



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**“RECONSTRUYENDO LA VALÍA Y LA SEGURIDAD RELACIONAL: UN
ESTUDIO DE CASO DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA INTEGRADOR”**

Autor: Irene Mondéjar Hermosa

Tutor: Sofía Rademaker Martín-Municio

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Terapia Focalizada en la Emoción.....	6
Focusing.....	9
Apego y dificultades emocionales; heridas emocionales y autoevaluación.....	11
Apego y dificultades emocionales.....	11
Heridas emocionales y autoevaluación.....	13
Objetivos e hipótesis.....	16
Diseño.....	17
Metodología de evaluación.....	17
Presentación del caso.....	20
Antecedentes.....	23
Evaluación inicial.....	24
Formulación de caso.....	27
Tratamiento y curso.....	36
Resultados.....	46
Discusión.....	56
Integración de resultados con la literatura.....	56
Limitaciones.....	58
Futuras líneas de investigación.....	59
Referencias.....	60

Resumen

Este trabajo presenta un estudio de caso cuyo objetivo es describir el abordaje terapéutico de una paciente con dificultades en la comprensión y regulación emocional, así como con formas de autotratamiento desadaptativas, como la autocrítica y la autointerrupción, que impactan negativamente en su autoestima y en sus relaciones interpersonales. La intervención se llevó a cabo desde un enfoque humanista, concretamente mediante la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), complementada con técnicas de Focusing. El texto se estructura en dos partes principales: en primer lugar, se expone el marco teórico que fundamenta ambos enfoques terapéuticos, y en segundo lugar, se describe detalladamente el caso, el desarrollo del tratamiento y las técnicas empleadas. Los resultados reflejan una evolución positiva en las variables problema inicialmente identificadas, como consecuencia de las tareas terapéuticas y de las estrategias aplicadas durante el proceso. Este estudio resulta especialmente relevante no solo por los cambios emocionales observados, sino porque permite profundizar en la comprensión de cómo ciertos patrones desadaptativos afectan al funcionamiento emocional y relacional, y cómo pueden transformarse a través de una intervención humanista.

Palabras clave: Estudio de caso, Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), Focusing, Autocrítica, Vergüenza.

Abstract

This paper presents a case study aimed at describing the therapeutic approach applied to a patient who exhibited difficulties in emotional understanding and regulation, as well as maladaptive self-treatment strategies such as self-criticism and self-interruption. These challenges significantly affected her self-esteem and interpersonal relationships. The intervention was conducted from a humanistic perspective, specifically through Emotion-Focused Therapy (EFT), complemented by Focusing techniques. The paper is structured in two main parts: first, it outlines the theoretical framework underlying both therapeutic models; second, it provides a detailed description of the case, the course of treatment, and the techniques employed. The results indicate a positive evolution in the identified problem variables, as a result of the therapeutic tasks and techniques implemented throughout the process. This study is particularly relevant not only due to the emotional transformation observed, but also because it allows for a deeper

understanding of how certain maladaptive patterns impact internal and relational functioning, and how they can be addressed through a humanistic intervention.

Keywords: Case study, Emotion-Focused Therapy (EFT), Focusing, Self-criticism, Shame.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) se centra en el análisis y abordaje terapéutico de un caso clínico que representa una problemática emocional y frecuente en el ámbito de la psicología clínica: dificultades en la identificación, comprensión y manejo de las emociones, la autoexigencia y el impacto de experiencias tempranas no resueltas. La elección de este estudio de caso responde a la necesidad de profundizar en el entendimiento y la intervención de esta problemática desde una perspectiva teórico-práctica, con el objetivo de contribuir tanto al desarrollo profesional como a la literatura. Este caso, ofrece la oportunidad de explorar las heridas emocionales y las distintas formas de autotratamiento que se desarrollan y se instauran en la manera de funcionar de las personas, así como para diseñar una intervención terapéutica ajustada a las necesidades específicas de la paciente.

La paciente, motivo central del estudio, acude a consulta debido a un desbordamiento emocional recurrente en su vida diaria. Durante la evaluación inicial se identificó que, en la base de su sintomatología, subyace una autoexigencia excesiva derivada de experiencias tempranas, que ha fomentado un sentimiento de vergüenza y no valía personal. Este esquema interno negativo se ha generalizado a distintas áreas de su vida, como el ámbito laboral y las relaciones, donde prevalece la percepción de que su valor personal depende de lo que hace y aquello que consigue, más que de su esencia como individuo. Asimismo, las experiencias que ha tenido con otros significativos también han generado cierta dificultad en sus relaciones interpersonales, condicionando tanto su capacidad para establecer relaciones saludables como su manejo emocional en contextos de pérdida o incertidumbre y ante la presencia de determinadas emociones.

