribuirá en la reducción de la sintomatología física y ansiedad padecidas por la paciente.
- La tercera y última hipótesis consiste en que la profundización en el procesamiento emocional llevará a la paciente a identificar y resolver sus necesidades no cubiertas en su vida personal y relacional, favoreciendo así una mayor sensación de bienestar emocional.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Como se ha mencionado anteriormente, el formato de realización de este estudio consistió en analizar el informe terapéutico de siete sesiones clínicas. El escenario concreto a estudiar fue el de una paciente y un psicólogo trabajando en coterapia con una alumna de máster, cada uno con sus características, y el modelo de intervención fue una Terapia Focalizada en la Emoción de tiempo limitado.

En este punto, cabe recalcar que la paciente fue informada de la naturaleza de la intervención así como de su inclusión en un proyecto de estudio de caso para un TFG y firmó el documento de Consentimiento Informado (Anexo I).

Estudio de caso en psicoterapia

Por todo lo expuesto, se consideró que el método óptimo a utilizar para realizar este Trabajo de Fin de Grado era el estudio de caso: se pretendía mostrar en detalle una

intervención a fin de poder describir y analizar los procesos de cambio clave de una Terapia Focalizada en la Emoción de siete sesiones (tiempo limitado). Desde un punto de vista de investigación, usando este método se persiguió reflejar la conexión entre el diagnóstico o la evaluación, la intervención y los cambios. “El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales es una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo, tomado en su contexto, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes” (Yin, 1994, p.13, citado en Macluf, Beltrán y González, 2008).

Los estudios de caso no son inferenciales, suelen tener un carácter científico y con ellos se persigue la intención de crear un contenido útil, generalmente ejemplificando, tanteando e incluso aclarando cuestiones de interés. Con esta finalidad, los estudios de caso deben captar la complejidad de la terapia y mostrarla sin alterar la naturaleza del fenómeno a analizar; además, deben detallar las variables del caso concreto y el nexo entre las mismas (a fin de exponer la correlación entre la evaluación, la intervención y el resultado); del mismo modo, deben permitir la comparación entre casos actuales y casos más antiguos; y, por último, deben plantear hipótesis y proporcionar una valoración de la intervención (en lo relativo a la eficacia de la misma).

Según Macluf et al. (2008), el objetivo de los estudios de caso es practicar “resolviendo situaciones hipotéticamente reales de casos concretos” (p.7). Asimismo, Macluf et al. (2008) exponen que este método ha sido muy utilizado a lo largo de la historia en el campo de la psicología, debido a que es una técnica de investigación que permite originar conocimiento sobre fenómenos de corte individual, entre otros.

Por otra parte, Bloom (2001) y Miller (2000) alegan que, generalmente, los beneficios terapéuticos se logran en las diez primeras sesiones. Del mismo modo, Hewitt y Gantiva (2009) señalan que la mayor parte de los pacientes prescinden del proceso terapéutico a las pocas sesiones de empezar. Así pues, la terapia breve surge como una alternativa a la terapia convencional caracterizada por ser una intervención de tiempo limitado y de corta duración.

Estrategias de evaluación del cambio terapéutico

A fin de evaluar el cambio terapéutico, se utilizaron instrumentos de evaluación consistentes en la aplicación tanto de cuestionarios pre y post sesión como de cuestionarios evaluativos de registro del progreso terapéutico a lo largo de las sesiones. A continuación, se

expone cada uno de ellos con sus características particulares y refiriéndose a distintas áreas concretas (ámbito individual, interpersonal, sintomatología, etc.).

Cuestionario abierto de consciencia emocional-motivacional (CACEM-5) (Anexo II)

Consiste en un cuestionario abierto formado por una serie de preguntas que tienen como objetivo invitar a la paciente a reflexionar sobre su experiencia emocional (sensaciones, sentimientos y necesidades actuales) relacionada con la terapia. Se aplica en un momento que es creído como relevante dentro del proceso terapéutico (Caro, Jódar, Pitillas y Núñez, 2008).

Cuestionario post-sesión HAT (Anexo III)

Se solicita a la paciente que seleccione los aspectos útiles de la sesión, así como los que puede haber vivido como un estorbo, y que los describa subjetivamente (Caro, 2004; Llewelin et al., 1988).

Cuestionario SA-45 (Anexo IV)

El Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Sandín, et al., 2008) es un autoinforme tipo Likert, derivado del SCL-90 que evalúa 45 síntomas psicopatológicos distribuidos en nueve subescalas de 5 ítems cada una: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. En cuanto a la fiabilidad, los valores de α de Conbach variaron entre 0,80 y 0,85 en las subescalas.

Cuestionario post-sesión CORE-OM (Anexo V)

Consiste en un cuestionario de autoinforme para la evaluación del progreso terapéutico de pacientes con problemas y/o patologías diversas (Feixas et al., 2012). Está compuesto de 34 ítems que evalúan el estado del cliente a partir de una serie de dimensiones: bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general y riesgo.

Outcome Rating Scale (ORS) (Anexo VI)

El ORS (Miller y Duncan, 2000; Rodrigo-Holgado et al., 2018) es un cuestionario de evaluación rutinaria del estado del paciente en el que se evalúan analógicamente 4 dominios (individual, interpersonal, social y sentido general de bienestar).

Escala de Calificación de la Sesión (SRS), versión 3.0 (Anexo VII)

El SRS (Miller et al., 2002; Rodrigo-Holgado et al., 2018) es un instrumento analógico visual, con 4 ítems que cubren los elementos clásicos de la alianza al final de cada sesión: la relación, los metas y temas, el enfoque o método y en términos generales.

Registro de la actividad realizada en las sesiones

A continuación se van a explicar cada una de las técnicas utilizadas a lo largo de las sesiones.

Exploración empática general. Esta técnica consiste en enfatizar la habilidad de escucha empática del relato del paciente, así como de respuesta empática por parte del terapeuta, puesto que, según Goldman et al. (2016), de esta manera se propicia la exploración del paciente, la activación de los patrones emocionales vinculados a conflictos del propio individuo y la dotación de nuevos significados emocionales mediante procesos de reflexión y actuación. El terapeuta adopta un rol explorador del malestar emocional y del dolor más conmovedor del paciente. Asimismo, se atienden las señales de procesamiento emocional conflictivo. Esto es, así como exponen Goldman et al. (2016), desde la vivencia de dolor en la exploración interna del paciente, se identifican los procesos conflictivos de corte cognitivo-afectivo del paciente generadores de signos y síntomas de malestar. Por ende, la técnica en cuestión consiste en una colaboración terapeuta-paciente para descubrir los puntos conflictivos más relevantes de la experiencia interna del paciente (Goldman et al., 2016). Esta idea de colaboración debe ser transmitida al paciente. El resultado final óptimo es que la persona adquiera una sensación de alivio, bienestar, poder y control sobre su mundo emocional.

Facilitación de la expresión de un sentimiento. La realización de esta técnica favorece paulatinamente el desarrollo de uno de los elementos principales de la inteligencia emocional: la capacidad de realizar una adecuada formulación y comunicación de las propias emociones y estados internos a otros (incluyendo al terapeuta), tomando así consciencia del propio proceso experiencial (Elliott et al., 2004). Según Caro y Hornillos (2015), son elementos facilitadores de dicha expresión ser paciente, la construcción de una sólida y positiva alianza terapéutica, la adecuación a los tiempos necesitados por el paciente, que el terapeuta guíe al paciente en una relación terapeuta-paciente colaborativa, realizar un seguimiento empático cercano y adoptar una postura de compasión genuina.

“Focusing”. Es una técnica terapéutica desarrollada por Eugene Gendlin que consiste en llevar a cabo un proceso experiencial en el cual el paciente reconoce una sensación corporal que él mismo siente en ese momento, enfoca su atención en ella permaneciendo en dicha sensación y, posteriormente, procede a simbolizarla, ya sea gesticulando,

mediante imágenes, palabras, etc. (Gendlin, 1999; López, 2018). Este método permite a la persona descubrir nuevos matices de sus sensaciones, así como significados y conclusiones distintas a las conocidas anteriormente; esto resultará en un cambio sentido físicamente por el paciente. Este proceso es un modo de contactar con nuestras emociones y sentimientos sin que éstos nos bloqueen y lleva al paciente a experimentar una mayor conexión con la sensación sentida, accediéndose así a un conocimiento de la información que hasta antes de la realización del “focusing” era percibida únicamente de manera implícita.

Re-narración de una experiencia traumática. Es una técnica muy utilizada en la TFE ante situaciones de estrés postraumático. La narración de una experiencia traumática es generalmente dolorosa y perturbadora para el paciente. No obstante, es frecuente en dichos individuos sentir la necesidad de exponer los eventos que les llevaron a su victimización. Elliott et al. (2004) alega que la narrativa mencionada facilita el acceso de los pacientes a sus respuestas emocionales, lo que les permite reprocesarlas logrando así una mayor regulación emocional. El principal objetivo al llevar a cabo esta técnica es que los pacientes determinen y distingan con precisión los aspectos más relevantes del evento traumático y promover el cambio de sus patrones emocionales desadaptativos. Al compartir estas historias, con frecuencia el paciente las revive, al menos parcialmente. Según Elliott et al. (2004), en la narración, emergen las características más significativas para la persona, incluyendo aquellas que siguen confundiéndole o preocupándole. La utilidad de la re-narración de las experiencias traumáticas reside en que los detalles expresados sobre los eventos pueden variar según la confianza que se vaya generando con el terapeuta, a medida que se vayan aclarando los significados de los acontecimientos y que se vayan recordando más peculiaridades. De esta manera, dichas variaciones podrían derivar en el encuentro de acepciones nuevas y relevantes (Sluzki, 1996 citado en Aznar y Varela, 2019).

