

Estudio de caso de un paciente adulto: construcción del self mediante la identidad profesional para el crecimiento del alma a través de la terapia humanista.

Nombre del alumno: Laura Rodríguez García

Nombre del director: Carlota E. Martín Sanz

Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Pontificia de Comillas

22 de mayo de 2022



Resumen

Este trabajo describe el abordaje de un caso de crecimiento personal y construcción del self mediante la identidad profesional desde diversos enfoques humanistas, en concreto, Terapia Focalizada en la Emoción, compasión y Mindfulness. Se pretende demostrar cómo se implementan estos modelos a través de un caso clínico para ampliar el conocimiento acerca de cómo se lleva a cabo y los resultados que producen en el proceso terapéutico. En primer lugar, se conceptualizan los tres modelos, su origen, historia y sus premisas básicas, así como una breve explicación de las principales características del caso. A continuación, se expondrá el caso y el proceso terapéutico de ocho sesiones llevadas a cabo por dos coterapeutas en una sala con espejo unidireccional. Los resultados muestran una mejora en todos los marcadores de tarea y la transformación de las emociones primarias desadaptativas en adaptativas. El caso es una muestra de la efectividad de los enfoques humanistas implementados.

Abstract

This paper describes the approach to a case of personal growth and construction of the self through professional identity from various humanistic models, specifically Emotion-Focused Therapy, compassion and Mindfulness. The aim of the study is demonstrating how these models are implemented through a clinical case in order to increase knowledge about how they are carried out and the results they produce in the therapeutic process. First, the three models are conceptualized, their origin, history and basic premises, as well as a brief explanation of the main characteristics of the case. Then, the case and the therapeutic process of eight sessions carried out by two co-therapists in a room with a one-way mirror will be presented. The results show an improvement in all task markers and the transformation of primary maladaptive emotions into primary adaptive ones. The case is a sample of the effectiveness of the humanistic approaches implemented.

Palabras clave: Estudio de caso, identidad, autocrítica, terapia humanista

Key Words: Case-study, identity, self-criticism, humanistic therapy

Índice:

1. Introducción	4
1.1. Premisas de los modelos	4
1.1.1. Terapia Focalizada en la Emoción	4
1.1.2. Mindfulness	9
1.1.3. Compasión	9
1.2. Autocrítica, dolor agudo y disforia de género	10
2. Diseño	12
3. Metodología de evaluación	13
4. Presentación del caso	13
5. Formulación del caso	15
6. Tratamiento y curso	19
7. Resultados del tratamiento	27
8. Discusión	30
8.1. Relación de las intervenciones realizadas con la evidencia científica	30
8.2. Conclusiones	32
8.3. Puntos fuertes y limitaciones	32
8.3. Perspectivas de futuro	33
9. Referencias bibliográficas	33
10. Apéndice 1	36

1. Introducción

Es importante realizar estudios de caso para ampliar el conocimiento acerca del proceso terapéutico en casos concretos, dado que ayuda a los clínicos e investigadores a refinar y mejorar la elección del tratamiento, así como a contemplar los posibles obstáculos que pueden aparecer en la práctica clínica y las posibles maneras de abordarlo.

En este trabajo se presenta la intervención psicoterapéutica en el caso de un cliente en proceso de construcción de su identidad aplicando de forma integradora diferentes terapias humanistas: (a) Terapia Focalizada en la Emoción; (b) Mindfulness; y (c) Compasión.

1.1. Premisas de los modelos

La psicología humanista surge en Estados Unidos en torno al año 1960 como un fenómeno que reacciona a la situación de deshumanización a la que había llegado la psicología debido al predominio de las corrientes de psicoanálisis y el conductismo (Burgos, 2014). Bugental (1964) propone cinco premisas básicas de la escuela humanista: (a) El hombre es un sujeto unitario que no puede reducirse en exclusiva a las partes que lo componen; (b) La ampliación y recuperación de temas propios de la psicología, rechazando los límites metodológicos del conductismo; (c) El interés por la persona normal y no clínica, concebida como inmersa en un proceso de desarrollo impulsado por una vocación que da sentido a su existencia y comportamiento, la autorrealización; (d) El objeto de la psicología es el hombre, no la conducta animal; y (e) Lo extraordinario de cada sujeto implica la necesidad de acercarse a cada persona individual, evitando generalizaciones y la aplicación automática de reglas o principios. Dos autores especialmente relevantes para este enfoque son Carls Rogers, que desarrolló su propia teoría de la personalidad y la Terapia Centrada en el Cliente, caracterizada por la confianza radical en la persona y su tendencia actualizante, así como la puesta en marcha de las actitudes terapéuticas básicas de congruencia, empatía, aceptación incondicional y autenticidad; y Fritz Perls, que desarrolla la Terapia Gestalt, caracterizada por una visión del ser humano como agente en su proceso de desarrollo, el énfasis en el aquí y ahora, y el uso de técnicas experienciales para la mejora de la autoconciencia, autodirección y libertad del cliente (Burgos, 2014).

1.1.1. Terapia Focalizada en la Emoción

Al cabo de los años, surge en 1996 una corriente conocida como Terapia Focalizada en la Emoción [TFE], un modelo humanista desarrollado por Greenberg y Johnson, en la que se engloban bases conceptuales y prácticas de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers y La Gestalt de Perls, así como los modelos constructivistas y tradiciones existenciales.

Posteriormente, fue mantenida por Greenberg y otros, dado que Johnson generó su propia escuela. El enfoque pretende que las personas profundicen en sus procesos emocionales, de forma que se puedan movilizar desde las emociones secundarias que tapan las emociones primarias desadaptativas hasta el dolor nuclear, para poder acceder desde allí a las emociones primarias adaptativas y posibilitar la transformación emocional (Elliot & Greenberg, 2017).

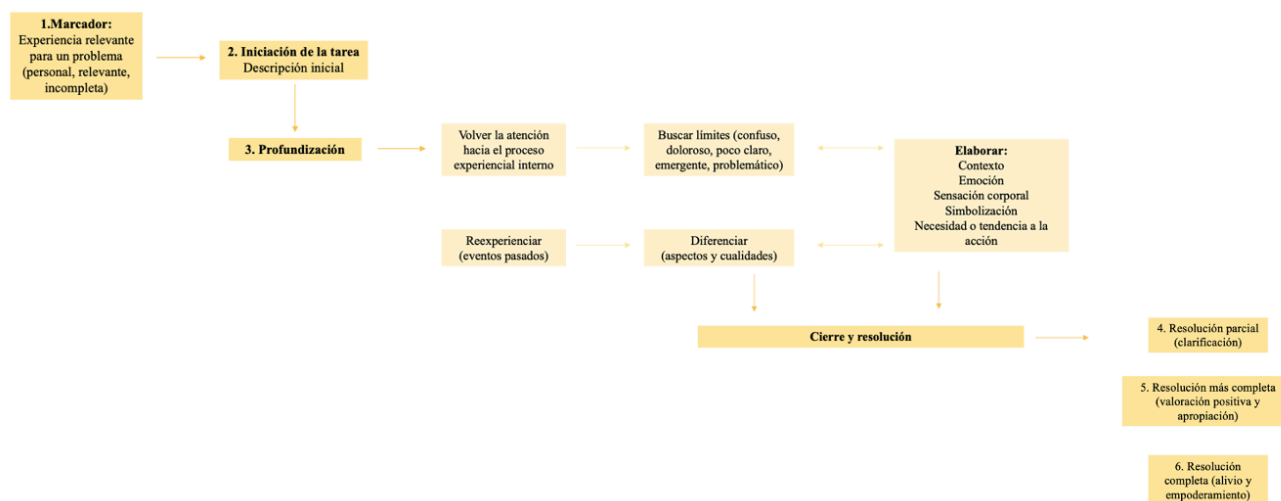
La Terapia Focalizada en la Emoción [TFE] propone una formulación transdiagnóstica, considerando que todas las problemáticas psicológicas tienen ciertas vulnerabilidades en común, ligadas a sentimientos dolorosos crónicos que tienen su origen en la historia personal como consecuencia de experiencias emocionales dolorosas, los cuales son llamados dolor nuclear o dolor emocional crónico, pueden ser: (a) la inseguridad, miedo al abandono o a la soledad, (b) la vergüenza, inadecuación o falta de valía, o (c) el miedo a ser atacado/amenazado, pudiendo existir mezclas o variaciones en ellas. El enfoque considera que existen ciertos disparadores relacionados con el dolor nuclear, los cuales la persona puede manejar mediante la evitación emocional o conductual, o bien de modo que se genere un distrés global, referido a las emociones secundarias (Timulak & Keogh, 2019).

El tratamiento tiene los siguientes objetivos generales: (a) ser más flexible y resiliente emocionalmente, (b) aumentar la consciencia y el control en la forma en que se trata la persona, y, (c) el acceso a formas más adaptativas de resolución cuando se presenta un disparador. El método para lograrlos consiste, en general, en generar respuestas emocionales adaptativas para las necesidades no satisfechas implícitas en el dolor nuclear, para ello es necesario llevar a cabo los siguientes procesos en la terapia: (a) soporte relacional por parte del terapeuta, (b) apoyo en la regulación emocional, (c) superar la evitación emocional, (d) hacerse experto en las emociones secundarias, pudiendo acceder al dolor nuclear subyacente y estar con él, (e) articular las necesidades no cubiertas, y (f) generar emociones adaptativas, en concreto, la autocompasión y el enfado protector (Timulak & Keogh, 2019).

El método general de intervención desde este enfoque consiste en la exploración empática general, tarea transversal a toda la terapia, consistente en atender y reflejar a las experiencias relevantes que narra el cliente, facilitando la reexperimentación, simbolización, valoración y apropiación de éstas, con el objetivo de generar un sentimiento de alivio, empoderamiento y determinación (Greenberg et al., 1996). El modelo de resolución de esta tarea aparece reflejado en la Figura 1.

Figura 1.

Modelo de resolución de la tarea de exploración empática general.



Adaptado de *Learning emotion-focused therapy. The process experiential approach to change* (p. 131), por R. Elliot et al., 2004, American Psychological Association.

Las tareas empleadas para lograr los objetivos terapéuticos son de tres tipos: (a) tareas de regulación del distrés emocional basadas en la empatía, (b) tareas referidas a problemas o síntomas específicos, y (c) tareas focalizadas en la transformación de vulnerabilidades centrales; se realizan en base a marcadores específicos, pero siempre en conexión con la herida nuclear que presenta el cliente (Timulak & Keogh, 2019).