Silla vacía para asuntos no resueltos. Fritz Perls crea esta herramienta terapéutica en el marco de la terapia gestáltica con el objetivo de cultivar la autosuficiencia de la persona y de que se responsabilice de existir en el presente (Lara y Felix, 2022). Es utilizada habitualmente en el tratamiento de asuntos no resueltos de los pacientes (como puede ser el duelo) a fin de cerrar ciclos bien relacionados con situaciones concretas tanto pasadas como recientes, o relacionadas con personas ausentes o no disponibles, o bien con aspectos

de la propia personalidad de los pacientes (Lara y Felix, 2022). Según Paivio y Greenberg (1995), el terapeuta, mediante esta técnica, ofrece al paciente la posibilidad de entablar una conversación imaginaria: la finalidad es cambiar de perspectiva con el ente imaginariamente sentado en la silla, adoptar diferentes puntos de vista, reconocerse en posturas ajenas contemplando si lleva a una mayor comprensión, a un enfado más severo, etc. Así, el paciente se expresa en consecuencia. Según explicitan Lara y Felix (2022), en la parte práctica de esta técnica, se coloca una silla vacía enfrente del paciente y éste, imaginariamente, debe proyectar en ella su situación, persona o parte de su personalidad en conflicto. Posteriormente, el paciente inicia una conversación, el terapeuta le va guiando y puede ir cambiando de silla adoptando los diferentes roles (Lara y Felix, 2022). La “silla vacía” funciona como método facilitador de la expresión del mundo interno emocional de la persona.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción de la paciente

Características personales

La paciente es una mujer de cincuenta y siete años, divorciada. Desde hace dos años, mantiene una relación romántica estable con un hombre que soporta cargas familiares que impiden que puedan compartir casa. Desde que la paciente se divorció, vive con su madre y una hija de veinticinco años. Tiene otra hija con una discapacidad intelectual que vive en una residencia desde hace tres años.

En relación al campo académico y laboral, mencionar que tiene estudios elementales y destacar que realiza trabajos intermitentes que, con frecuencia, debe abandonar debido a su sintomatología médica.

Motivo de consulta

La paciente acude a terapia con una situación médica frente a la que se siente en conflicto e insegura: sufre taquicardias repetitivas sin hallazgos clínicos claros y es derivada a cirugía vascular para realizarle la ablación de un nódulo auriculoventricular. No quiere operarse pues sospecha que las causas de este cuadro son de tipo emocional. Además vértigos, contracturas en la espalda y parestesias en hombros y brazos. También refiere sufrir ansiedad, que frecuentemente se dispara como reacción a la sintomatología física.

Descripción de los terapeutas

El tratamiento fue conducido en coterapia por un terapeuta varón formado en el modelo y con más de 20 años de experiencia y una alumna del Máster en Psicología General Sanitaria como parte de sus prácticas.

Evaluación y Formulación de Caso

A fin de evaluar a la paciente se recurrió al procedimiento de FC en TFE que se detalla a continuación, el cual se complementó con los resultados en el Cuestionario Abierto de Consciencia Emocional-Motivacional (CACEM-5), en el cuestionario post-sesión HAT, en el cuestionario de síntomas SA-45, en el cuestionario post-sesión CORE-OM, en el Outcome Rating Scale (ORS) y en la Escala de Calificación de la Sesión (SRS), versión 3.0.

Formulación de Caso de la TFE

El modelo de Formulación de Caso de la TFE (FC) (Goldman et al., 2016) se centra en entender los procesos emocionales y cognitivos que subyacen a los problemas psicológicos del paciente y, a partir de ahí, organizar un proyecto terapéutico. Este proyecto es análogo a lo que en otros modelos constituye un plan de tratamiento, con la diferencia de que no se presenta como un programa estructurado sino como una red de posibilidades de cooperación entre cliente y terapeuta. Dichas posibilidades dependen de la emergencia, en la sesión, de uno de los marcadores de tarea que durante la exploración de los problemas que trae la persona a terapia, han sido reconocidos como señales de sus dificultades de procesamiento emocional. Este proyecto terapéutico pivota sobre un foco, que es una narrativa co-construida entre terapeuta y paciente, la cual explica esos problemas, sus consecuencias y los ciclos de producción de dolor emocional y malestar secundario, en el contexto de su vida. Los elementos del MENSIT son:

- La M de "task markers" (marcadores de tarea): se refiere a los eventos o situaciones específicas que constituyen la forma disfuncional o evitativa de responder las emocionales del paciente y que informan de las tareas terapéuticas a través de las cuales podrá mejorarse esta respuesta, regular la emoción y acceder al dolor nuclear y sanar heridas (reestructurar esquemas emocionales).
- La E de "primary emotions" (emociones primarias): se refiere a las emociones que experimenta el paciente en respuesta a los estímulos y situaciones en las que sus

necesidades existenciales no son satisfechas (emociones adaptativas) o no lo fueron en su momento (emociones desadaptativas). Estas emociones primarias, cuando son desadaptativas, se agrupan en tres categorías, parejas a las necesidades existenciales frustradas: soledad-tristeza, vergüenza-culpa y miedo-desconfianza. Son el objeto de la intervención y para ello deben ser exploradas, activadas y expresadas cuando se trate de emociones adaptativas y además deben ser transformadas en el caso de las desadaptativas.

- La N de "needs" (necesidades): se refiere a las necesidades existenciales subyacentes que están siendo frustradas en el presente (aunque quizá están siendo desatendidas) o no fueron satisfechas en el pasado y siguen empujando y causando dolor emocional en el presente. Estas necesidades se agrupan típicamente en tres clústers: amor-conexión, valoración-respeto y seguridad protección.
- La S de "secondary emotions" (emociones secundarias): se refiere a las emociones que el paciente experimenta como consecuencia de las emociones primarias y las necesidades no satisfechas. Estas emociones secundarias pueden incluir sentimientos rabia, vergüenza, culpa, celos, desesperanza y ansiedad y oscurecen el cuadro clínico, además de constituirse, con frecuencia en las "falsas dianas" de la intervención. Necesitan ser atendidas, validadas y reguladas para poder acceder a las emociones primarias.
- La I de "interruptive processes" (procesos interrumpidos): se refiere a los patrones de pensamiento o comportamiento que interrumpen o bloquean la capacidad del paciente para procesar sus emociones y necesidades. Estos procesos interrumpidos pueden ser de diferentes tipos, como la evitación, la negación, la rumia o el paso al acto.
- La T de "themes" (temas): se refiere primeramente a la naturaleza general de los problemas del paciente, que pueden ser asuntos relativos a su capacidad de experimentar, a asuntos intrapersonales (e.g., la autocrítica), a asuntos interpersonales (e.g., duelos complicados) y a asuntos existenciales. No obstante, la T de "temas" también puede ser entendida en la formulación en términos de los patrones subyacentes de emoción, pensamiento y conducta, que se repiten a lo largo del tiempo y que están relacionados con la historia de la persona. Estos temas pueden estar relacionados con la autoestima, la intimidad, el control, la confianza o la identidad, entre otros.

La FC en terapia breve y de tiempo limitado puede resultar menos abierta en cuanto a la noción de proyecto terapéutico y, según los casos y el contexto en el que se realice la

intervención, adoptar más claramente el aspecto de un plan de tratamiento estructurado. No obstante, siempre se da prioridad a la emergencia de marcadores de tarea que, por su gravedad o relevancia puedan redefinir este panorama. Por otra parte, la TFE breve y focal se plantea como una intervención que trabaja foco por foco, de manera que, dentro de un determinado paquete de sesiones, se puede trabajar con un proyecto terapéutico más limitado pero conectado con otros posibles proyectos implícitos en el caso.

MENSIT

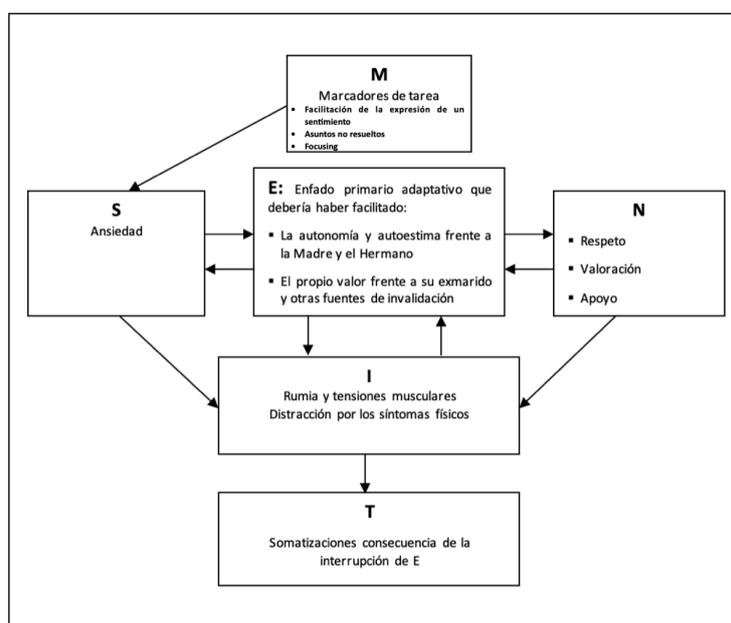
El MENSIT fue elaborado tras la primera sesión del caso y fue utilizado para comprender la problemática de la paciente (Figura 1) y acordar con ella un proyecto terapéutico personalmente significativo, a la vez que ampliar, progresivamente, esa comprensión y adaptar la intervención dinámicamente, a medida que los marcadores de tarea y los temas importantes fueran emergiendo en la sesión. La narrativa de la formulación de foco derivada del MENSIT de la paciente, fue expresada en los siguientes términos:

Tu vida no ha sido fácil y llevas un tiempo padeciendo síntomas físicos y médicos que te han llevado a estar a punto de someterte a tratamientos médicos agresivos, aunque algo dentro de ti te ha dicho que ese no era el camino, sino revisar tu vida y profundizar en tu experiencia. Eso es lo que hicimos el día anterior y vimos cómo toda tu tensión física resuena en tu cuerpo más allá de lo material, hablándote de lo enfadada que estás con algunas situaciones o personas, especialmente tu madre (que tras tu divorcio os acogió a ti y tus hijas en su casa, pero os cobra un peaje de desprecio), tu hermano que es su "niño mimado" y tu exmarido, que no te apoya en vuestras responsabilidades compartidas como padres. Sin embargo, y aunque en tu vida no te has rendido y has afrontado las dificultades que te han salido al paso ¡para lo que has tenido que sacar genio!, no has podido completar la expresión del enfado y, de alguna manera, éste sigue en tu cuerpo. Quizá porque hacerlo no encaja con tu manera de ser o porque hacerlo podría convertirte, a los ojos de los demás, en alguien "descontrolado" o indigno de respeto o cercanía. Además, probablemente no has contado con un espacio tranquilo y una relación de confianza en la que dejar espacio a ese enfado luego, quizá, a la tristeza por las relaciones perdidas o malogradas que rechazaban tu autonomía o tu valor personal. Tus necesidades de valoración y respeto por parte de tu madre, tu hermano y tu exmarido no fueron satisfechas en su momento y actualmente siguen sin serlo, sometiéndote, diariamente, a tensión y desprecios. Esa tensión está en tu cuerpo