Una de las tareas centrales en TFE consiste en el diálogo de las dos sillas para la escisión autocrítica del self, se propone cuando se percibe el marcador de que el cliente está experimentando un conflicto entre dos partes del sí mismo, una evalúa de forma negativa a la otra parte del sí mismo. La parte crítica implica un procesamiento más conceptual y la parte “experimentadora” un procesamiento más vivencial, fuertemente cargada de reacciones y necesidades afectivas, por tanto, el conflicto se produce entre las autoevaluaciones críticas y los sentimientos orgánicos, deseos y necesidades asociadas (Greenberg et al., 1996). El cambio ocurre mediante la construcción de una nueva organización que integre ambas partes del sí mismo, lo cual se logra mediante la expresión activa de cada una, la atención a los elementos de la experiencia de ambas y el proceso de búsqueda vivencial para acceder a los esquemas emocionales implicados en la experiencia de cada parte. La tarea consiste en un diálogo emocional entre el self crítico y el self criticado, que evoca el sentimiento de inferioridad y vergüenza que subyacen al mensaje autocrítico, y proporciona un espacio para expresar, dar sentido y transformar emociones. El terapeuta guía la atención del cliente a la experimentación y le va ofreciendo un sentido conceptual que permita al cliente construir un nuevo significado, gracias a que va tomando consciencia de lo que va sintiendo (Greenberg et

al., 1996; Stiegler et al., 2018). En las Figuras 2 y 3 se detallan el modelo de ejecución de esta tarea y sus seis posibles grados de resolución.

Figura 2.

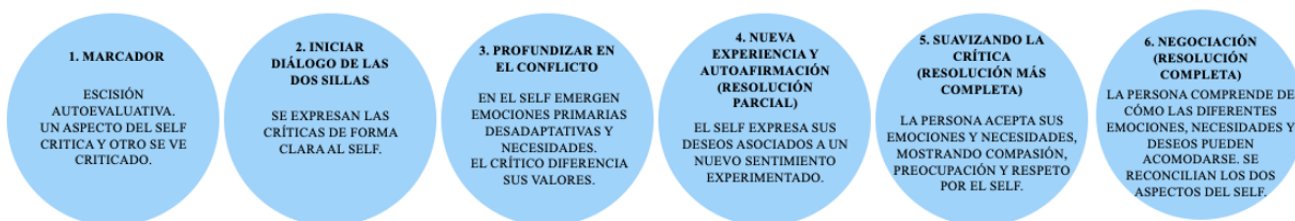
Modelo de ejecución de la tarea del diálogo de dos sillas para la escisión autocrítica del self.



Adaptado *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto* (p.228), por L. S. Greenberg et al., 1996, Paidós.

Figura 3.

Escala de grado de resolución en la tarea del diálogo de dos sillas para la escisión autocrítica del self.



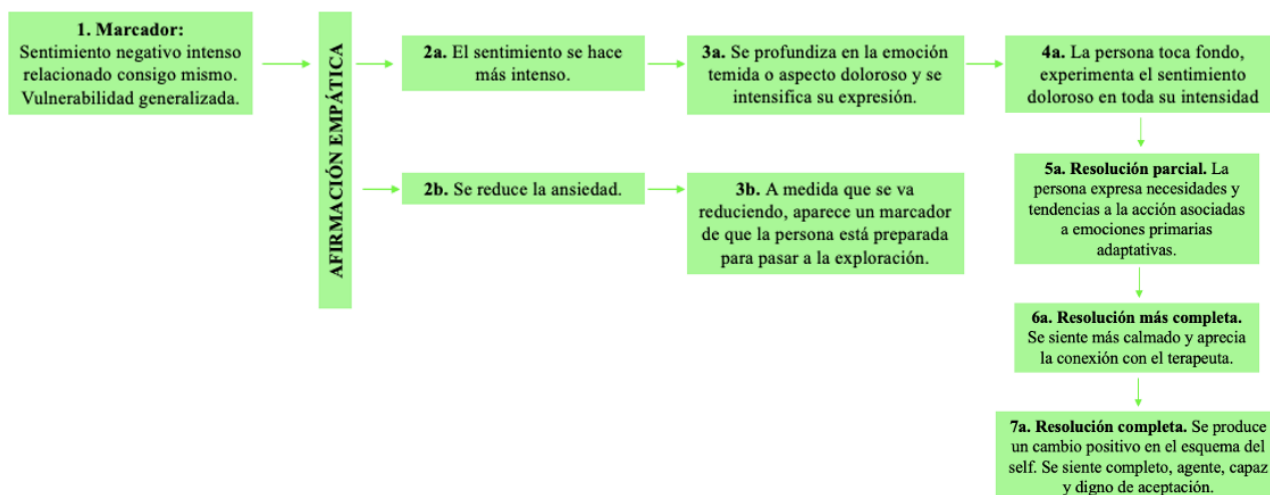
Adaptado de *Learning emotion-focused therapy. The process experiential approach to change* (p. 223), por R. Elliot et al., 2004, American Psychological Association.

Por otro lado, existen otras tres tareas relevantes para el estudio de caso que se expone a continuación, son: (a) afirmación empática, (b) despejar un espacio, y (c) narración de trauma. La afirmación empática es una tarea basada en la empatía que consiste en legitimar la experiencia del cliente, se validan las reacciones emocionales de la persona cuando expresa una intensa emoción negativa relevante para sí misma que le hace sentir vulnerable; en la Figura 4 se refleja el efecto que tiene esta tarea en el cliente. Despejar un espacio es una tarea experiencial cuyo marcador es una sensación de bloqueo o agobio, se realiza para facilitar que la persona atienda a su interior y pueda desarrollar un espacio en él que le permita ubicar y definir sus preocupaciones o experiencias problemáticas, encontrando una distancia de trabajo productiva entre ellas y el sí mismo, para posteriormente seleccionar una con la que trabajar en sesión y permitir su procesamiento vivencial. La tarea de narración de trauma es de reprocesamiento y se despliega cuando hay un marcador de una situación traumática, un evento que irrumpe en la visión que tenía la persona de sí misma y el mundo que genera una ruptura en su mente, consiste en revivir la situación traumática en un espacio seguro para poder

reprocesar las reacciones emocionales que aparecieron en la situación con el objetivo de mejorar la regulación emocional; la manera en que se despliega esta tarea aparece en la Figura 5 (Elliot et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

Figura 4.

Efecto de la tarea de afirmación empática sobre la persona del cliente.



Adaptado de *Learning emotion-focused therapy. The process experiential approach to change* (p. 133), por R. Elliot et al., 2004, American Psychological Association.

Figura 5.

Grados de resolución de la tarea de narración de trauma junto a las respuestas del terapeuta.



Adaptado de *Learning emotion-focused therapy. The process experiential approach to change* (p. 203), por R. Elliot et al., 2004, American Psychological Association.

La relación terapéutica es cálida, auténtica, centrada en el cliente, en la que el terapeuta es compasivo y validante, ofreciendo una experiencia correctiva emocional e interpersonal. La alianza se construye en base al acuerdo en las metas y tareas terapéuticas, tanto la seguridad como la confianza en el terapeuta serán precondiciones para llevarlas a cabo (Stiegler et al., 2018). El terapeuta desarrolla las habilidades rogerianas de (a) congruencia, (b) aceptación

incondicional, y (c) empatía para facilitar que los clientes examinen los aspectos de su experiencia que tienden a evitar o esconder, atendiendo a sus zonas proximales de desarrollo para facilitar la transformación de sus esquemas emocionales desadaptativos (Watson, 2019). Se contempla el proceso de cambio como cíclico, es decir, los clientes pueden alternar progreso con regresiones a lo largo de la terapia, los diálogos pueden repetirse hasta alcanzar el máximo en la resolución de las tareas para su posterior generalización en la vida cotidiana (Timulak & Keogh, 2019).

1.1.2. Mindfulness

Por otro lado, surge la corriente de Mindfulness, favorecida por Kabat-Zinn en 1970 mediante el desarrollo del protocolo Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR], una práctica cuyo objetivo es llevar la atención de manera intencionada al momento presente, facilitando la adaptación a las enfermedades médicas al reducir el estrés y regular las emociones (Bishop, 2002; Saphiro et al., 2005). El Mindfulness tiene sus orígenes hace 2500 años en la tradición budista Theravada, entonces se entendía la Meditación Shamata y Vipassana como formas de entrenamiento mental para el cese o erradicación del sufrimiento humano, un proceso de toma de conciencia, darse cuenta y ver con claridad la realidad (Dhivamarsa, 2002).

Mindfulness es tanto un constructo teórico, como una práctica, como un proceso psicológico centrado en la habilidad de prestar atención plena a las experiencias que están pasando en el presente, aceptándolas y sin juzgarlas, permitiendo que los sentimientos difíciles entren en nuestra conciencia sin evitarlos (Baer et al., 2006), lo cual requiere prestar atención continuamente al propio cuerpo y a los eventos internos, así como cultivar una conciencia del self y del entorno momento a momento, manteniendo la misma actitud de apertura y no juicio ante sensaciones placenteras o no placenteras, observando la totalidad del campo de percepción a través de una conducta pasiva (Goenka, 2002; Kabat-Zinn, 2005).

Germer et al. (2005) destacan tres elementos claves interrelacionados para que ocurra la experiencia Mindfulness: (a) conciencia, para cuyo cultivo se emplea la parada, observación y retorno, (b) experiencia presente, y (c) aceptación.

1.1.3. Compasión

Respecto al enfoque de la autocompasión, surge favorecido por las investigaciones publicadas por Neff en 2003, autora que considera que la autocompasión es la base de la curación emocional en Mindfulness. Mientras que el Mindfulness invita a permanecer abierto al sufrimiento con una conciencia amorosa y expansiva, la autocompasión añade “sé amable

contigo mismo en medio del sufrimiento”, por lo que ambos elementos en conjunto permiten una presencia conectada en los momentos difíciles (Neff & Germer, 2020).

La compasión se define como una actitud de apertura hacia uno mismo y hacia los demás que consiste en dejar de juzgar, entender los fracasos y no condenarlos, y dar consuelo activamente, reconociendo que la experiencia humana es imperfecta (Neff, 2003). Neff (2003) refiere tres elementos necesarios para la autocompasión: (a) bondad, (b) humanidad compartida en la experiencia del sufrimiento, y (c) atención plena o Mindfulness.

Gilbert (2005) afirma que la capacidad de sentir compasión hacia los demás evoluciona a la par que la capacidad de cuidarse a uno mismo, por lo que en terapia se estimulan ambos procesos de compasión, especialmente en la relación terapéutica. Este autor propone seis componentes para desarrollar compasión: (a) motivación para cuidarnos y cuidar a los demás, (b) sensibilidad hacia el malestar propio y ajeno, (c) apertura emocional, (d) actitud de aceptación y tolerancia hacia las emociones dolorosas, (e) empatía y mentalización, y (f) no juzgar.

El Enfoque Centrado en la Compasión de Gilbert contempla tres sistemas de regulación emocional básicos: (a) sistema de autoprotección/amenaza, (b) sistema de excitación, y (c) sistema de afiliación/relajación. El enfoque plantea cultivar el sistema de afiliación/relajación mediante la realización de ejercicios de respiración e imaginación, tonos de voz amables, y expresiones corporales y faciales que contribuyen a la calma del cliente cuando se encuentra estresado, favoreciendo el desarrollo de su propio ideal compasivo y habilidades para la construcción de una mente compasiva (Matos & Steindl, 2020).

Neff y Germer (2020) plantean una serie de meditaciones esenciales para el cultivo de habilidades para la construcción de una mente compasiva, así como una serie de prácticas formales e informales, entre las que se destacan tres meditaciones nucleares: (a) la respiración afectuosa, (b) la bondad amorosa hacia uno mismo y, (c) dar y recibir compasión; todas incluyen la conciencia de la respiración, y el cultivo deliberado de la bondad y compasión tanto hacia uno mismo como hacia los demás.

1.2. Autocrítica, dolor agudo y disforia de género

La perspectiva del modelo humanista contempla cada caso como único, por ello el hecho de basarnos en categorías diagnósticas conllevaría una pérdida de perspectiva del modelo (Timulak & Keogh, 2019). Se considera relevante explicar tres variables de especial importancia en este caso: (a) autocrítica, (b) dolor agudo, y (c) disforia de género.

La autocrítica es una voz interna caracterizada por transmitir mensajes de autoevaluación negativa que fomenta el mantenimiento de un autoconcepto desadaptativo, incluyendo un componente autodenigrante y punitivo (Powers et al., 2011). Aparece cuando la persona incorpora actitudes y modos de pensar y actuar que están en menor congruencia con sus necesidades y valores, a consecuencia de que la influencia del ambiente domina la necesidad individual, por lo que las evaluaciones y expectativas de los demás ejercen una influencia excesiva sobre las experiencias de la persona y ésta construye su self de modo que pueda conseguir su aprobación, generando un esquema evaluador negativo que aparece cuando considera que no está satisfaciendo sus expectativas o deseos (Greenberg et al., 1996). Se considera un elemento transdiagnóstico desde la TFE, referido al trato problemático hacia uno mismo (Timulak & Keogh, 2019), puede aparecer en una organización del self en base a la vergüenza, en cuyo caso el objetivo consiste en evocar y procesar esta emoción, transformándola mediante su conexión con la ira, la tristeza y el orgullo (Stiegler et al., 2018).

Las esferas somática y psicológica son inseparables, los procesos psicológicos juegan un papel importante en la experiencia de síntomas somáticos, pudiendo constituir su base, por ello los clínicos deben tener en cuenta ambas esferas para administrar el tratamiento más apropiado, sino los síntomas no se resolverán satisfactoriamente (Zeng et al., 2016). Sintomatología como el dolor agudo o vértigos han sido normalmente relacionada con alteraciones neurofisiológicas, por lo que se contempla un tratamiento principalmente médico o fisioterapéutico para su alivio, pero en algunas ocasiones no generan el efecto deseado y los síntomas perseveran, momento en que pasan a llamarse síntomas somáticos médicamente inexplicables. Se ha contemplado la explicación de estos síntomas desde las diferentes corrientes psicológicas, destacando el mecanismo de evitación experiencial emocional en su etiología, ya que la somatización representa un camino importante para aliviar los conflictos internos (Rihacek & Cevliceck, 2020). Se ha encontrado evidencia de que resulta eficaz abordar estos síntomas mediante el incremento de la conciencia corporal, desarrollo de habilidades de regulación del estrés, y de estrategias orientadas a la emoción en personas con deficiencia en el procesamiento emocional, dado que una mejor regulación emocional está relacionada con la reducción de los síntomas (Godfrey et al., 2007).

La disforia de género se refiere a la incomodidad por las diferencias apreciadas entre el género percibido y expresado frente al experimentado en las sensaciones corporales, socialización y apariencia, la incongruencia en la apreciación favorece un amplio estado de malestar en el que la persona lucha por tratar de identificar esas sensaciones. Es más probable que una persona tome acción si continúa sintiendo ese malestar, mediante una operación

quirúrgica o la hormonación, por ejemplo, o bien mediante el uso de drogas u otros modos de evitación para no prestar atención a esos sentimientos, creando así un mecanismo de evitación experiencial. El esquema corporal de la persona se conforma por las sensaciones corporales, las señales que transmite el entorno, el movimiento del cuerpo y la propiocepción, todas ellas pueden transmitir información congruente o incongruente con el género con que la persona se identifica, de manera que la disforia se experimenta al sentir la sensación de que la conciencia interoceptiva no se corresponde con el cuerpo expresado. Ha de tenerse en cuenta que las imágenes que devuelve el espejo y el resto de las personas también son una fuente incongruencia, dolor, miedo y disgusto con uno mismo. Con respecto a la disforia genital, ésta se refiere al estrés que sufre la persona cuando piensa acerca de sus genitales, en cómo los percibe mediante los sentidos, especialmente con la vista y con el tacto, ya que ambos están estrechamente implicados en el esquema del género (Scarrone, 2019).

Los objetivos de la investigación consisten en describir el proceso de cambio de modo cualitativo e investigar si el tratamiento llevado a cabo ha tenido resultados satisfactorios, para así aumentar la evidencia científica acerca de las diferentes terapias humanistas.

2. Diseño

La intervención se lleva a cabo en formato de coterapia por dos mujeres. La terapeuta cuenta con 7 años de experiencia en psicología clínica, se ha especializado en Terapia Focalizada en la Emoción, psicodrama, Mindfulness y compasión, y está calificada como terapeuta de terapia focalizada en la emoción de nivel C, por otro lado, se encuentra doctorando en empatía y es profesora de la Universidad Pontificia de Comillas. La coterapeuta se encuentra realizando el Máster en Psicología General Sanitaria y Máster en Especialización Terapéutica en Psicoterapia Humanista Experiencial y Focalizada en la Emoción, y este tratamiento se engloba en sus prácticas curriculares.

El contexto en que se realiza la intervención es de ámbito privado, un centro ambulatorio de psicología clínica que aborda numerosas problemáticas, tanto en formato individual como de pareja y familiar, a población infantojuvenil y adulta. El despacho en que se lleva a cabo la intervención está dotado de un espejo unidireccional, tras el que se encuentran tres miembros pertenecientes al equipo terapéutico con el que se supervisará el caso. El sujeto acude al centro y solicita recibir tratamiento voluntariamente.

La investigación fue consentida por el participante, se firma el documento de consentimiento informado en que se declara la garantía de la protección de datos, así como la confidencialidad de la información expuesta a lo largo de las sesiones, asegurando el respeto

por su persona y sus derechos individuales. El comité ético, asimismo, aprueba la investigación.

3. Metodología de evaluación

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción se ve más coherente analizar el proceso terapéutico momento a momento que realizar una evaluación en determinados momentos concretos del tratamiento, dado que se contempla una perspectiva de proceso. Además, la TFE no posee un código diagnóstico estandarizado.

Los resultados que se obtienen en la evaluación se reflejan en la Formulación de foco, la cual se va actualizando momento a momento en cada una de las sesiones.

4. Presentación del caso

Óscar es un hombre adulto de 24 años, soltero y sin hijos. Natural de la Comunidad de Madrid, donde convive con su madre y su hermana. Presenta un nivel de estudios hasta Bachillerato, desde ese entonces, realiza una educación informal sobre música. Ha trabajado por cuenta propia en diferentes ámbitos como la educación y el ocio y tiempo libre, siendo su última ocupación la enseñanza de música a nivel particular.

Respecto a la historia familiar, sus padres se divorcian en el momento de su nacimiento, él y su hermana mayor se quedan principalmente tutelados por su madre y el padre se traslada a otra vivienda junto con otra mujer, con la que tendrá dos hijos, donde Óscar acude los fines de semana alternos en un primer momento. Su padre no dedicaba mucho tiempo y atención a Óscar y su hermana, ya que se dedicaba a componer música la mayoría del tiempo o a atender a sus otros hijos, por lo que la custodia pasó a ser únicamente de la madre a petición de ellos. Actualmente, la relación de Óscar con su madre y su hermana es muy buena, y ha retomado contacto con su padre desde que se empezó a dedicar profesionalmente a la música, lo cual les ha acercado.

Óscar tuvo consciencia desde la primera infancia de que era un hombre, pero tanto el entorno familiar como el escolar, no validaron su sentimiento y se vio presionado a adaptarse al rol femenino, en el cual se sentía incómodo, ya que además existían marcadas tendencias sexistas, sobre todo en el entorno académico. Este hecho generó una insatisfacción persistente consigo mismo que le llevó a un bajo estado de ánimo, que se expresó en los primeros años de instituto mediante conductas disociales, resistencia a las normas y a la autoridad, llegando a ser expulsado y, más adelante, en Bachillerato, como una falta de motivación para estudiar e ir

a clase, por lo que comenzó a presentar un marcado absentismo escolar y terminó abandonando los estudios.

En esta etapa de insatisfacción, decide realizar un viaje al extranjero para seguir aprendiendo acerca de su hobby, la música. En un primer momento experimentó entusiasmo y liberación, en el curso las personas comenzaron a tratarle en masculino y se sintió más conectado consigo mismo, pero seguidamente diferentes personas comenzaron a mandarle mensajes en femenino, generando situaciones desagradables para él, lo cual le llevó a presentar absentismo de nuevo. Por otro lado, las personas del curso presentaban un nivel más elevado al suyo y emitían juicios acerca de su capacidad para ser músico, lo cual incrementaba el sentimiento de malestar. Estos dos hechos favorecen que abandone el curso y comience a consumir marihuana mientras que se plantea preguntas existenciales sobre el sentido de la vida, por lo que el viaje le lleva a encontrarse consigo mismo. Al volver a España, toma las decisiones de iniciar la hormonación con testosterona, presentarse hacia los demás en todos sus ambientes como hombre e iniciar un camino profesional en la música.

No consigue iniciar a hormonarse en este primer momento debido a que comienzan a aparecer unas erupciones en su mano, una reacción psicósomática a la decisión que estaba por tomar, por lo que abandona el intento. A continuación, aparecen numerosos vértigos y algunas crisis de angustia, sobre todo cuando se encuentra sentado o en las alturas. Óscar considera que la exacerbación de los vértigos se debía a que aún no había tomado la decisión de hormonarse, por lo que vuelve a iniciar el proceso y, esta vez, remiten los síntomas.

Desde pequeño ha asistido a los scouts, un grupo que pretende formar personas libres, abiertas, solidarias, comprometidas y responsables mediante actividades al aire libre. Más adelante, formará parte del elenco de profesores, donde ha podido explorarse a sí mismo en diferentes ámbitos, allí descubre su faceta creativa y su gusto por la música, escritura, enseñanza y comunicación. Este es el ambiente donde más a gusto se ha sentido, donde más ha conectado con los demás y consigo mismo, y el primer entorno en que le trataron en masculino. Allí conoció a Alejandra, su última pareja, con la que ha compartido tres años de su vida.

Ha tenido dos parejas y ambas relaciones han tenido una duración de tres años. La relación con su primera pareja termina antes de que realice el viaje internacional. La relación con Alejandra terminó en el año 2021. Termina él ambas relaciones debido a una falta de conexión, un sentimiento de que esa relación no era el lugar donde debía estar.

Actualmente, continúa presentando vértigos y presenta un dolor muy agudo en la muñeca, el cual le impide tocar de una manera fluida, lo cual le resulta incapacitante para el

desarrollo de su profesión y vocación. Ha acudido a diversos fisioterapeutas para ponerse bajo tratamiento y ninguno ha dado un resultado satisfactorio.

Esta es la primera vez que acude a terapia psicológica, aunque refiere que anteriormente ha realizado entrenamientos en meditación y budismo, por lo que está familiarizado con procesos de crecimiento espiritual y personal.