(en tus taquicardias, en tus contracturas y en tus vértigos cervicales) y la sensación de no poder escapar de ahí, se ha convertido en ansiedad. Tu padre fue tu principal figura de apoyo y un vínculo que te dio gran parte de tu modo de ser y de lo que más te gusta de ti misma. Desde que murió, has visto reducidas las fuentes de apoyo y validación y te has volcado en tu hija mayor; aunque ya has visto que esa no es una solución. También tienes una pareja que te apoya y comprende pero que, por las circunstancias económicas de cada uno -y por sus propios problemas-, no termina de ser suficiente y te falta algo. Además, la dificultad para encontrar un trabajo que te permita ser autónoma complica el panorama y aumenta la sensación de indefensión y de estar atrapada. Pero, ¿qué hacer? ¿a dónde ir con todo esto? ¿quién lo escucha? ¿quién te aporta el reflejo de que todo eso es real y te ha pasado y te pasa a ti? ¿dónde sentir más claramente el derecho a enfadarte y a que tu enfado no solamente se descargue sino sea validado y no rechazado junto con tu propia persona? La terapia puede ser un lugar en el que ocuparnos de todas estas cosas, sintiéndolas y respondiendo con verdad y autenticidad. Puede ser doloroso, pero sobre todo "real", y esperamos que ocuparnos de todas estas emociones y recorrer los lugares y las personas con las que tienen que ver, te permita que algo cambie. No solo físicamente, sino también en tu sensación de poder y control y quizá en tu sensación de dirección o de dominio sobre tu propia vida. Esto implicará hablar de personas de esa vida y de historias que pueden ser dolorosas e incluso hablar a esas personas sentándolas en una silla enfrente de ti. ¿Te apuntas?

Figura 1

MENSIT de la Formulación de Caso



Cuestionario abierto de consciencia emocional-motivacional (CACEM-5) (Anexo II)

Las respuestas al Cuestionario CACEM-5 que se encuentran recogidas en el Anexo VIII reflejan una evolución de la experiencia emocional de la paciente: en las dos sesiones iniciales, la paciente reflexiona y, en un ambiente según su criterio “conciliador y agradable”, revela sentir “rabia, impotencia” y una necesidad de encontrarse consigo misma y relajarse. Desde las primeras sesiones verbaliza sentirse mejor al expresar dichos sentimientos y se da cuenta de su capacidad para expresar sus sentimientos. En la segunda sesión ya menciona sentimientos de alegría y tranquilidad que se van repitiendo a lo largo de sesiones posteriores; se siente feliz, quiere disfrutar y descansar (“las cosas pueden mejorar”, “la vida es muy bonita”).

Cuestionario post-sesión HAT (Anexo III)

Las respuestas al Cuestionario HAT, recogidas en el Anexo IX, exponen eventos que han tenido lugar a lo largo de las siete sesiones que han sido en gran medida útiles para la paciente. De esta manera, destaca que muchos de los eventos que han tenido una utilidad altamente notable para la misma tienen que ver con sacar su enfado (ira, rabia) y expresarlo con tranquilidad, con comunicar y sacar desde su “yo interior” lo que lleva dentro en general (sus sentimientos, emociones interiores, problemas y un trauma de la adolescencia). Del mismo modo, cabe mencionar también como eventos reveladores el sentimiento de liberación de la paciente, de tranquilidad al ser entendida y escuchada, y de bienestar al verbalizar “quiero hacer mi vida”, al llorar al hablar de su padre, etc.

Cuestionario SA-45 (Anexo IV)

Este cuestionario ha sido utilizado como manera de evaluar el cambio terapéutico mediante la realización del cuestionario tanto previa como posteriormente al tratamiento. En los resultados pretest y posttest en las subescalas del Cuestionario SA-45, recogidos en el Gráfico 1 y en la Tabla 2, se observa una clara evolución descendente de las puntuaciones. De esta manera, atendiendo a los baremos de este cuestionario, la paciente presenta puntuaciones moderadas en las subescalas de ansiedad (en la que la paciente puntuó 10 en el pretest y 3 en el posttest), de somatización (en la que la paciente puntuó 12 en el pretest y 2 en el posttest) y de depresión (en la que la paciente puntuó 9 en el pretest y 2 en el posttest). Asimismo, mencionar que el resto de subescalas apenas puntúan.

Cuestionario post-sesión CORE-OM (Anexo V)

Las respuestas al Cuestionario CORE-OM que se encuentran recogidas en el Gráfico 4 y en la Tabla 3, reflejan un descenso en las puntuaciones obtenidas: la más elevada (18) fue registrada tras la primera sesión, se puntuó entre 9 y 10 en las tres siguientes sesiones y se registró la menor puntuación (5) tras las quinta y sexta sesiones, destacando un repunte con una puntuación de 11 en la séptima sesión.

Outcome Rating Scale (ORS) (Anexo VI)

Las respuestas al cuestionario ORS que se encuentran recogidas en el Gráfico 2 y en la Tabla 3, reflejan: en relación al bienestar personal, una puntuación media (que oscila entre el 7,1 y el 7,7) generalmente estable (destacando una puntuación más elevada en la segunda sesión (8,5) y una menor (5) en la tercera); en cuanto al ámbito interpersonal, se muestra una puntuación ascendente recalcando una variación notable entre la primera (2,5) y la segunda sesión (8,4), tras la cual hubo un ligero descenso y las puntuaciones permanecieron más estables (puntuando desde un 6,3 en la tercera sesión a un 7,8 en las tres últimas sesiones); socialmente, destacar una valoración final (8) considerablemente más elevada que la inicial (4,7) y subrayar un repunte con una puntuación de 8,6 en la segunda sesión, tras la cual las puntuaciones fueron variando entre el 6,7 y el 8,2; por último, en relación al sentido general de bienestar, se observa también una puntuación generalmente ascendente a lo largo de las sesiones, puntuando un 5,5 en la sesión inicial, repuntando con un 8,7 en la segunda sesión, descendiendo a un 5,8 en la tercera y puntuando desde un 7,8 a un 8,4 en el resto de sesiones, finalizando con una valoración final de 8,3.

Escala de Calificación de la Sesión (SRS), versión 3.0 (Anexo VII)

Las respuestas al cuestionario SRS que se encuentran recogidas en el Gráfico 3 y en la Tabla 4, se asemejan a las respuestas obtenidas en el cuestionario ORS y, por tanto, reflejan: en cuanto a la relación, una puntuación media (que oscila entre el 7,1 y el 7,7) generalmente estable (destacando una puntuación más elevada en la segunda sesión (8,5) y una menor (5) en la tercera); en relación a las metas temas, se muestra una puntuación ascendente recalcando una variación notable entre la primera (2,5) y la segunda sesión (8,4), tras la cual las puntuaciones permanecieron más estables (puntuando desde un 6,3 en la tercera sesión a un 7,8 en las tres últimas sesiones); en referencia al enfoque o método, destacar una valoración final (8) considerablemente más elevada que la inicial (4,7) y subrayar un repunte

con una puntuación de 8,6 en la segunda sesión, tras la cual las puntuaciones fueron variando entre el 6,7 y el 8,2; por último, en relación al sentido general de bienestar, se observa también una puntuación generalmente ascendente a lo largo de las sesiones, puntuando un 5,5 en la sesión inicial, repuntando con un 8,7 en la segunda sesión, descendiendo a un 5,8 en la tercera y puntuando desde un 7,8 a un 8,4 en el resto de sesiones, finalizando con una valoración final de 8,3.

TRATAMIENTO

El tratamiento consistió en 7 sesiones dentro de un protocolo de Terapia Focalizada en la Emoción Breve basado en las propuestas de Elliott (2001) y Leijssen y Elliott (2008) acerca de la adaptación de la TFE (Greenberg y Goldman, 2019) al formato breve. Las sesiones discurrieron semanalmente de diciembre a febrero con dos pausas: fiestas navideñas y un esguince de la paciente, que obligó a posponer una de las citas.

En este planteamiento, se parte de un trabajo de exploración empática, destinado a explorar los temas que trae el cliente en el contexto más amplio de su vida, a fin de poder realizar una formulación de caso. Se espera construir una alianza terapéutica basada en la experiencia positiva del trabajo temprano con la emoción con base en la formulación. También se recurre al “focusing” para ayudarle a desarrollar una relación interna consigo mismo sana y productiva, además de para facilitar el procesamiento de experiencias poco claras. El trabajo interpersonal toma la delantera cuando los esquemas interpersonales desadaptativos están obstaculizando la vida relacional del cliente. Lo mismo sucede con el trabajo intrapersonal, relativo al procesamiento de las escisiones asustadoras y autocríticas. Después de abordar estas cuestiones, se retorna al trabajo centrado en la persona, orientado a que la persona se implique en la construcción narrativa de su vida y tenga la oportunidad de inscribir los cambios en su identidad y de conectarlos con su situación actual. Por último los procesos y temas existenciales también son abordados, especialmente cuando el cliente lucha con los "hechos vitales" que implican duelo o vulnerabilidad, a fin de ayudarle a procesar la experiencia y responder con autenticidad y coraje.

Procesos clave, técnicas utilizadas y cambios de cada sesión terapéutica

La Tabla 1 recoge el proceso terapéutico sesión por sesión, sintetizándose las actividades realizadas en cada una de ellas, en función de los marcadores de tarea emergentes.

Tabla 1

Descripción del proceso terapéutico

Sesión	PROCESO CLAVE	TÉCNICAS UTILIZADAS
Primera	<p>Exploración de la relación actual y pasada con la madre.</p> <p>Exploración de la diferencia de trato con Padre y Madre, y de la actitud diferencial de trato hacia el hermano (mimado en la adultez pese a su egoísmo) y hacia ella (exigencia y crítica por todo).</p> <p>Recuerdo de la muerte del Padre y la pérdida que supuso en términos de soledad.</p>	<p>Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a conflictos en la relación con la madre, el padre y su hermano.</p> <p>Facilitación de la expresión de un sentimiento: sentimiento de soledad y pérdida que le supuso el fallecimiento de su padre.</p>
Segunda	<p>Explora un problema con el personal de la residencia donde está su hija, en la que aprecia negligencia. Aunque ha protestado por teléfono y en persona varias veces, no parece surtir efecto e ignoran sus quejas. Accede a los sentimientos de impotencia y se hace patente cómo retiene el enfado aunque de palabra crea mostrarlo.</p>	<p>Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a conflictos con el personal de la residencia de su hija.</p> <p>Facilitación de la expresión de un sentimiento: sentimientos de impotencia (se encuentra una resistencia a la técnica en la retención del enfado).</p>
Tercera	<p>Explora la relación con su pareja actual, marcada por la desaprobación de una madre de quien depende económicamente y por la falta de autonomía económica que él también experimenta. Aborda algunas de las intrusiones recientes y críticas de la madre y no solo se enfada sino que entra en contacto con lo doloroso de la experiencia de no tener ese apoyo y cómo eso le produce desesperanza además de sentirse atrapada en la casa de ella.</p>	<p>Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a la relación con su pareja y a conflictos en la relación con su madre y relacionados con la dependencia económica.</p> <p>“Focusing”: entra en contacto con el dolor provocado por la ausencia de apoyo.</p> <p>Facilitación de la expresión de un sentimiento: enfado, desesperanza, sentimiento de estar atrapada.</p>
Cuarta	<p>Relata las dificultades actuales para encontrar un empleo que le permita ser autónoma y de la precariedad de los que encuentra. Entonces recuerda lo feliz que fue hace unos años cuando estuvo trabajando una temporada como vigilante en un museo. Allí encontró una remuneración digna pero sobre todo un ambiente agradable donde hizo vínculos que duran hasta hoy. Una reestructuración de la plantilla propició que no le renovaran el contrato, aunque ella sospecha que en esa decisión tuvo que ver una jefa por la que no se sintió bien tratada en un momento dado. Sea como sea, eso fue una pérdida en sí mismo, se sintió tratada injustamente y condenada de nuevo a una situación de precariedad y a una vida con pocos vínculos.</p>	<p>Exploración empática general: activación de patrones emocionales relacionados con conflictos en la búsqueda de empleo no precario, con un trato según la paciente injusto y con la falta de vínculos.</p>
Quinta	<p>Hablando de su Padre y de las diferencias de trato con su Madre, accede al recuerdo de un incidente traumático: cuando era adolescente, su Padre la envió a hacer un recado a casa de un cliente al que debía llevarle unos papeles. Éste comenzó a decirle frases sexuales y a intentar tocarla pero ella se zafó y huyó. Al contarle a su Madre, ésta le dijo que no se lo hiciera saber a su Padre para no crearle problemas con el cliente. esta invalidación le dolió, pero además retrasó en días el obtener la validación, el consuelo y la protección de su padre.</p>	<p>Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a conflictos en la relación con el padre y la madre y a la invalidación del abuso vivido.</p> <p>Re-narración del trauma: situación de abuso sexual.</p> <p>Silla vacía para asuntos no resueltos con la Madre: diferencias de trato, invalidación del abuso.</p>

Sesión	PROCESO CLAVE	TÉCNICAS UTILIZADAS
Sexta	Quizá como resaca de la sesión anterior y como resultado de nuevas invalidaciones en la convivencia diaria, trae de nuevo a su Madre a la sesión. Explora entonces los sentimientos de falta de una madre de verdad, que le han hecho no contar con una mujer con la que identificarse y vivir, en cierto modo una vida "poco rica", al no poder compartir cosas e intimidades con ella. Hay espacio entonces para procesar una tristeza primaria adaptativa.	Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a conflictos en la relación con la madre. "Focusing": conecta con la falta de una madre que le sirviera de modelo y con la que vivir y compartir. Se procesa una tristeza primaria adaptativa.
Séptima	Al ser la última sesión, se le ofrece hacer balance de la experiencia de terapia, así como la posibilidad de poner sobre la mesa asuntos que podrían requerir más trabajo. Además de valorar la experiencia de liberación emocional y de celebrar la reducción de síntomas físicos, plantea una inquietud de cara al futuro: la poca colaboración y la actitud despreciativa de su exmarido, con quien aún comparte dos hijas (una con discapacidad intelectual), y la sensación de desamparo de cara al futuro que esto le supone. Además, esta persona vive en el mismo edificio. Al explorar la relación con él, asoma el dolor de los desprecios anteriores que condujeron a la separación. Explora la historia de la relación y verbaliza que se trató de una relación inmadura en la que ambos se refugiaron para salir de casa de sus padres. No obstante, reclama el derecho a haber sido tratada bien y a que él no pisoteara la relación de amistad y apoyo mutuo que les unió inicialmente.	Exploración empática general: activación de patrones emocionales vinculados a la liberación emocional y la reducción de síntomas, pero también a conflictos en la relación con su exmarido, dolor de los desprecios, reclama sus derechos y el apoyo mutuo inicial. Silla vacía para asuntos no resueltos con exmarido: poca colaboración, actitud despreciativa, sensación de desamparo de cara al futuro.

Procesos clave y técnicas utilizadas

Las técnicas utilizadas en la primera sesión fueron la *exploración empática general* y la *facilitación de la expresión de un sentimiento*. El malestar interpersonal sentido por la paciente (habiendo puntuado 2,5 en el cuestionario ORS) puede ser producto de la exploración de su relación con la madre, padre y hermano. El malestar moderado reflejado en el CORE-OM (18) es coherente con los sentimientos de la paciente de rabia e impotencia mostrados en el CACEM-5 y, en la activación de patrones emocionales vinculados al padre que potenciaron el lloro de la paciente (HAT). Del mismo modo, el proceso de facilitación de la expresión de sentimiento de soledad y pérdida que le supuso el fallecimiento de su padre también le permitieron "sacar sus lágrimas" (HAT). En este punto, esta técnica favoreció resultados de bienestar moderado a nivel individual (puntuando 7,5 en el ORS) congruentes con el haber logrado expresarse y relajarse (CACEM-5), sacado su enfado, golpeado, ser contundente y decir "quiero hacer mi vida" (HAT). Finalmente, el encontrarse en un ambiente conciliador y agradable (CACEM-5) propició la sensación de, incluso en la primera sesión, haber conseguido expresarse y relajarse, lo que provocó un bienestar moderado en cuanto a la

relación con el terapeuta (7,1 SRS). La exploración de la paciente le lleva a expresar cierta necesidad de encontrarse a sí misma. La puntuación 2,5 en la subescala “metas y temas” del SRS es coherente con no haber logrado aún su objetivo (al ser la primera sesión).

En la segunda sesión, la técnica de *exploración empática general* activa patrones emocionales vinculados a conflictos con el personal de la residencia en la que vive su hija, de esta manera, mediante la técnica de *facilitación de la expresión de un sentimiento*, siente que logra expresarse enfadada, ponerse seria, expresar su ira, rabia, e impotencia, y, en consecuencia, relajarse y liberar tensiones (HAT), originando en la paciente una sensación de paz, tranquilidad y alegría (CACEM-5). Todo ello favorece una muy buena relación terapéutica (puntuando 8,5 en el SRS) y un logro en relación a los objetivos terapéuticos (con una puntuación de 8,4 en la subescala metas y temas del SRS). Todo lo expuesto contribuye a una disminución del malestar sentido (puntuando 9 en el CORE-OM). A nivel individual, estas técnicas ayudan a la paciente a darse cuenta de su necesidad de encontrarse consigo misma y de que puede expresar mejor sus sentimientos interiores (CACEM-5), siendo coherente con la puntuación de 8,5 en el ORS. No obstante, la paciente presenta una resistencia a expresar su enfado (ella siente expresarlo, aunque hay una retención del mismo).

En la tercera sesión, la *exploración empática general* produce la activación de patrones emocionales vinculados a la relación con su pareja y a conflictos en la relación con su madre (puntuando 6,3 en relación al bienestar individual en el ORS), así como relacionados con su situación de dependencia económica que favorece una menor puntuación en relación al bienestar individual (5) y social (6,7) en el ORS. El “*focusing*” puede haber servido como técnica para entrar en contacto con el dolor provocado por la ausencia de apoyo maternal. Del mismo modo, la *facilitación de la expresión de un sentimiento* potenció la comunicación del enfado, desesperanza y el sentimiento de estar atrapada de la paciente (también coherente con la valoración de 5 en el ámbito individual del ORS). De esta manera, expresa en las respuestas al CACEM-5 que puede expresar sus sentimientos y que al finalizar la sesión se siente más tranquila (puntuando 10 en el CORE-OM en relación al malestar general).

En la cuarta sesión, la técnica de *exploración empática general* activa patrones emocionales relacionados con conflictos en la búsqueda de un empleo no precario, con una falta de vínculos y con haberse sentido injustamente tratada en una experiencia laboral

anterior, siendo todo ello congruente con una no disminución de la puntuación de 9 en el CORE-OM con respecto al malestar general. La satisfacción de poder contar sus problemas, sentirse entendida y escuchada (HAT) es coherente con una puntuación moderada de bienestar individual (puntuando 7,2 en el ORS), con una puntuación de 7,3 en la subescala relación terapéutica del SRS y con los sentimientos de felicidad, alegría, ganas de disfrutar, “la vida es muy bonita” del CACEM-5 (indican una progresión en cuanto a los objetivos a lograr entrando en congruencia con la puntuación 7,4 en la subescala metas y temas del SRS).

En la quinta sesión, se hace uso de la técnica de *re-narración del trauma* mediante la cual la paciente cuenta una situación de abuso sexual vivida en su adolescencia (evento de gran utilidad para la paciente según muestra HAT). Mediante la *exploración empática general*, se activan patrones emocionales vinculados a la situación de abuso y al sentimiento de invalidación del mismo abuso por parte de su madre y conecta con su deseo de haber tenido el consuelo y la protección de su padre en dicha situación de abuso. Por último, se pone en práctica la técnica de la *silla vacía* a fin de tratar asuntos no resueltos con la madre, tanto respecto a las diferencias de trato en relación a otros miembros de la familia como con la invalidación realizada del abuso. Los sentimientos de alegría, bienestar, tranquilidad y relajación (reflejados en el CACEM-5) son congruentes con la liberación sentida al narrar esta experiencia, con el descenso de puntuación del malestar general del CORE-OM (5) y con la puntuación 7,3 relativo al ámbito individual del ORS.