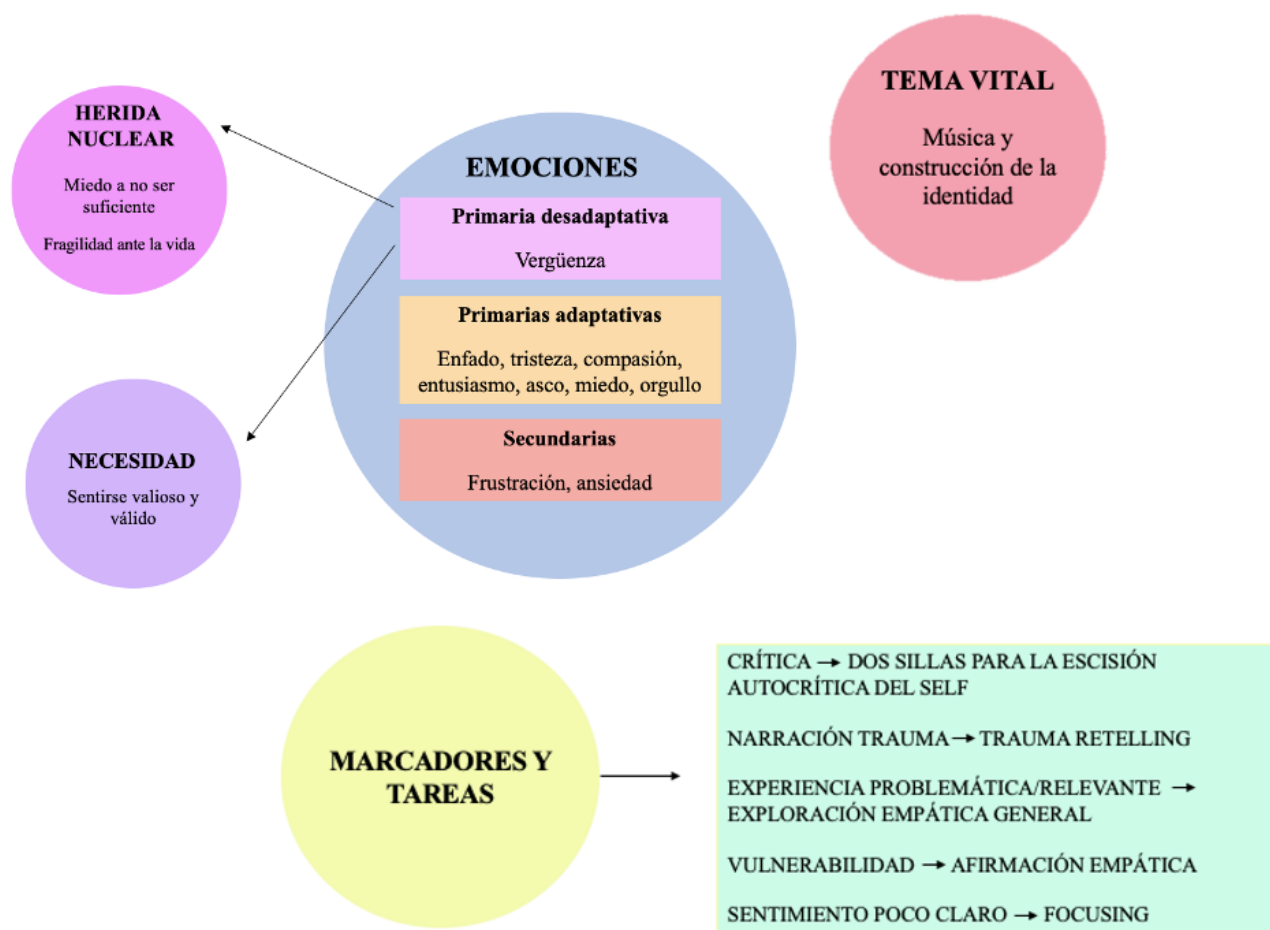
El motivo de consulta consiste en disminuir su angustia existencial mediante el desarrollo y crecimiento espiritual y gestionar la ruptura con su expareja. También afirma tener disforia genital. A medida que avanza la terapia, refiere tener ansiedad ante la evaluación cuando se encuentra frente a un grupo de personas tocando música.

5. Formulación del caso

A continuación, podemos observar el esquema correspondiente a la Formulación de foco desde la Terapia Focalizada en la Emoción en la Figura 6.

Figura 6.

Formulación de foco desde la Terapia Focalizada en la Emoción de Óscar.



El tema vital de Óscar consiste en la construcción de identidad, particularmente mediante el desarrollo de su vocación profesional, la música.

La emoción primaria desadaptativa es la vergüenza, probablemente consolidada en la etapa del instituto o con sus padres, en los momentos en que no podía mostrarse como un hombre porque si no era castigado verbalmente, o en los que su persona era menos importante para su padre que sus hermanastras o la música. Este esquema emocional sumado a diferentes experiencias vitales estresantes, como la vivencia de crisis de angustia y la observación de la fragilidad psicológica de otros significativos, por ejemplo, su expareja, conforman la herida nuclear de miedo a no ser suficiente, por tanto, sus necesidades emocionales consisten en sentirse valioso y válido. En segundo orden, ya que está prácticamente resuelta y aparece de manera puntual en situaciones en las que aparecen estos sentimientos en gran parte de la población, como estar en lo alto de una montaña, asoma la herida nuclear de fragilidad ante la vida, frente a la cual sus necesidades emocionales son sentirse seguro físicamente, y tener una voz que le asegure que es capaz de hacerlo y que todo va a ir bien. Los disparadores actuales del dolor nuclear de miedo a no ser suficiente son las situaciones en las que otros pueden evaluarle o tienen un mayor nivel de destreza, formación o autoridad. En la Figura 7 aparecen reflejados los componentes del esquema emocional de la emoción desadaptativa de vergüenza.

Figura 7.

Esquema emocional de Óscar respecto a la emoción desadaptativa de vergüenza.



Las emociones secundarias que experimenta, las cuales tapan la emoción primaria desadaptativa de vergüenza, son la frustración ante su desempeño en la música y el desarrollo de su identidad sexual, y la ansiedad ante la evaluación. Las emociones primarias adaptativas que experimenta, las cuales están ancladas en el presente y promueven acciones adaptativas,

son el enfado asertivo hacia el crítico y su expareja, la tristeza ante la pérdida, la compasión hacia sí mismo por como le trata el crítico, el entusiasmo por su mejoría, el asco ante algo que es desagradable para él, el miedo ante un posible peligro y el orgullo por sus genitales.

A lo largo de las sesiones se dan lugar a un total de seis marcadores para el inicio de una tarea terapéutica, los cuales aparecen reflejados en la Figura 6 y se detallarán en el desarrollo de cada una de las sesiones.

También es importante mencionar, respecto a los modos de autotratamiento, la aparición de diferentes tipos de crítica en Óscar: (a) Crítica coercitiva: critica la manera en que se ha desarrollado, “tendrías que haber empezado antes”, “eres un pringado porque no tocas bien”, “nunca vas a tocar bien”; (b) Crítica agitadora/preocupadora: “te va a salir mal, van a pensar que no sirves para la música”, “se van a reír de ti”, “te vas a bloquear”; y (c) Crítica coach: “tienes que ser mejor”, “tienes que tocar mucho más”, “tienes que esforzarte mucho más”.

Para entender mejor el caso merece la pena mencionar la perspectiva integral de la psicología de Ken Wilber, modelo que incluye todo lo propuesto por los diferentes teóricos de la psicología en la tradición oriental y occidental. Este autor propone que existen dos tipos de estructuras fundamentales para el desarrollo psicológico, las estructuras básicas o áreas del desarrollo y las estructuras de transición o estadios del desarrollo. Cada estructura básica soporta diferentes estructuras de transición, de modo que se accede a niveles superiores del desarrollo y nuevas perspectivas de la realidad a medida que se asciende en la escalera de los estadios del desarrollo, los cuales implican diferentes necesidades, identidades y conjuntos de respuestas morales. Las estructuras básicas son las seis siguientes: (a) psicológica/emocional, (b) cognitiva, (c) física, y (d) ética/moral, (e) sexual, y (f) espiritual; y las estructuras de transición son: (a) arcaico, (b) mágico, (c) mítico, (d) racional, (e) integral, (f) psíquico, (g) sutil, (h) causal, y (i) no dual (Wilber, 1993).

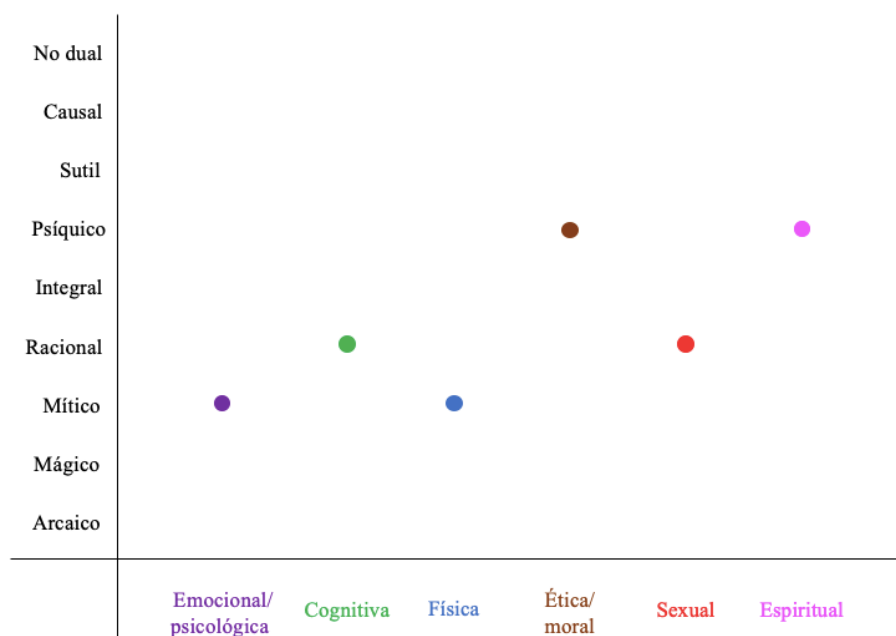
La base espiritual de trabajo ha permanecido durante toda la intervención, por ejemplo, la música no era simplemente música, era una conexión con la experiencia testigo de conciencia. El Testigo es el rostro original de la persona, lo que es la persona antes de nacer y después de muerta, el yo verdadero y absoluto que habita detrás de todos los estados, logrado mediante una desidentificación de los objetos de conciencia: las emociones, deseos y el cuerpo, que no son el verdadero ser, para poder tomar conexión con el sí mismo abandonando los problemas y preocupaciones puramente personales (Wilber, 1979).

Dado que el cliente acude a consulta con motivo de crecimiento personal, es interesante nombrar esta teoría, ya que nos ayuda a realizar un esquema acerca de cómo está posicionado

en cada una de las áreas del desarrollo y qué necesita realizar para poder crecer en cada una de las áreas. El esquema de en qué estadio del desarrollo se encuentra en cada una de las áreas se muestra en la Figura 8.

Figura 8.