En la sexta sesión, hay una activación de patrones emocionales vinculados a conflictos en la relación con la madre durante la realización de la técnica de *exploración empática general*. La técnica de “*focusing*” permite que la paciente conecte con el sentimiento de ausencia de una “madre modelo” con la que vivir y compartir, procesando así una tristeza primaria desadaptativa, siendo lo expuesto coherente con la liberación sentida de los sentimientos de su “yo interior” (HAT), con la felicidad, paz y libertad expresada en el CACEM-5, con la puntuación 7,6 del ORS en la dimensión individual, así como con la puntuación de un malestar general leve (5) del CORE-OM.

En la séptima y última sesión, se realiza una *exploración empática general* en la que se produce la activación de patrones emocionales vinculados a la liberación emocional y la reducción de síntomas tras el proceso terapéutico, congruente con la felicidad, tranquilidad y paz interior expresados en el CACEM-5, que correlaciona a su vez con la puntuación de 7,7

tanto en el ámbito individual del ORS como en la relación terapéutica del SRS. Del mismo modo, también se produce una activación de esquemas emocionales vinculados a conflictos en la relación con su exmarido (reclama sus derechos, siente dolor ante su desprecio y anhela el apoyo mutuo de la relación inicial). Finalmente, se pone en práctica la técnica de la *silla vacía* a fin de tratar asuntos no resueltos con su exmarido, manifestando inquietud debido a su poca colaboración, actitud despreciativa y a la sensación de desamparo de cara al futuro, coherente con la puntuación de malestar general del CORE-OM (11). Todo ello correlaciona con la capacidad de expresarse y “sacar lo que lleva dentro” reflejada en el HAT como evento clave útil.

RESULTADOS

A fin de valorar el impacto terapéutico de la intervención, en este apartado se procede a exponer los resultados obtenidos tras el estudio de las respuestas a los múltiples cuestionarios realizados tanto de corte cuantitativo como cualitativo, de los procesos clave de las sesiones y de los cambios de cada sesión terapéutica.

Desde el punto de vista cualitativo, en las respuestas de la paciente en el cuestionario post-sesión HAT se observa un cierto cambio en los eventos considerados útiles: en las sesiones iniciales dichos acontecimientos tienen que ver con expresiones de enfado que, tras un significativo proceso de introspección, a lo largo de las sesiones evolucionan hacia expresiones asociadas a su mundo interior más profundo. Desde las primeras sesiones, la paciente se da cuenta de su capacidad para expresar sus emociones y del bienestar que siente al expresar su enfado y comunicarse desde su “yo interior”. Del mismo modo, se siente liberada, entendida y tranquila al ser escuchada. Los datos presentados son coherentes con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SA-45 (recogidos en el Gráfico 1 y la Tabla 2), las cuales marcan un gran descenso en las puntuaciones del pretest (42) y el postest (7), indicando una alta eficiencia de

la intervención. No obstante, cabe matizar que hay subescalas en las que apenas había puntuación (psicoticismo, ideación paranoia, etc.). De esta manera, se recalca que las

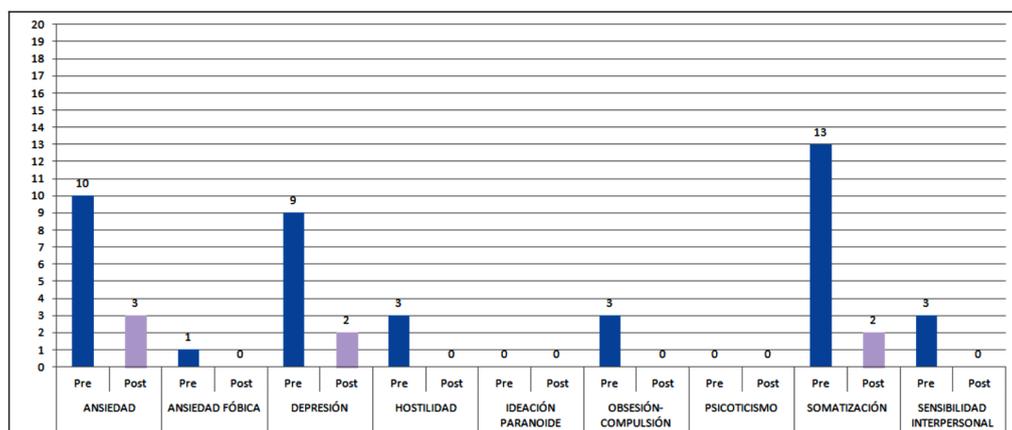
Tabla 2
Resultados en el cuestionario SA-45 por subescalas

	Hostilidad	Somatización	Depresión	Obs.-Comp.	Ansiedad
Pre	3	12	9	3	10
Pos	0	2	2	0	3
	Sens. Interp.	Ans. Fóbica	Id. Paranoide	Psicoticismo	TOTAL
Pre	3	1	0	0	42
Pos	0	0	0	0	7

subescalas relevantes para el caso (depresión, ansiedad, somatización y depresión) fueron las que mostraban puntuaciones más altas: en la subescala de ansiedad, la paciente puntuó 10 en el pretest y 3 en el postest; en la de somatización la paciente puntuó 12 en el pretest y 2 en el postest y en la de depresión la paciente puntuó 9 en el pretest y 2 en el postest.

Gráfico 1

Resultados pretest y postest en las subescalas del Cuestionario SA-45



Esta evolución es coherente con el MENSIT elaborado y con los anteriormente explicados resultados obtenidos en el cuestionario HAT reflejados en el Anexo IX. Asimismo, desde el punto de vista cualitativo y respecto al impacto que tuvieron las sesiones de terapia, también resultan coherentes con las respuestas del cuestionario CACEM-5 recogidas en el Anexo VIII: la paciente fue experimentando sentimientos de felicidad a medida que iba expresando sus sentimientos, empezó a ser capaz de sentir alegría y bienestar (“la vida es muy bonita”). Al finalizar las sesiones, en lugar de estar sintiéndose enfadada y ansiosa, se sintió orientada a disfrutar y relajarse. Al tratarse de una intervención breve disminuye la precisión de saber si hay una mejora real o no. No obstante, los resultados de este cuestionario reflejan una evolución de la experiencia emocional de la paciente, progresando desde sentimientos de “ira” e “impotencia” a “felicidad” y bienestar.

Del mismo modo, tanto en el cuestionario ORS (resultados recogidos en el Gráfico 2 y la Tabla 3) como en la escala SRS (resultados recogidos en el Gráfico 3 y la Tabla 4), se indica una evolución del estado de la paciente en general favorable, progresando desde puntuaciones en el indicador general de 5,5 a 8,3 en la última sesión y destacando en todos los dominios un repunte en la segunda sesión y un descenso en la tercera que finalmente acaba siendo compensado con una mejoría de las puntuaciones. En la segunda sesión, se hace patente como la paciente retiene el enfado y logra acceder a sus sentimientos de impotencia

que le provoca la situación problemática con la residencia en la que vive su hija. Por otra parte, en la tercera sesión, la paciente siente enfado al reflexionar sobre la relación con su madre y siente el dolor de la experiencia de no tener el apoyo materno que necesita, así como desesperanza y un sentimiento de estar atrapada en la casa de su madre. La puntuación más elevada en la última sesión (8,3) pudo venir derivada de la realización del balance de la experiencia de terapia, de liberación emocional y de la celebración de la reducción de sintomatología física experimentada.

En relación al cuestionario ORS, cabe destacar que la subescala que claramente ha experimentado una mayor mejoría a lo largo del proceso es el malestar interpersonal: en la primera sesión, puntúa un 2,5 en la subescala mencionada, puntuación posiblemente relacionada con la exploración realizada en terapia de la relación con su madre, padre y hermano y

Gráfico 2

Resultados en el cuestionario Outcome Rating Scale (ORS) a lo largo de las sesiones

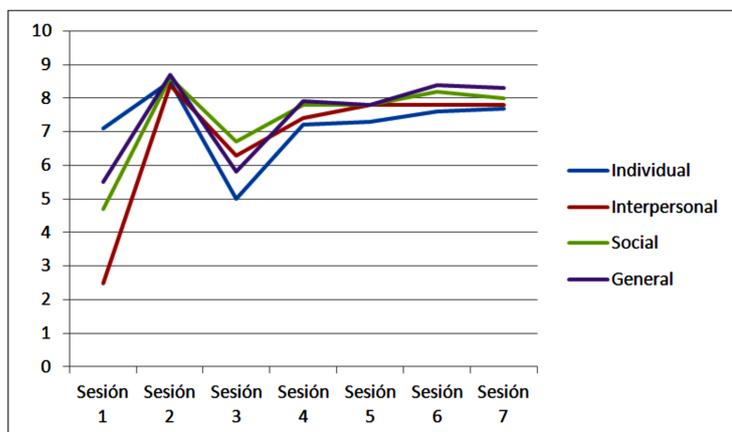


Tabla 3

Resultados en los cuestionarios ORS y CORE-10 a lo largo de las sesiones

SESIÓN	Individual	Interpersonal	Social	General	CORE-10
Sesión 1	7,10	2,50	4,70	5,50	18
Sesión 2	8,50	8,40	8,60	8,70	9
Sesión 3	5,00	6,30	6,70	5,80	10
Sesión 4	7,20	7,40	7,80	7,90	9
Sesión 5	7,30	7,80	7,80	7,80	5
Sesión 6	7,60	7,80	8,20	8,40	5
Sesión 7	7,70	7,80	8,00	8,30	11

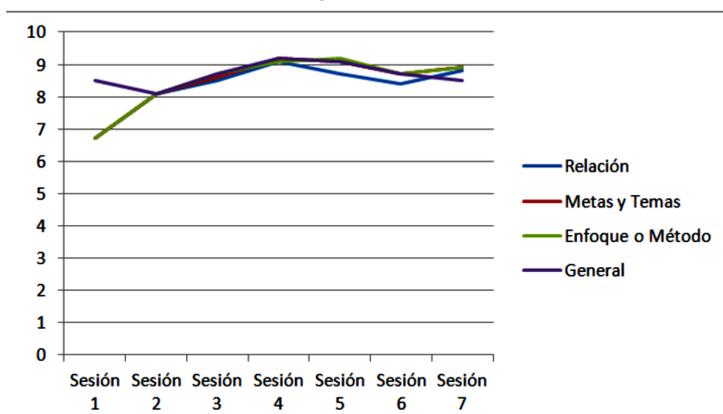
Tabla 4

Resultados en el cuestionario SRS a lo largo de las sesiones

SESIÓN	Relación	Metas y Temas	Enfoque o Método	General
Sesión 1	7,10	2,50	4,70	5,50
Sesión 2	8,50	8,40	8,60	8,70
Sesión 3	5,00	6,30	6,70	5,80
Sesión 4	7,20	7,40	7,80	7,90
Sesión 5	7,30	7,80	7,80	7,80
Sesión 6	7,60	7,80	8,20	8,40
Sesión 7	7,70	7,80	8,00	8,30

Gráfico 3

Resultados en el cuestionario SRS a lo largo de las sesiones



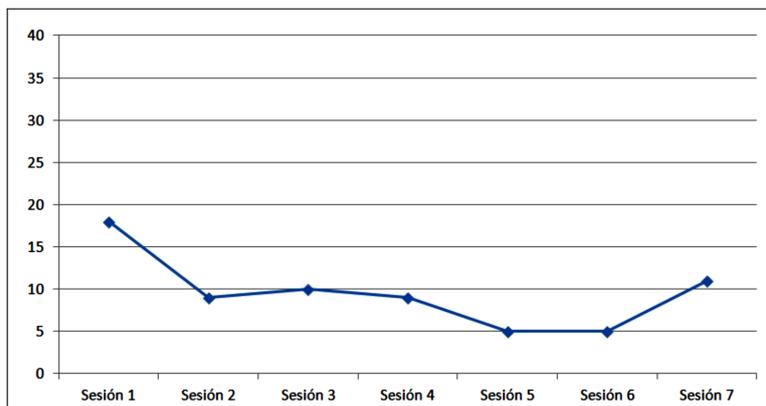
con el recuerdo de la pérdida de su padre y un sentimiento de soledad.

Finalmente, los resultados del Cuestionario CORE-OM (recogidos en el Gráfico 4 y la Tabla 3) denotan un malestar moderado al inicio de la terapia que desciende progresivamente.

Es destacable el ligero repunte de la última sesión, en la cual la paciente plantea una inquietud provocada por la actitud despreciativa y la poca colaboración que siente por parte del ex-marido, así como una sensación de desamparo ante ciertos aspectos de la vida futura (posible explicación del malestar de la paciente).

Gráfico 4

Resultados en el cuestionario CORE-10 a lo largo de las sesiones



Ante todo lo expuesto, queda reflejada una dinámica de mejoría en general del estado de la paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión de los resultados terapéuticos, de sus causas y de la eficacia de la intervención

La paciente del caso llevaba tiempo padeciendo una sintomatología física que casi le llevó a someterse a tratamientos médicos agresivos y a plantearse una cirugía. Frente a esta situación médica, la cliente se sentía en conflicto e insegura, ya que interiormente sospechaba que el origen de los síntomas mencionados era de corte emocional y que podría estar somatizando en lugar de resolviendo asuntos emocionales del pasado y del presente. De esta manera, decidió acudir a terapia buscando algo más que una solución médica. Así, tuvieron lugar siete sesiones terapéuticas enmarcadas en la TFE breve en las que la paciente se implicó en un proceso de introspección y un profundo análisis de su experiencia.

La problemática expuesta por la mujer parecía tener forma de tensión y frustración acumulada debido a relaciones interpersonales a lo largo de su vida que no habían sido satisfactorias y habían dejado necesidades emocionales sin cubrir: necesidades, por una parte, de respeto y validación y, por otra, de conexión y cariño. Además, el fallecimiento de su

padre redujo sus fuentes de apoyo y aprobación y las circunstancias económicas y personales de su pareja actual no le permitían sentirse completamente complacida. La dificultad para encontrar un trabajo que le permitiera ser autónoma complicaba aún más el panorama y aumentaba la sensación de estar atrapada, angustiada e indefensa.

Los procesos de tratamiento que fueron facilitadores durante la terapia implicaron el uso de cinco técnicas terapéuticas. En primer lugar, la técnica de *exploración empática general*, en una colaboración terapeuta-paciente y en conformidad con lo expuesto por Goldman et al. (2016), propició la exploración de la paciente de su mundo interno, produciéndose así la activación de patrones emocionales vinculados a conflictos internos propios, asociados a relaciones familiares (con su madre, hermano y difunto padre), a relaciones amorosas (con su ex-marido y pareja actual), a una situación problemática con el personal de la residencia de su hija, a una experiencia laboral anterior, a su situación de dependencia económica y de búsqueda de un empleo no precario, a la ausencia de vínculos, a la situación de abuso vivida y, en últimas sesiones, a una liberación emocional y reducción de síntomas. Todo ello, permitió a la paciente y al terapeuta identificar los procesos conflictivos generadores de la sintomatología de malestar y una necesidad de encontrarse a sí misma.

La *facilitación de la expresión de un sentimiento* favoreció, a lo largo de las sesiones, la capacidad de la paciente de formular y comunicar efectiva y adecuadamente sus propias emociones y su estado interior (siendo éste, según Elliott et al. (2004), un elemento principal de la inteligencia emocional). De este modo, la paciente fue capaz de comunicar su enfado, desesperanza y rabia y expresarlo con serenidad. Asimismo, este proceso le facilitó la expresión de un sentimiento de soledad y pérdida causado por la muerte de su padre y le permitió llorar y desahogarse. Las expresiones de la paciente evolucionaron desde el enfado y la ira en sesiones iniciales, hasta asociarse a su mundo interior más profundo. Todo ello junto a la escucha y atención recibida por parte del terapeuta, promovió en la paciente sentimientos de liberación y tranquilidad y, en concordancia a lo expuesto por Elliott et al. (2004), le permitió tomar consciencia de su propia evolución experiencial y sentir paz, tranquilidad y un cierto bienestar tanto a nivel individual como en la relación con el terapeuta.

El “*Focusing*”, fue implementado en la tercera y sexta sesión terapéutica con la intención de que la paciente conectara con sus sentimientos y descubriera nuevos matices de sus emociones, evitando el bloqueo emocional, facilitándole el procesamiento de experiencias

vividas y llegando a perspectivas distintas a las adoptadas anteriormente (Gendlin, 1999). Así pues, mediante el uso de esta técnica, la paciente pudo entrar en contacto con el dolor sentido, cuyo origen era la carencia de una madre con la que sentirse apoyada, querida y admirada. Esta introspección llevó a la paciente a procesar una tristeza primaria desadaptativa (Greenberg, 2000), conectando así con su verdadero “yo interior” y experimentando una sensación de liberación de sentimientos.

La *re-narración de una experiencia traumática* fue liberadora y de gran utilidad para la paciente, al permitirle relatar y revelar una estremecedora situación de abuso sexual vivida en su adolescencia. En consonancia a lo alegado por Elliott et al. (2004), esta técnica impulsó la conexión de la paciente con la tristeza sentida ante la ausencia de validación del abuso por parte de su madre y con el anhelo de haber obtenido el consuelo y la protección de su padre en esa circunstancia.

Por último, la técnica de la *silla vacía* se puso en práctica con el objetivo de tratar asuntos no resueltos de la paciente con la madre (quinta sesión) y con su ex-marido (séptima sesión). En ambas ocasiones, coincidiendo con lo expuesto por Lara y Felix (2022), esta técnica actuó como un método favorecedor de la expresión del mundo interno emocional de la paciente que produjo una liberación sentida al narrar el acontecimiento traumático (siendo el reconocimiento tanto de su capacidad de expresarse como de exteriorizar y verbalizar su estado interior eventos claves de gran utilidad para ella). Asimismo, la *silla vacía* suscitó a la paciente un cúmulo de sentimientos positivos de alegría, bienestar y relajación.

De esta manera, aún considerando la posible influencia de factores externos, teniendo en cuenta el impacto en la paciente de las técnicas realizadas y el reflejo de sus propios pensamientos y sentimientos acerca de su positiva evolución en los diversos cuestionarios aplicados, se podría inferir que los resultados terapéuticos obtenidos fueron atribuibles a la terapia, demostrando así la eficacia de la intervención.

Discusión general del caso

En el caso que nos ocupa, la terapia resultó ser un espacio en el que la paciente pudo ocuparse de todas las emociones acumuladas, recorrer las épocas y las personas con las que estaban relacionadas y encontrar nuevas formas de afrontarlas. Mediante este procesamiento emocional, la paciente revisó sus patrones disfuncionales y, como consecuencia, experimentó una mayor sensación de bienestar psicológico, cumpliéndose así

la primera hipótesis planteada en el trabajo. El cambio experimentado no solo fue a nivel corporal (reducción de la sintomatología física), sino también en su sensación de poder y control sobre su propia vida. Este cambio ayudó a la paciente a encontrar una dirección y un dominio sobre sí misma generando así una reducción de la sintomatología ansiosa padecida y una mayor satisfacción y bienestar al sentir que podía vivir una vida más plena (confirmándose la validez de la segunda hipótesis planteada en el trabajo).

El proceso terapéutico resultó ser un escenario tranquilo en el que la paciente pudo expresarse libremente y lograr un buen vínculo con el terapeuta estableciendo una relación de confianza en la que pudo sentirse escuchada, comprendida y validada. Así, la paciente encontró en la terapia la ayuda y el apoyo que necesitaba para sentir el derecho a enfadarse y a que su enfado fuera validado y no rechazado junto con su propia persona; esto le permitió darse apoyo a sí misma y encontrar en la autorización del enfado una manera de poner límites a terceros y de hacer valer sus propias necesidades. Explorar y abordar estas cuestiones permitió identificar y resolver sus necesidades no cubiertas; fue un proceso emocionalmente intenso y, en ocasiones, doloroso. No obstante, de esta manera la experiencia terapéutica pudo ser “real” y significativa y conllevar un cambio auténtico, contribuyendo así al crecimiento personal de la cliente y verificando la tercera hipótesis planteada en el trabajo.

Ante todo lo expuesto y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diversos cuestionarios realizados, quedó patente una evolución positiva en el estado general de la paciente, siendo evidente su mejoría emocional y mental.

Fortalezas y Debilidades

A fin de valorar la fiabilidad de los resultados expuestos en este trabajo, así como de las conclusiones sobre el cambio de la paciente y la eficacia de la terapia, se exponen a continuación algunas fortalezas y debilidades de este estudio de caso.