Esquema de las diferentes áreas y estadios del desarrollo de Óscar según la teoría de Ken Wilber.



En este caso se observa cómo varias áreas están bastante desarrolladas, en un nivel integral o psíquico, y otras se han quedado atascadas, dado que no se han conseguido integrar los hitos del desarrollo de esa etapa. El crecimiento personal se da lugar al equilibrar cada una de las áreas del desarrollo, ya que si existen diferencias notables entre ellas la persona llega a experimentar dificultades y sufrimiento en su vida diaria.

Se ha trabajado (a) el nivel cognitivo, con la música, (b) el físico, con la alimentación, disforia de género y dolor agudo, (c) el emocional, respecto a la expareja y autocrítica, y (d) el sexual, de manera transversal a lo largo de las sesiones; los otros dos, el ético/moral y el espiritual, estaban bastante desarrollados y no parecía necesario trabajar más con ellos. Se ha evaluado en qué punto estaba anclado en cada una de estas áreas y se ha trabajado con técnicas TFE, Mindfulness, y la técnica de trabajando con la sombra de Ken Wilber, que consiste en integrar las facetas negativas mediante el trato amable, comprensión e incondicionalidad hacia uno mismo. En cuanto las áreas iban evolucionando y destaponándose, el resto de ellas comenzaban a equilibrarse por sí mismas, por ejemplo, cuando trabajamos con la autocrítica lo físico se empezó a colocar, al igual que lo cognitivo y lo sexual.

Asimismo, se han mandado tareas propuestas por Wilber, como distintas meditaciones cuando aparece la voz crítica. La meditación (Wilber, 1980) es un modo de facilitar la

aparición, crecimiento y desarrollo de las estructuras superiores de conciencia, un esfuerzo para que la conciencia ilumine todos los aspectos de la vida que favorece un camino de continuo crecimiento.

6. Tratamiento y curso

Dadas las características del caso y la formación de las terapeutas, se va a llevar a cabo la intervención basada en los modelos humanistas anteriormente citados: (a) Terapia Focalizada en la Emoción, (b) Mindfulness, y (c) Compasión.

El tratamiento se lleva a cabo de manera presencial habiéndose sucedido un total de ocho sesiones de una hora de duración. Se procuró que la frecuencia de las sesiones era semanal, no obstante, teniendo en cuenta los períodos vacacionales y las anulaciones de citas por asuntos propios del cliente, las sesiones se han llevado a cabo, generalmente, con una frecuencia quincenal.

En la Tabla 1 se presenta cada sesión realizada junto a la temática preponderante de ésta y las tareas empleadas al llevarlas a cabo. En la Tabla 2 aparecen los diferentes objetivos de intervención junto a en qué sesiones se han trabajado y mediante qué técnicas se han abordado. A continuación, se detalla cada sesión individualmente.

Tabla 1.*Temática y tareas terapéuticas empleadas en cada una de las sesiones.*

Sesión	Temática	Tareas	Tareas entre sesiones
1	Motivo de consulta Historia de vida	Exploración empática general	Exploración de emociones en el cuerpo y su relación con el contexto y los pensamientos
2	Preocupación por sus dolores articulatorios	Focusing Exploración empática general	Encontrar “la música” en otras actividades Tensar la muñeca a propósito y explorar los pensamientos que aparecen
3	Frustración en la música Expareja Disforia genital	Tarea de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Exploración empática general	Expresar con la guitarra su experiencia en la tarea de las dos sillas Reflexionar sobre qué le haría sentir más cómodo al hablar de la disforia
4	Historia del desarrollo de su vocación y profesión	Exploración empática general	Meditación selfshooting Trabajando con la sombra de Ken Wilber
5	Historia de relación con su expareja Alejandra Relación con la comida	Exploración empática general	Escribir una carta de agradecimiento a Alejandra Introducir verduras en su alimentación a lo largo de 21 días
6	Relación con la comida Experimentación de vértigos, historia del síntoma y en la actualidad Disforia genital	Exploración empática general Afirmación empática de la vulnerabilidad	Explorar la relación entre los vértigos y la disforia genital mediante la prueba de diferentes posturas
7	Frustración al tocar música para otras personas Proceso de descubrimiento de su identidad sexual Historia de relación con su padre	Tarea de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Exploración empática general Afirmación empática de la vulnerabilidad	Elaborar un diario de crecimiento personal
8	Historia significativa vital de transformación espiritual Nuevo encuentro con su expareja Alejandra	Exploración empática general Trauma retelling	Meditación Mindfulness

Tabla 2.

Objetivos del tratamiento y técnicas de intervención mediante las cuales se llevan a cabo.

Sesiones	Objetivos del tratamiento	Técnicas de intervención
1-8	Actuar desde esquemas emocionales primarios adaptativos	Exploración empática general Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Trauma retelling
1-8	Transformar la emoción primaria desadaptativa por emociones primarias adaptativas	Exploración empática general Afirmación empática Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Trauma retelling
1-8	Reducir la reacción a las situaciones mediante emociones secundarias, dando paso a las primarias adaptativas	Exploración empática general Afirmación empática Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Trauma retelling
1-8	Favorecer el crecimiento personal	Meditaciones autocompasivas Trabajando con la sombra de Ken Wilber Exploración empática general Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Trauma retelling
1, 2 y 4	Disminuir los síntomas psicósomáticos	Exploración empática general Despejar un espacio Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self
2 y 7	Mejorar el modo de autotratamiento, de la autocrítica a la autocompasión	Exploración empática general Técnica de las dos sillas para la escisión autocrítica del self Meditación selfshooting Trabajando con la sombra de Ken Wilber
5 y 8	Procesar el duelo/asunto no resuelto con su expareja de manera que aparezcan las emociones primarias adaptativas	Exploración empática general
7 y 8	Resignificar el evento vital traumático	Exploración empática general Trauma retelling Afirmación empática

Primera sesión

El objetivo que se persigue en la primera sesión consiste en definir el problema que lleva al cliente a solicitar ayuda psicológica, por lo que vamos realizando una Formulación de foco de sus necesidades.

En esta sesión Óscar narra su historia de vida, su desarrollo académico, profesional e identitario a lo largo de su etapa adolescente.

Aparecen (a) la emoción primaria adaptativa de alegría por el crecimiento, (b) la emoción primaria desadaptativa de vergüenza cuando nombra el tema de la disforia genital, (c)

las emociones primarias adaptativas de enfado y tristeza ante el tema de la ruptura con su pareja, y (d) la emoción secundaria de frustración en cuanto a sus dolores de muñeca.

La tarea entre sesiones que se propone consiste en darse cuenta y explorar las emociones que aparecen en su cuerpo, considerando qué pasa fuera, y qué ocurre en el pensamiento y a nivel emocional. Se hace hincapié en la exploración de si alguna emoción se genera a nivel genital.

Segunda sesión

En esta segunda sesión aparece la emoción secundaria de frustración ante sus dolores persistentes de muñeca y ante su bloqueo en la música.

La tarea que se propone dentro de la sesión consiste en una tarea experiencial de despejar un espacio, los asuntos de preocupación pendientes que salen son: (a) la identidad profesional, (b) el rendimiento en la música, (c) la ruptura con Alejandra, y (d) estar a disgusto con su cuerpo. Se dedica la sesión al tema de la identidad profesional.

El momento más significativo dentro de la sesión es aquel en que se da cuenta de que la música se ha convertido más en un elemento de exigencia que de placer, a lo que la terapeuta añade:

- T: “Tu cuerpo te está pidiendo que la música, por ahora, no” refiriéndose al bloqueo que está experimentando a nivel corporal.

Las tareas entre sesiones que se proponen consisten en encontrar “la música” al hacer otras actividades, y tensar la muñeca y explorar si al hacerlo aparecen los pensamientos que preceden al sufrimiento de dolor habitual que experimenta.

Tercera sesión

En esta sesión, Óscar habla de sus frustraciones respecto a la música, las cuales se exacerbaban cuando hay una persona experta alrededor, momento en el que se siente juzgado y se bloquea, por lo que se exige más y aumenta la sensación de bloqueo, cito lo siguiente:

- Ó: “Tengo la presión de querer impresionar, antes de ese momento trato de prepararme, pero cuando llego pienso que voy a tocar mal y me siento desconectado de mí mismo”.

Aparece el crítico preocupador “van a pensar que no lo estoy haciendo bien”, “no lo vas a hacer bien” materializado en forma de pánico escénico, el mensaje que subyace es “no eres lo suficientemente bueno”.

Al encontrar el marcador para la tarea del diálogo de las dos sillas para la escisión autocrítica del self, la terapeuta propone a Óscar si le gustaría exteriorizar esa parte de él mismo, y se da lugar a la tarea, comenzando por la silla del crítico, emitiendo los mensajes que

suele decirse, como por ejemplo: “eres un pringado”, “así no puedes ser músico”, el self conecta con la emoción primaria desadaptativa de vergüenza, el crítico percibe esa emoción y se afloja, es capaz de sentir compasión por el self, el self expresa su necesidad de valoración y confianza, y el crítico refleja su intención de protegerle, expresa su necesidad de que se esfuerce más y sea más auténtico para desaparecer, aparece la emoción primaria adaptativa de enfado en el self y el crítico se marcha diciendo que confía en él. Se produce una resolución parcial, llegando hasta el cuarto nivel de resolución.

Respecto a su expareja Alejandra, vuelve a hacer mención del asunto no resuelto con ella, por lo que transmite, se percibe que está empezando a acceder a las emociones primarias adaptativas que necesita para hacer el duelo.

Aparece la emoción primaria adaptativa de enfado al nombrar que Alejandra ha intentado establecer contacto con él, y las emociones primarias desadaptativas de miedo y vergüenza al nombrar el tema de su disforia genital, refiriendo no querer hablar de ello con más personas mirándole y escuchándole.

Las tareas entre sesiones que se proponen consisten en expresar con la guitarra lo que sienta acerca de lo sucedido en el diálogo de las sillas y reflexionar acerca de qué puede ayudarle a hablar en sesión acerca de la disforia, preguntándose qué es lo que le da vergüenza.

Cuarta sesión

Al inicio de esta sesión, Óscar comenta que ha experimentado una gran mejoría gracias a la tarea realizada en la sesión anterior. También refiere que tiene el deseo de ir a encuentros informales para la improvisación musical, pero aparece el miedo a ser evaluado y su muñeca se tensa, le duele y le impide tocar serenamente. En esta sesión narra la historia de conocimiento de su vocación y desarrollo de su profesión.

A lo largo de la sesión continúa apareciendo el crítico coercitivo, que lanza los siguientes mensajes: “nunca vas a ser lo suficientemente bueno”, “has llegado muy tarde a la música”, “nunca vas a tocar como tus maestros, no tienes la suficiente habilidad”, “tu muñeca no te va a dejar avanzar” y el crítico interno, el cual lanza el siguiente mensaje: “no tienes valor”.

Aparecen las emociones secundarias de envidia y frustración al hablar de otros músicos expertos, y las emociones de ansiedad secundaria y vergüenza primaria desadaptativa al acudir a los conciertos.