En primer lugar, mencionar como debilidad el hecho de no contar con un material visual que capte la intervención terapéutica. La información obtenida de cada sesión de terapia fue proporcionada a través de informes terapéuticos. De esta manera, se ha realizado el análisis sin presenciar físicamente ni vivir en primera persona a través de grabaciones audiovisuales las numerosas sesiones que se han llevado a cabo. Por otra parte, hubiera sido positivo complementar el cuestionario SA-45 con una entrevista pre y post tratamiento, ya

que, a pesar de tratarse de un buen cuestionario, presenta dimensiones limitadas, siendo ésta otra debilidad del estudio.

Asimismo, el trabajo llevado a cabo en estas siete sesiones terapéuticas se ha centrado en la profundización de las necesidades de respeto y validación que sentía la paciente, siendo ésta, en un primer momento, aparentemente suficiente para ir reduciendo la somatización realizada al estar relacionada con el enfado no expresado. No obstante, en relación a un futuro desarrollo de otras siete sesiones en el marco de la TFE breve, una propuesta de intervención podría ser abordar las necesidades de conexión y cariño también sentidas por la paciente y que no han sido tan atendidas en la terapia realizada hasta ahora.

Por último, destacar como fortalezas del estudio el detallado informe terapéutico, la periodicidad semanal establecida para el desarrollo de las sesiones, las respuestas de la paciente a múltiples cuestionarios relevantes para el tema tratado, la amplia experiencia del profesional en TFE y la metodología de coterapia.

Conclusiones

En este punto, reflexionar sobre la influencia de factores externos en el caso que nos ocupa me ha llevado a pensar que puede que haya un contexto social que sustente y explique la situación vivida por la paciente.

La socialización y educación emocional de las mujeres en la sociedad actual tiende a conllevar una negación, represión o minimización de sus emociones (Johnson, 2019). Esta socialización del género femenino implica, en muchos contextos, tener que ser más “racionales” y “controladas”, lo que deriva en una falta de reconocimiento y aceptación de su mundo emocional, afectando a su habilidad de expresión y comunicación tanto de sus necesidades como de sus anhelos en las relaciones interpersonales (Bylsma y Hofmann, 2013). La exploración del mundo interno emocional y la consecuente expresión a terceros abordadas en intervenciones terapéuticas enmarcadas en la TFE, pueden favorecer la conexión de las mujeres con sus propios sentimientos, el reconocimiento de su derecho a experimentar y a sentir y el aprendizaje de un manejo productivo de sus emociones (Greenberg, 2015). Todo ello, puede influir positivamente en la calidad de sus vínculos y empoderarlas para encontrar apoyo en ellas mismas, expresarse libremente y actuar de acuerdo a sus intereses y motivaciones de forma autónoma; logrando así un mayor bienestar psicológico.

De este modo y desde una perspectiva sociológica, la TFE representa un método valioso para tratar conflictos emocionales internos derivados de las complicadas situaciones, dinámicas y relaciones interpersonales de la vida diaria. En este sentido la TFE es un instrumento que facilita el reconocimiento de las emociones y propicia la expresión de las mismas suponiendo una gran ayuda en las relaciones interpersonales. Asimismo, la TFE, al no enfocarse en los diagnósticos y las etiquetas de los trastornos, libera a los pacientes de sentirse estigmatizados y les empodera para trabajar en sus conflictos emocionales.

La mujer en la búsqueda de un sostén emocional se encuentra habitualmente ante muros de diversas índoles: culturales, económicos, sociales, etc. (Bylsma y Hofmann, 2013). Las personas no “preferimos” una conducta sino que la “aprendemos”, por lo que vamos adaptándonos a las exigencias de nuestro contexto aunque este comportamiento resulte nocivo para nosotros. El hecho de que sea normalmente la mujer la cuidadora tanto de su familia como del grupo social la deja con escaso apoyo que le permita gestionar sus propios sentimientos; en este sentido, la TFE le brinda la posibilidad de vincularse a sus emociones y a tomar consciencia de que tiene derecho a experimentar y a comunicar lo que siente. Esta presión social sentida puede correlacionar directamente con sintomatología ansiosa (Klonoff y Landrine, 1995). La mujer está en constante búsqueda de aprobación debido a los estándares establecidos tanto acerca de su cuerpo como acerca de una perfección comportamental; esto conduce a una idea generalizada de tener que “poder con todo” para llegar a cumplir dichos ideales, dificultando en la mujer el reconocimiento del derecho a sentir ciertas emociones negativas e “imperfectas”. Todo lo expuesto deriva en problemas de autoestima y sentimientos de necesidad de apoyo social para sentirse válida, completa y satisfecha.

En otro orden de ideas, resulta relevante señalar que previamente a la aparición de la más primaria teoría de la psicología, dominó el patrón biomédico que inundó no sólo el léxico sino el pensamiento acerca de lo que se vendría a llamar enfermedad física y enfermedad mental (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). A modo de observación crítica de los trastornos de ansiedad, cabe destacar que, hasta la actualidad, la sociedad ha entendido a la perfección las enfermedades físicas, sin embargo las mal denominadas “enfermedades mentales” se han visto envueltas de un halo de duda, como si fueran atribuibles al capricho o voluntad de las personas (López y Costa, 2014). Es decir, fue necesario designarlas

“enfermedades” mentales y medicalizarlas a fin de que la sociedad eliminara el sentimiento de culpa ante los problemas mentales: históricamente, la psicología no ha sido entendida. Las personas presuponen debilidad a quienes padecen trastornos mentales; por ello, es frecuente oír frases como “no sabe afrontar los problemas”, “tiene que ser más fuerte”, etc., expresiones que jamás oiríamos ante un problema físico. Así pues, la TFE trabaja con problemas internos, pero no los convierte en trastornos, ya que señala que no por experimentar dificultades emocionales en momentos y circunstancias puntuales de la vida significa que el paciente padezca una enfermedad mental. De igual manera, los procesos de mejoría no tienen por qué ser lineales: pueden tener altibajos. Así, en el caso de la paciente del estudio, en general hubo cambios sustanciales a pesar de presentar repuntes en algunas sesiones.

Según mi criterio, en lo que se refiere a la visión que tiene la sociedad sobre los trastornos psicológicos, las mujeres, históricamente, han sido vistas como seres vulnerables y emocionales, lo cual conlleva a que sean juzgadas con más dureza en el caso de padecer problemas de salud mental.

Considerando lo expuesto y visto que los trastornos de ansiedad, aunque pueden ser abordados brevemente, pueden hacer referencia a problemas profundos de la personalidad, me ha surgido, a modo de pregunta de investigación, pensar en cómo afectan y qué influencia tienen los patrones de apego en la eficacia de intervenciones terapéuticas enmarcadas en la TFE de trastornos de ansiedad generalizada en mujeres.

En estos términos, concluyo que sería necesario lograr un consenso generalizado para que, entre todos, dejáramos de estigmatizar a la mujer respecto a los trastornos psicológicos y erradicáramos tanto la discriminación como los estereotipos referentes a la salud mental.

A nivel personal, la realización de este TFG ha sido una gran aportación a mi experiencia profesional, ya que he podido enriquecer mi conocimiento y observar una dinámica terapéutica e intervención real ante un cuadro de ansiedad, lo cual confiere un valor de aprendizaje único.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aznar, F. J. y Varela, N. (2019). La restauración de la competencia narrativa en el trauma relacional. Análisis de un caso. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (62), 4.

- Basto, I. y Salgado, J. (2014). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 25(99).
- Bylsma, L. M. y Hofmann, S. G. (2013). The construct of social anxiety disorder: A critique. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 629-643.
- Blanco, L. y Riera, R. (2016). El proceso de cambio en psicoterapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(3), 793-814.
- Bloom, B. L. (2001). Planned short-term psychotherapy for depression: Recent controlled outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 169-189.
- Caro, C. (2022). *Trabajo con escisiones de afrontamiento en Terapia Focalizada en la Emoción*. Apuntes no publicados.
- Caro, C. y Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94.
- Elliott, R. (2001). Contemporary brief experiential psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 38–50.
- Elliott, R. y Greenberg, L.S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. En A.J. Consoli, L.E. Beutler, y B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed.) (pp. 106-120). Oxford University Press.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.
- Feldman, L. y Salovey, P. (2002). *The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence*. Guilford Press.
- Fosha, D. (2004). Brief integrative therapy comes of age: A commentary. *Journal of Psychotherapy*, 14, 66 – 92.
- Gendlin, E. T. (1999). *Focusing in Psychotherapy*. Paidós.

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (2000). *Emociones: una guía interna*. Desclée De Brouwer.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2015). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 13(3), 341-351.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. y Pos, A. (2009). La terapia Focalizada en las Emociones: una visión de conjunto. *Boletín científico*, 142.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. N. (2018). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. N. (Eds.) (2019). *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Watson, J. C. (2006). Emotion-Focused Therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(1), 1-11.
- Hewitt, N. y Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Johnson, S. (2019). *Attachment theory in emotionally focused therapy for individuals: Harnessing the power of emotion to change lives*. American Psychological Association.
- Klonoff, E. A. y Landrine, H. (1995). Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 243-263.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. y Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and brain sciences*, 38.

- Langarita, R. y Gracia, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69(2), 59-67.
- Lara, G. y Felix, J. (2022). La Realidad Virtual en la Superación del Duelo y otras Emociones mediante la Técnica de la Silla Vacía: Virtual Reality in Overcoming Grief and other Emotions using the Empty Chair Technique. In *2022 11th International Conference On Software Process Improvement (CIMPS)* (pp. 150-157). IEEE.
- Leijssen, M. y Elliott, R. (2008). Integrative experiential psychotherapy in brief. En K. Tudor (Ed.), *Brief Person-Centred Therapies* (pp. 31-46). Sage.
- López, A. M. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 241-256.
- López, E. y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología*. Pirámide.
- Lyons, R. y Low, P. (2009). Brief psychological therapy in primary care: The psychologist's challenge. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(1), 24-31.
- Macluf, J. E., Beltrán, L. A. D. y González, L. G. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales. *Ciencia administrativa*, (1), 7-10.
- Martínez, J. M., Sánchez, J. P., Bechara, A. y Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones. *Revista de neurología*, 42(7), 411-418.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 6-18.
- Paivio, S. C. y Greenberg, L. S. (1995). Resolving «unfinished business»: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue.
- Prieto, M. (2018). La psicologización de la educación: Implicaciones pedagógicas de la inteligencia emocional y la psicología positiva. *Educación XXI*, 21(1), 303-320.
- Shahar, B. (2013). Emotion-Focused Therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21 (6), 536–547.
- Timulak, L. y McElvaney, J. (2015). *Transforming generalized anxiety: An Emotion-Focused approach*. Routledge.
- Wolfe, B. E. (2006). An Integrative Perspective on the Anxiety Disorders. En G. Stricker y J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 65–77). American Psychological Association.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por CIRO CARO GARCÍA, NIF 51415257E, Psicólogo Sanitario colegiado (M-14091). El objetivo de este estudio es describir y analizar procesos de cambio en psicoterapia, así como contribuir al aprendizaje y formación de alumnos.