Se propone una tarea de autocompasión, “meditación selfshooting”, para que la realice antes de tocar o cuando se sienta frustrado, consiste en visualizar a una figura de amor y

tranquilizadora, en este caso, Óscar escoge a su madre, y una sensación de cariño, entre las cuales escoge el abrazo.

Quinta sesión

Óscar comenta que ha podido tocar todo lo que quería, no ha experimentado problemas con la muñeca y se ha sentido muy presente en todo momento. En esta sesión se trata principalmente el tema de su expareja, abordando su historia de relación.

Aparecen las siguientes emociones: (a) emociones primarias adaptativas de alegría y entusiasmo, cuando hace referencia al inicio de la relación, (b) emoción primaria adaptativa de asco, desconfianza e irritabilidad, cuando hace referencia a la etapa en que estuvo a disgusto en la pareja, y (c) emoción primaria adaptativa de tristeza por la pérdida.

También verbaliza su necesidad por mejorar su relación con la comida, especialmente con las verduras, y aumentar su repertorio alimentario, ya que quiere hacerse vegetariano. En este sentido, aparece la emoción primaria adaptativa de enfado consigo mismo, dado que su forma de actuar no es congruente con su modo de estar en el mundo, y la emoción secundaria de decepción.

Las tareas entre sesiones que se proponen consisten en, en primer lugar, ir introduciendo poco a poco las verduras que menos rechazo le producen, semana a semana, tomando una pequeña cantidad cocinada de diversas formas cada día durante 21 días y, en segundo lugar, escribir una carta a Alejandra que incluya tanto un agradecimiento, como las cosas que le gustaban y no le gustaban de ella.

Sexta sesión

En esta sesión comenta que se encuentra mejor en la relación con la comida, apareciendo las siguientes emociones: (a) primaria adaptativa de asco, y (b) primaria desadaptativa de enfado con los demás por representar la autoridad que le obligaba a comer de pequeño, ante lo que también aparecen emociones secundarias de estrés y ansiedad.

También refiere que próximamente tiene un concierto, apareciendo la emoción secundaria de ansiedad y el crítico asustador “no lo vas a hacer bien, algo te va a salir mal”, no llegando a aparecer la emoción primaria desadaptativa de vergüenza. Al hilo, comenta que lleva experimentando vértigos durante varios años, el primer episodio ocurrió en una montaña, donde sintió una sensación muy clara de que se iba a caer que le paralizó, desde ahí continúa experimentando vértigos y ataques de pánico en situaciones en que desconfía de su cuerpo, sobre todo en la época de transición de identidad de género, momento en que no prestaba mucha atención a sus necesidades corporales. Aparece el dolor nuclear del miedo a no poder sobrevivir, fragilidad ante la vida, la sensación interna de que su vida está en riesgo, y el miedo

a la muerte. Se realiza la tarea de afirmación empática de la vulnerabilidad al aparecer estas emociones difíciles, generando autoafirmación en él al sentir validadas sus emociones más dolorosas.

Por último, aparece el tema de la disforia genital relacionado con los vértigos. Cuenta que en los momentos en los que está sentado, reposando sobre sus genitales, son aquellos en los que más experimenta vértigos, además, transmite que ha experimentado numerosos sentimientos de inadecuación, sobre todo a raíz de su relación con Alejandra, cuando comenzó a sentir que no se sentía satisfecho con su ajuste al rol sexual masculino por la ausencia de genitales masculinos. Aparece la emoción primaria desadaptativa de vergüenza, en cuanto a “nunca voy a ser lo suficientemente hombre”, la emoción primaria de orgullo, en cuanto a “tener clítoris está muy bien”, y las emociones de miedo primario y frustración secundaria, ya que refiere que las operaciones de cambio de sexo no son seguras y no se la querrá hacer.

El momento más intenso de la sesión, en que Óscar realiza un insight importante, es el siguiente:

- T: “Tu cuerpo te está hablando, si no le escuchas, te tira de la silla”.

La tarea entre sesiones propuesta consiste en probar diferentes posturas corporales, como estar tumbado, sentado o de pie, y sentir los genitales, de modo que se pueda explorar la relación entre los vértigos y la disforia genital.

Séptima sesión

Óscar comienza la sesión hablando de la aparición de su crítica cuando se dispone a tocar delante de otros, o cuando se graba para las redes sociales. Al aparecer el marcador, se realiza la tarea de las dos sillas para la escisión autocrítica del self combinado con visualizaciones de escenas que faciliten su conexión con las emociones. Comienza la silla del crítico emitiendo los mensajes “vas a fracasar y a hacer el ridículo, no vales para la música”, el self conecta con la emoción primaria desadaptativa de vergüenza, expresa enfado ante la parte crítica, diciéndole “me apagas, me impides disfrutar”, el crítico se afloja y expresa la necesidad de vivir experiencias en que haga las cosas bien, quiere resultados, el self se empodera y le transmite que ya ha obtenido muchos resultados en otras áreas de su vida, como en su transición de género o la escritura, el crítico se lo cree y aparece la compasión, percibiendo todos los logros del self. Se produce una resolución parcial hasta el cuarto nivel.

En esta sesión, Óscar habla del proceso de descubrimiento de su identidad sexual, desde la primera infancia se sintió más cómodo siendo tratado como un chico, pero el entorno le mandaba mensajes de que eso no era posible, que era una chica y ellos le tratarían como tal. En la primera parte de la adolescencia trató de ser más femenino, lo cual le insatisfacía e

incomodaba, por lo que al cabo de un tiempo comenzó a representarse a sí mismo como un hombre, hasta llegada la edad adulta en que se identificaba y presentaba al mundo como tal. Aparecen las emociones de tristeza y vergüenza primarias desadaptativas, frustración secundaria, y primarias adaptativas de enfado y asco. Se realiza la tarea basada en la empatía de afirmación empática de la vulnerabilidad, validando las emociones dolorosas que experimentó en aquellos momentos y experimenta al recordarlos.

Por último, se le pregunta acerca de la relación con su padre, transmite que desde que era pequeño han tenido muy poca relación, se implicó muy poco con él y su hermana tanto afectiva como económicamente, por lo que el trato era distante y frío. Hace cuatro años han tenido más acercamiento debido al incipiente interés de Óscar por la música, lo que le llevó a contactar con su padre porque él es compositor. Aparece una autointerrupción emocional y, más adelante, la emoción de enfado primario adaptativo.

La tarea entre sesiones que se propone consiste en realizar un diario de crecimiento personal, que cuente con un prólogo de todos los logros que ha tenido hasta ahora.

Octava sesión

Óscar señala dos temas de interés para esta sesión: (a) La música, al hilo de la tarea del diálogo de dos sillas de la sesión anterior; y (b) Su expareja Alejandra, dado que ha habido un nuevo encuentro con ella.

Se realiza la tarea de narración de trauma con el objetivo de resignificar los eventos de su vida en referencia a su identidad sexual y a la música. Relata la etapa vital en que realiza un viaje internacional en solitario para aprender música, en el que se enfrentó a su identidad sexual y profesional. En ella hubo una gran transformación a nivel espiritual, experimentó una importante dificultad para asumir socialmente su género y se sintió muy frustrado y con sensación de fracaso al exponerse a ir a un lugar en el cual el nivel de acceso que pedían no se correspondía con el que había realmente. Terminó por no asistir al curso y encontrarse consigo mismo, preguntándose por el sentido de la vida y otras preguntas existenciales, llegando a desarrollar una gran transformación a nivel espiritual. Se produce la resolución completa de la tarea al producirse alivio, recuperación de lagunas narrativas y creación de nuevos significados personales. Aparece la emoción secundaria de frustración, la primaria desadaptativa de vergüenza y la primaria adaptativa de compasión.

Alude a que ha tenido mucha prisa al realizar todo debido a que comenzó a vivir a los 20 años, cuando encontró su identidad sexual, lo cual ha resultado en que el cuerpo le ha frenado, tanto con dolores en las articulaciones como otras manifestaciones psicósomáticas. Refiere a que ahora desea ir con más calma y está tomando medidas para ello.

Respecto al tema de Alejandra, cuenta que se ha vuelto a sentir atraído por ella. Aparece la emoción secundaria de ansiedad, nerviosismo y la emoción primaria adaptativa de miedo.

La tarea entre sesiones consiste en realizar una meditación cuando aparezcan sensaciones desagradables, surfeándolas, tratando de permanecer en la ola sin caerse.

El tratamiento finaliza en esta última sesión, Óscar decide abandonar la terapia unas semanas más tarde afirmando que se encuentra mucho mejor y ha encontrado un nuevo espacio en el que fortalecerse espiritualmente mediante la meditación, el cual le está ayudando mucho.

7. Resultados del tratamiento

En un primer momento, se abordó la sintomatología de dolor agudo que le incapacitaba desarrollar su profesión, lo cual dio paso a un segundo período de tratamiento en que se enfatizó en la emoción primaria desadaptativa de vergüenza y la escisión autocrítica del self, en el que también se abordó el asunto no resuelto con su expareja y su relación con la alimentación. Finalmente, se abordaron distintos eventos traumáticos significativos en su vida para favorecer su resignificación.

Para reflejar los resultados terapéuticos que se han obtenido a lo largo del proceso, cabe hacer mención de cada uno de los marcadores/objetivos que se han trabajado específicamente, cuyo progreso aparece reflejado en las Figuras 9, 10 y 11: (a) Respecto al modo de autotratamiento, comenzamos la terapia desde una crítica agitadora/preocupadora en forma de pánico escénico en la cual se profundizó, llegándose a expresar el crítico coercitivo, de modo que se realizó en dos ocasiones la tarea de las dos sillas para la escisión autocrítica del self y se dio lugar a un nivel de resolución parcial en ambas, las dos partes expresaron sus necesidades, y al final de la terapia aparecieron las emociones primarias adaptativas de enfado asertivo hacia la parte crítica y compasión hacia el self, pudiendo llevar adelante lo que se había tratado durante la tarea, reduciéndose de ese modo el miedo escénico, ya que se ha suavizado la crítica, y también cabe señalar la posible desaparición próxima del crítico coach, ya que Óscar finalmente asegura que quiere tomárselo todo con más calma; (b) Respecto al asunto no resuelto, mediante la tarea de exploración empática general se pudo explorar la historia de relación, pudiendo reexperimentar los eventos problemáticos o dolorosos, elaborando tanto las emociones como las necesidades, simbolizando lo que significó esa experiencia y generando una resolución casi completa de la tarea, pudiendo valorar positivamente y apropiándose de la experiencia relacional, apareciendo las emociones primarias adaptativas de enfado asertivo y tristeza por la pérdida necesarias para la realización del duelo; y (c) Respecto al asunto traumático, mediante la tarea de trauma retelling, finalmente Óscar expresó una visión de sí

mismo y del mundo más integrada, y reflexionó acerca de diferentes perspectivas sobre el trauma, integrando los aspectos positivos y negativos de esa experiencia, favoreciendo la emergencia de nuevos significados idiosincrásicos de esa etapa.

Figura 9.

Esquema de los resultados obtenidos en el marcador de escisión autoevaluativa.

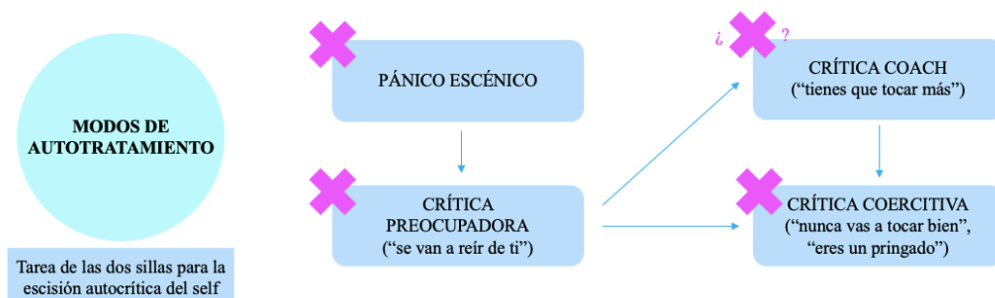


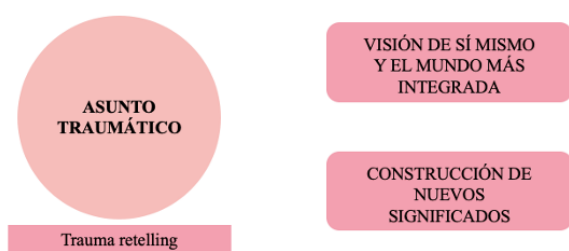
Figura 10.

Esquema de los resultados obtenidos en el marcador de asunto no resuelto.



Figura 11.

Esquema de los resultados obtenidos en el marcador de asunto traumático.

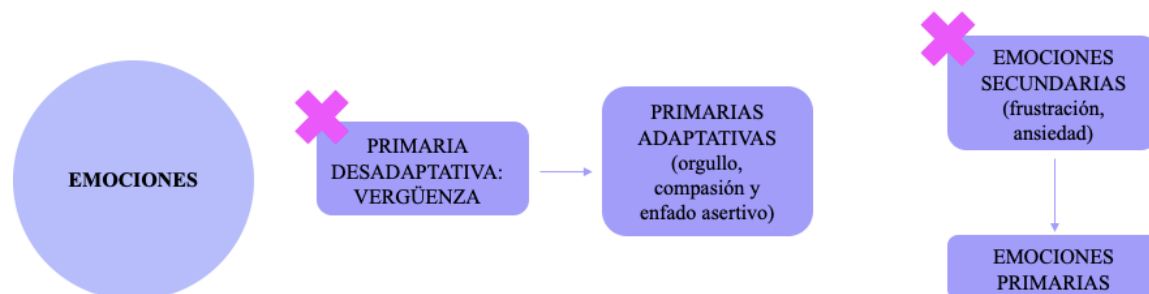


Por otro lado, respecto a los objetivos de transformación de la emoción primaria desadaptativa por adaptativas y la reducción de reacciones con emociones secundarias, cabe decir que se ha transformado el dolor nuclear, se han expresado y experimentado las emociones primarias adaptativas de orgullo, compasión y enfado asertivo, transformando de este modo la emoción primaria desadaptativa de vergüenza, gracias a que se ha podido ofrecer a sí mismo lo que necesitaba, sintiéndose valioso y válido por quien es. Cada vez tiene menos contacto con las emociones secundarias y reacciona a las situaciones desde las emociones primarias,

desapareciendo así las emociones de frustración y ansiedad. El progreso aparece reflejado en la Figura 12.

Figura 12.

Esquema de los resultados obtenidos en la transformación de emociones desadaptativas.

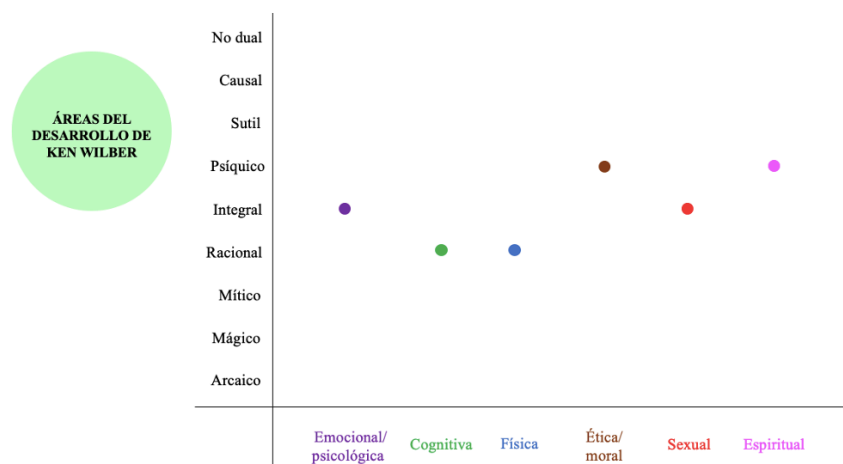


Por otro lado, respecto a la reducción de los síntomas psicossomáticos, en concreto, del síntoma de dolor agudo en la muñeca y los vértigos, éstos se han visto modificados y/o mitigados mediante la mejora del modo de autotratamiento, ya que las sesiones en que se trabajó este objetivo constituyeron un punto de inflexión en el padecimiento de estos síntomas y la transformación de la emoción primaria desadaptativa, así como con la ayuda del tratamiento fisioterapéutico adyacente.

Por último, en relación con el crecimiento personal, se siente más integrado y se encuentra, como mínimo, en un nivel integral o psíquico en todas las áreas del desarrollo propuestas por Ken Wilber, lo cual le permite seguir avanzando en todas ellas, especialmente en el área espiritual, muy importante para él, superando el bloqueo que existía principalmente en las áreas emocional/psicológica y física. El progreso en las áreas del desarrollo aparece reflejado en la Figura 13.

Figura 13.

Esquema de los resultados obtenidos en las áreas del desarrollo de Ken Wilber.



Respecto a la visión subjetiva del cliente, transmitió su satisfacción con el tratamiento a las terapeutas, afirmando sentirse mucho mejor y más libre para seguir fluyendo en los múltiples aspectos de su vida, especialmente con su vocación profesional; también refiere que continuará acudiendo a sesiones de meditación y Mindfulness que le son útiles para su crecimiento espiritual. Las terapeutas también consideran que el tratamiento ha resultado satisfactorio dado que se han resuelto casi totalmente todos los marcadores de tarea que han aparecido a lo largo del tratamiento, lo cual facilita un funcionamiento adaptativo de Óscar.

Una vez finalizado el tratamiento, se considera que faltarían por trabajar tres aspectos para llegar a una resolución completa de todos los conflictos o problemas que experimenta Óscar: (a) La relación con su padre, puede darse lugar a una tarea activa de asunto no resuelto con la figura paterna, pudiendo expresar sus necesidades no satisfechas y produciendo un cambio en su visión que le facilite entenderle, perdonarle o responsabilizarle por el daño que le ha causado y dejar ir los sentimientos no resueltos; (b) Asunto no resuelto hacia su expareja Alejandra, también puede darse lugar a una tarea activa de asuntos por resolver, ya que probablemente necesite expresar sus emociones y necesidades, dejando ir los sentimientos no satisfechos; (c) Duelo con el genital que no llegará a tener, se daría lugar a una tarea activa de asuntos por resolver de modo que pueda expresar sus sentimientos y necesidades, y se atenúe o mitigue la disforia genital que experimenta.

8. Discusión

8.1. Relación de las intervenciones realizadas con la evidencia científica

Los resultados obtenidos en el tratamiento son los esperados, se han cumplido la mayoría de los objetivos terapéuticos en un número reducido de sesiones, probablemente debido a que el estado inicial del cliente es muy saludable, experimentaba pocas emociones secundarias, apenas existía autointerrupción, la crítica no era muy severa y la herida nuclear no era muy profunda, además, contaba con un alto nivel de desarrollo personal, todo esto favoreció la profundización en los temas relevantes desde el principio de la terapia y su resolución en pocas sesiones.

Los puntos clave del tratamiento son la realización de las tareas activas de la silla para la escisión autocrítica del self y la renarración del trauma, puesto que ambas han constituido una fuente de salud para Óscar. Ahora puede identificar la crítica cuando aparece y poder negociar con ella sus necesidades, además de que su dolor primario se ha transformado por compasión hacia sí mismo, en parte gracias a la tarea de trauma retelling, ya que ha elaborado nuevos significados en cuanto al trauma; no es que él no fuese suficiente y nunca iba a llegar a

ser bueno, sino que las circunstancias eran difíciles y las personas con las que se encontraba no eran elementos de comparación adecuados; esto constituye un símbolo que le ha permitido afirmar que desea tomarse la vida con más calma, escuchándose y queriéndose más, reduciendo su nivel de autoexigencia.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo propuesto por Elliot et al. (2004) y Greenberg et al. (1996) y la profundización en los procesos emocionales facilita la movilización de las emociones secundarias a las primarias desadaptativas, y éstas facilitan el acceso al dolor nuclear, desde el cual se puede realizar una transformación a las primarias adaptativas. En el caso descrito la profundización en las emociones de frustración y ansiedad ante la evaluación permite llegar a la vergüenza, cuyo dolor nuclear consiste en no sentirse válido o valioso, y mediante las tareas experienciales se consigue llegar a experimentar las primarias adaptativas de compasión y enfado, produciéndose así la transformación emocional que permite crecer a la persona.

Como se puede observar en la teoría de la Terapia Focalizada en la Emoción (Elliot et al., 2004; Greenberg et al., 1996), mediante una relación terapéutica segura, centrada en el cliente, auténtica y compasiva, y la realización de tareas empáticas, de reprocesamiento, experienciales y activas, siempre en conexión con la herida nuclear de valía, se consigue que la persona se reorganice en base a esquemas de emoción saludables, permitiendo la activación de las emociones primarias adaptativas de enfado asertivo y compasión para la satisfacción de las necesidades no satisfechas implícitas en el dolor nuclear que transforman la herida nuclear de vergüenza y facilitan la construcción de nuevos significados y la integración del self. Trabajar con la escisión autocrítica del self y llegar a una resolución parcial en la tarea de las sillas, reprocesar un evento traumático posibilitando la creación de nuevos significados y una visión más integrada del sí mismo, explorar los eventos problemáticos de una manera empática, permitiendo elaborar las emociones y necesidades que aparecieron, y validar los sentimientos de vulnerabilidad facilitan la transformación del dolor nuclear, favoreciendo que el cliente se encuentre mejor y consiga tratarse de una manera más adaptativa y saludable, pudiendo relacionarse consigo mismo y con los demás desde esquemas de emoción primarios adaptativos, dejando de reaccionar desde las emociones secundarias y transformando el dolor primario mediante la activación de las emociones primarias adaptativas. En este caso, los resultados se han generalizado a la vida cotidiana sin haber logrado el máximo grado de resolución en las tareas llevadas a cabo, por ejemplo, en la silla para la escisión autocrítica del self, lo cual indica que procesar varias veces las emociones y necesidades en ocasiones es suficiente para contribuir al cambio terapéutico (Elliot et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

Las meditaciones y ejercicios provenientes del Mindfulness y la autocompasión que se han propuesto y puesto en marcha tanto dentro como fuera de la sesión han contribuido a que Óscar atiende al momento presente sin juzgarlo, aceptando tanto las cosas buenas como las malas mediante una actitud de apertura mental, lo que le ha permitido ser consciente de cuándo aparecía la crítica o los sentimientos dolorosos, autotratarse de manera compasiva si consideraba que contaba con las herramientas para hacerlo o poder abordarlo en sesión si le resultaba desbordante o problemático. Ha podido ser amable consigo mismo en los momentos difíciles, entender sus propios fracasos o fallos sin condenarlos ni castigarse por ellos y darse consuelo de forma activa, de manera que se ha favorecido el desarrollo de una mente compasiva, tal y como proponen los autores de compasión y Mindfulness (Baer et al., 2006; Germer et al., 2005; Neff, 2003; Neff y Germer, 2020).