Firmando el presente documento declaro que acepto y soy consciente de las siguientes cuestiones:

1. Mis terapeutas me van a escuchar en profundidad y con respeto durante 7 sesiones de psicoterapia de 45 min.
2. Van a compartir conmigo su visión de las cosas y me van a invitar a participar, activamente, en la construcción final de una historia sobre mis dificultades.
3. Me van a proponer un plan para las restantes sesiones, destinado a *desenredar* esa historia y trabajar con sus *nudos emocionales*.
4. Después, nos implicaremos ese plan, combinando la escucha con la realización de ejercicios prácticos y vivenciales (en la sesión y entre sesiones).
5. Finalmente, me van a pedir que responda a algunos cuestionarios sobre mis dificultades y sobre mi experiencia de la terapia en distintos momentos.
6. Además, mis terapeutas discutirán mi caso y su trabajo en el Equipo de Profesionales, a fin de reforzar sus aprendizajes, reflexionar sobre sus acciones y mejorar la ayuda de cara a la siguiente sesión.

Además, declaro que he leído, entiendo y acepto las siguientes CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN:

1. Terapia breve de tiempo limitado a un coste reducido y personalizado, realizada por un profesional colegiado (Psicólogo/a Sanitario/a) adscrito al Centro IDP Psicología, acompañado por un/a estudiante de prácticas.
2. Firma del documento de Consentimiento Informado en el que se expresa:
 - a. La disponibilidad para el registro en vídeo de las sesiones.
 - b. La aceptación de responder cuestionarios sobre dificultades emocionales y sobre experiencias de las sesiones de terapia.
 - c. La disponibilidad para que el caso sea discutido en el Equipo Profesional de las prácticas, lo que incluye el visionado de las grabaciones.
 - d. La aceptación de que los registros sobre el caso de terapia sean utilizados en la elaboración de publicaciones y trabajos científicos.
3. Los/las participantes podrán renunciar al servicio en cualquier momento, revocar el Consentimiento y obtener la comprobación fehaciente de la destrucción de todos los registros de las sesiones

Y que conozco las siguientes OBSERVACIONES:

1. Las grabaciones serán destruidas a la conclusión de las prácticas, sin que se conserve copia alguna y su uso se ajustará a las normas éticas y al cumplimiento estricto del Código Deontológico de la Psicología.
2. En aquellos casos en los que un segmento de las grabaciones poseyera un valor didáctico especial, se podrá pedir al paciente un permiso especial para su conservación y uso posterior en acciones formativas.

Nombre del Participante: _____

Fdo./ Ciro Caro García

Firma del Participante

Madrid, a ___ de ___ de 202__

Anexo II

Cuestionario abierto de consciencia emocional-motivacional (CACEM)

1. ¿Cómo me encuentro? ¿Qué sensación o sensaciones tengo en estos momentos?

2. ¿Hay en mí algún sentimiento presente? ¿Qué o cómo me siento ahora?

3. ¿Necesito hacer algo? ¿Qué necesito hacer?

4. ¿Necesito decir algo? ¿Qué necesito decir?

5. ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué pienso en estos momentos?

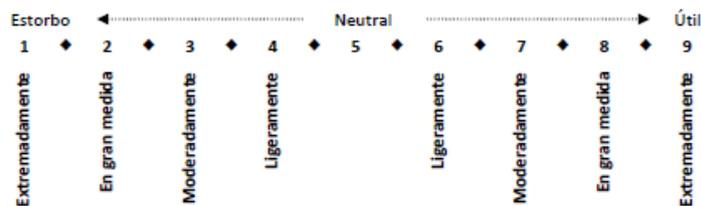
Anexo III

Cuestionario post-sesión HAT

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás varias preguntas acerca de lo que llamamos "eventos de la entrevista". Con el término *evento* nos referimos a algo que sucedió en la sesión. Debe ser algo que tú dijiste o hiciste, o algo que el/la terapeuta dijo o hizo.

1. De los eventos sucedidos en esta sesión, ¿cuál sientes que fue el más útil o importante para ti personalmente? (Describe en qué consistió)
2. Por favor, describe qué hizo que este evento fuera útil o importante, y qué sacaste de él.
3. ¿Cómo de útil dirías que fue ese evento en particular? Valóralo sobre la siguiente escala. Para ello rodea con un círculo la puntuación adecuada. Las medias puntuaciones son válidas; por ejemplo 7,5.



4. ¿Aproximadamente en qué momento de la sesión tuvo lugar ese evento?
5. ¿Cuánto tiempo duró el evento aproximadamente?
7. ¿Ocurrió alguna otra cosa durante la sesión que pudo haber sido un ESTORBO?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

(Marca la respuesta adecuada)

- a. En caso afirmativo, por favor, valora el grado en que ese evento fue un estorbo:

- Ligeramente útil
- Moderadamente útil
- Útil en gran medida
- Extremadamente útil

- b. Por favor, describe ese evento brevemente:

Anexo IV

Cuestionario SA-45

Instrucciones: Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (*incluido el día de hoy*) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente escala de valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho o extremadamente
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle.	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a.	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a.	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad.	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás.	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares.	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4

24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse.	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a.	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas.	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo.	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas.	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.).	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a.	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados.	0	1	2	3	4

Anexo V

Cuestionario CORE-10

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás 10 frases. Lee cada una de ellas y piensa con qué frecuencia te has sentido así durante los últimos siete días. Después marca la casilla que mejor refleje tu experiencia.

Durante los últimos siete días...

	<i>Nunca</i>	<i>Muy pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>
1 Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Me he sentido desesperado/a o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Anexo VI

Outcome Rating Scale (ORS) ORS

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.

Individualmente

(Bienestar personal)

Muy mal I-----I Muy bien

En lo Interpersonal

(Familia, relaciones cercanas)

Muy mal I-----I Muy bien

Socialmente

(Trabajo, Escuela, Amistades)

Muy mal I-----I Muy bien

En General

(Sentido general de bienestar)

Muy mal I-----I Muy bien

Anexo VII

Escala de Calificación de la Sesión (SRS), versión 3.0

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia.

Relación

No me sentí escuchado/a,
comprendido/a, ni
respetado/a

I-----I

Me sentí escuchado/a,
comprendido/a y
respetado/a

Metas y Temas

No trabajamos ni
hablamos de lo que yo
quería trabajar y hablar

I-----I

Trabajamos y hablamos de
lo que yo quería trabajar y
hablar

Enfoque o Método

El enfoque del/de la
terapeuta no encaja bien
conmigo

I-----I

El enfoque del/de la
terapeuta encaja bien
conmigo

En General

En la sesión de hoy
faltaba algo

I-----I

En general, la sesión
de hoy estuvo bien para mí

Anexo VIII

Respuestas al cuestionario CACEM-5

<p>1. ¿Cómo me encuentro? ¿Qué sensación o sensaciones tengo en estos momentos?</p>	<p>Sesión 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me encuentro en un ambiente. conciliador y agradable. 2. Rabia, impotencia. Me siento mejor al expresarlo. 3. Relajarme más y profundizar en mi interior. 4. Que me ayuden a encontrarme a mí misma. 5. He podido relajarme y expresarme, cosa que habitualmente no puedo hacer.
<p>2. ¿Hay en mí algún sentimiento presente? ¿Qué o cómo me siento ahora?</p>	<p>Sesión 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bien. Sensación de paz y tranquilidad. 2. Alegría, contenta 3. Necesito encontrarme conmigo misma. 4. Sí, que estoy tranquila. 5. Me doy cuenta de que puedo expresar mejor mis sentimientos que están por dentro.
<p>3. ¿Necesito hacer algo? ¿Qué necesito hacer?</p>	<p>Sesión 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me encuentro mejor que la entrada y más tranquila. 2. Alegría porque me han escuchado y entendido. 3. Sí: poder expresar mis emociones. 4. Sí, que me siento bien. 5. Me doy cuenta de cosas que he hecho en mi vida pero que no han sido suficiente.
<p>4. ¿Necesito decir algo? ¿Qué necesito decir?</p>	<p>Sesión 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bien y feliz. 2. Alegría. 3. Disfrutar. 4. Estoy contenta. 5. Que la vida es muy bonita.
<p>5. ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué pienso en estos momentos?</p>	<p>Sesión 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bien, alegría. 2. Tranquilidad y relajación. 3. Sí: Descansar 4. Sí, que estoy contenta. 5. Que la vida es bonita.
	<p>Sesión 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paz y alegría. 2. Libertad. 3. Sí: Relajarme. 4. Qué estoy feliz. 5. Pienso que las cosas pueden mejorar.
	<p>Sesión 7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bien y tranquila. 2. Felicidad. 3. Despejarme mentalmente. 4. La vida es bonita. 5. Paz en mi interior.

Anexo IX

Respuestas al cuestionario HAT

SESIÓN	EVENTOS ÚTILES Y EXPLICACIONES	UTILIDAD
1	1-A Cuando saqué mi enfado y dije "quiero hacer mi vida" Golpear y ser contundente al final me relajó y produjo bienestar	8
	1-B Sacar mis lágrimas al hablar de mi padre	8
2	2-A Expresarme enfadada. El ponerme seria y expresar mi ira y mi rabia.	8
	2-B Relajarme y liberar tensiones.	8
3	3-A El poder expresarme con tranquilidad. Empezar a poder sacar mis emociones interiores.	8
	3-B Cuando empecé a sacar mi enfado.	8
4	4-A El poder contar mis problemas. El que me entiendan y me escuchen me hizo sentir tranquila.	8
5	5-A Poder comunicar mis emociones al contar un trauma de mi adolescencia. Sacarlo desde dentro	8
6	6-A Poder sacar mis sentimientos. Sacar lo que siento desde mi "yo interior" y luego sentirme liberada.	8
7	7-A Poder expresarme y sacar lo que llevo dentro	8