8.2. Conclusiones

Esta investigación refleja la importancia de trabajar con las emociones en psicoterapia, atender al dolor nuclear de la persona y sus necesidades no satisfechas, para así transformar las emociones primarias desadaptativas en primarias adaptativas y favorecer un intercambio relacional entre la persona y ambiente más ajustado y funcional, que la permita actuar con libertad en el mundo. Además, se subraya el hecho de que el fomento y desarrollo de una mente autocompasiva contribuye a la curación de los dolores emocionales, ya que la persona comienza a tratarse a sí misma de un modo amable y amoroso, sustituyendo este modo de autotratamiento por el de criticarse o castigarse por las cosas que hace mal. En definitiva, el estudio de caso aporta un dato más sobre la efectividad de las terapias humanistas como una buena vía para que la persona reaccione al mundo de una manera que se sienta mejor y pueda crecer personalmente.

8.3. Puntos fuertes y limitaciones

Respecto a los puntos fuertes, se consideran los siguientes: (a) El disponer de un equipo terapéutico formado por distintos observadores que percibiese de manera sincrónica lo que ocurría en las sesiones facilitó recoger toda la información necesaria para la realización del análisis del proceso terapéutico, lo cual contribuyó a la objetividad de la descripción de la terapia; (b) Ambas coterapeutas están formadas o siendo formadas en Terapia Focalizada en la Emoción, lo cual favorecía la sensibilidad a los marcadores, tipos de emoción experimentada y expresada y modos de autotratamiento, así como la correcta puesta en marcha de cada una de las tareas terapéuticas propuestas; y (c) Las expectativas respecto a la terapeuta eran altas y

se cumplieron, por lo que se facilitó el vínculo con ella desde un primer momento y se pudieron realizar tareas activas incluso antes de la cuarta sesión.

Respecto a las limitaciones, se consideran las siguientes: (a) Ha supuesto una pérdida de información el carecer de un dispositivo que filmase el contenido de las sesiones, de modo que se pudiese revisar por varios observadores el contenido y poder ser más fieles a lo que realmente ocurrió a lo largo del proceso; (b) La discontinuidad del tratamiento, las sesiones rara vez se producían semanalmente, lo cual favorecía una desconexión mayor del tratamiento; (c) No ha existido un momento concreto al finalizar el proceso terapéutico en que se diese feedback y se pudiese evaluar la satisfacción con el tratamiento, por lo que los resultados subjetivos son inferencias acerca de determinados mensajes que mandó Óscar a la terapeuta; (d) La presencia de equipo terapéutico, así como la realización de un trabajo de investigación acerca del caso incomodó en un principio al cliente, por lo que hay temas que posiblemente no se abordaron debido a este motivo; y (e) La adhesión al tratamiento se ha visto obstaculizada por dificultades económicas, a pesar de contar con una reducción de la tarifa, acudir a sesión le suponía un esfuerzo económico.

8.3. Perspectivas de futuro

Este caso puede contribuir a la evidencia de la efectividad de los tratamientos humanistas para casos en los que el paciente busque crecer espiritualmente, especialmente para aquellos que encuentren un bloqueo a nivel emocional. La aplicación de técnicas de Terapia Focalizada en la Emoción, Mindfulness y compasión fomenta el desarrollo de habilidades que mejoran la regulación emocional, así como el fomento de una mente autocompasiva, lo cual genera beneficios y mejoras tanto en la salud entendida como un aspecto biopsicosocial. Sería importante seguir investigando en esta línea para ampliar la evidencia científica de los modelos humanistas y que se extienda su aplicación en el ámbito de la psicoterapia.

9. Referencias bibliográficas

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010>
- Bugental, J. F. T. (1964). The third force in psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/002216786400400102>

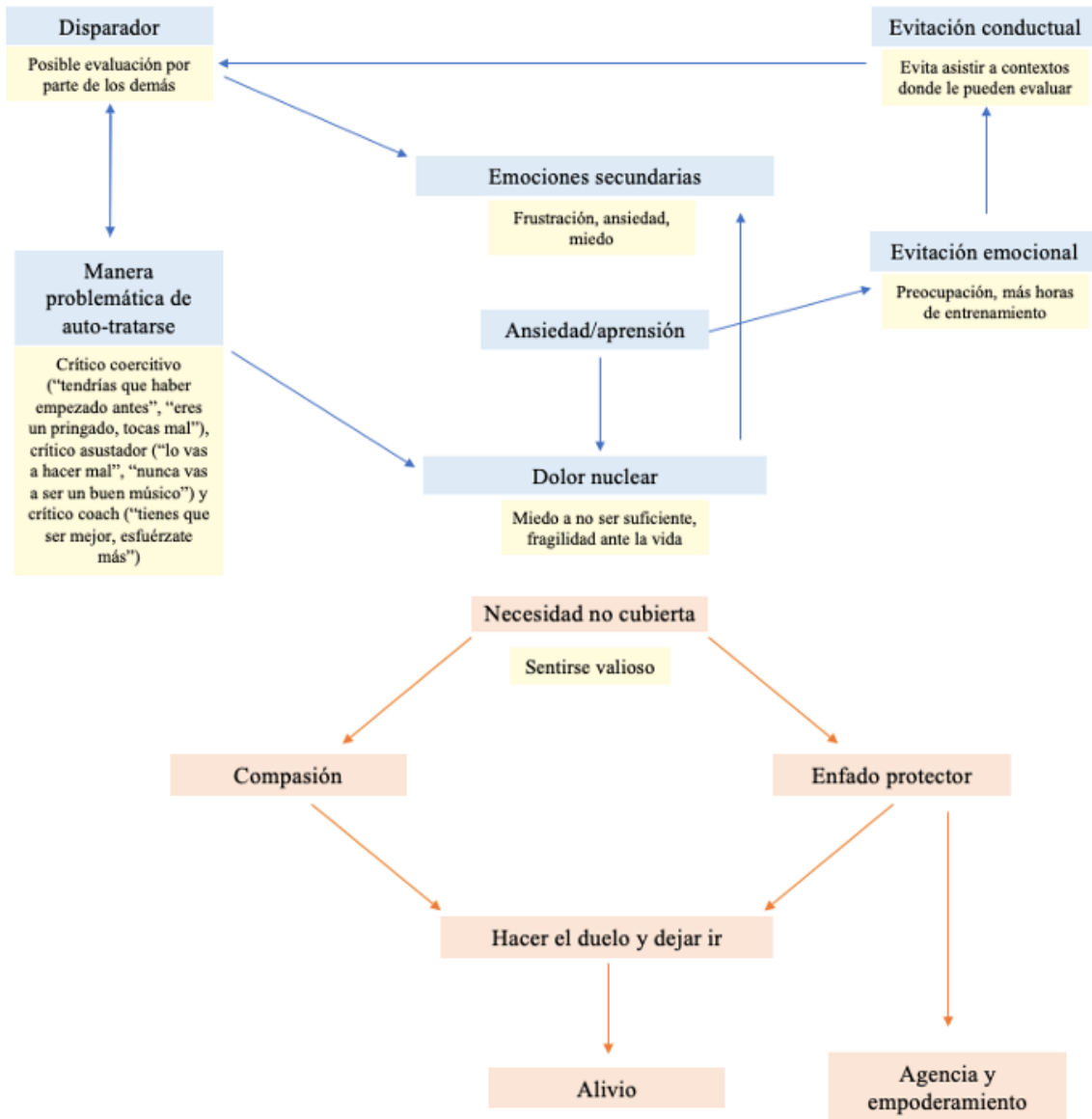
- Burgos, J. M. (2014). *Historia de la psicología*. Palabra.
- Dhivamarsa, V. R. (2002). *Meditación Vipassana y Eneagrama: hacia un desarrollo humano y armonioso*. La Libre de Marzo.
- Elliot, R., y Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. In A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 106-120). Oxford University Press.
- Elliot, 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. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Germer, C., Siegel, R., y Fulton, P. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>
- Godfrey, E., Chalder, T., Ridsdale, L., Seed, P., y Ogden, J. (2007). Investigating the active ingredients of cognitive behaviour therapy and counselling for patients with chronic fatigue in primary care: Developing a new process measure to assess treatment fidelity and predict outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 253–272. <https://doi.org/10.1348/014466506X147420>
- Goenka, S. N. (2002). *Meditation now: Inner peace through inner wisdom*. Vipassana Research Publications.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós Ibérica.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Matos, M., y Steindl, S. (2020). “You are already all you need to be”: A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2079–2096. <https://doi.org/10.1002/jclp.23055>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-102. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K., y Germer, C. E. (2020). *Cuaderno de trabajo de mindfulness y autocompasión: un método seguro para aumentar la fortaleza y el desarrollo interior y para aceptarse a uno mismo*. Desclée de Brouwer.

- Powers, T. A., Koestner, R., Zuroff, D. C., Milyavskaya, M., y Gorin, A. A. (2011). The effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(7), 964-975. <https://doi.org/10.1177/0146167211410246>
- Rihacek, T., y Cevelicek, M. (2020). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychotherapy Research*, 30(4), 532-545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1645370>
- Saphiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Scarrone, L. (2019). Gender dysphoria and the mirror: A mediator between the first person and third person perspective. *Counselling Psychology Review*, 34(1), 51-59.
- Stiegler, J. R., Binder, P.-E., Hjeltnes, A., Stige, S. H., y Schanche, E. (2018). 'It's heavy, intense, horrendous and nice': Clients' experiences in two-chair dialogues. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 17(2), 139-159. <https://doi.org/10.1080/14779757.2018.1472138>
- Timulak, L., y Keogh, D. (2019). Emotion-Focused Therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(9), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In L.S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 111-128). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-005>
- Wilber, K. (1980). *El proyecto Atman. Una visión transpersonal del desarrollo humano*. Kairós.
- Wilber, K. (1979). *La conciencia sin fronteras*. Kairós.
- Wilber, K. (1993). *Psicología integral*. Kairós.
- Zeng, F., Sun, X., Yang, B., Shen, H., y Liu, L. (2016) The Theoretical Construction of a Classification of Clinical Somatic Symptoms in Psychosomatic Medicine Theory. *Plos One*, 11(8), 161-222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161222>

10. Apéndice 1

Figura 14.

Formulación de caso desde TFE propuesta por Timulak y Keogh (2019).



Adaptado de “Emotion-Focused Therapy: A transdiagnostic formulation” (p. 3), por L. Timulak & D. Keogh, 2019, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50.