El análisis y abordaje de este caso ofrece una oportunidad para comprender en profundidad cómo se instauran estos patrones, cómo afectan el funcionamiento emocional e interpersonal y, lo más importante, cómo pueden abordarse desde una intervención terapéutica eficaz. Además, permite reflexionar sobre la importancia de fomentar una autoevaluación basada en la autocompasión y el reconocimiento interno, en contraposición a la dependencia del juicio externo como fuente de valía personal. Algo que en la sociedad actual está presente, la valía personal no se basa únicamente en la esencia del individuo, sino que hay una mirada en lo que se logra tanto a nivel profesional como relacional. En este sentido, este estudio no solo permite comprender el impacto de las experiencias individuales en la construcción de la valía personal, sino

tenerlo en cuenta en un contexto que constantemente pone a prueba la identidad y autoestima de las personas, haciendo imprescindible el desarrollo de estrategias terapéuticas que promuevan una autoevaluación más adaptativa.

El enfoque terapéutico desde el que se abordará este caso es el enfoque humanista, concretamente la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), debido a su eficacia en el trabajo con heridas emocionales y patrones de autotratamiento desadaptativos. En el caso de la paciente, su autoexigencia y su fuerte autocritica han actuado como mecanismos de afrontamiento que, si bien han tenido una función protectora, han terminado perpetuando su sentimiento de insuficiencia y vergüenza. La TFE permite acceder a estas experiencias emocionales subyacentes, transformar las emociones desadaptativas y fomentar respuestas más saludables y autocompasivas (Jódar y Caro, 2023).

De manera complementaria, se emplea el Focusing, una técnica especialmente útil ante la dificultad de la paciente para identificar y procesar sus emociones. A lo largo del proceso terapéutico, se ha observado que su desconexión emocional y la evitación de su mundo interno dificultan el acceso a sus necesidades reales. El Focusing facilita esta conexión al permitirle sintonizar con sus sensaciones corporales, simbolizarlas y acceder a los significados profundos que estas contienen. Esto resulta clave en su proceso, ya que muchas de sus emociones quedan oscurecidas.

Si bien el Focusing es un recurso valioso dentro del tratamiento, la intervención se estructura principalmente desde los principios y técnicas de la TFE, dado que este modelo ofrece un marco integral para trabajar con la transformación emocional y la reconstrucción de una autoevaluación más saludable.

1.1.Terapia Focalizada en la Emoción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), desarrollada por Leslie Greenberg, es un enfoque psicoterapéutico experiencial que destaca el papel central de las emociones en la experiencia humana, la construcción del sí mismo y el cambio terapéutico (Greenberg, Elliot y Pos, 2015). Este modelo considera que la emoción es un sistema adaptativo innato que cumple funciones clave: proporcionar información sobre el entorno, activar tendencias a la acción para satisfacer necesidades subyacentes y dar sentido a la experiencia (Greenberg, Elliot y Pos, 2015; Jódar y Caro, 2023).

Sin embargo, hay emociones que pueden volverse problemáticas para las personas, causando malestar, por ello, es importante conocer los distintos tipos de emociones que pueden surgir puesto que cada una requiere de una intervención distinta (Jódar y Caro, 2023).

Encontramos dentro de estas emociones las *primarias desadaptativas* que reflejan necesidades no resueltas y están ancladas en experiencias pasadas. También identifica las *emociones secundarias*, que enmascaran el dolor emocional más profundo, y las *emociones instrumentales*, utilizadas para cumplir objetivos interpersonales que pueden poner en peligro los vínculos. Por otro lado, también existe un tipo de emoción primaria que es *adaptativa* en las que sí se encuentra un ajuste entre la emoción y la situación que la suscita siendo las más destacadas el enfado asertivo, la tristeza por duelo y la autocompasión (Greenberg, Elliot y Pos, 2015; Jódar y Caro, 2023).

Otra de las principales aportaciones desde la TFE es el concepto de esquema emocional, que se refiere a una estructura de memoria emocional que se forma a partir de experiencias emocionales y que guían el impacto y el modo de actuar en el presente. En esencia, funcionan como filtros que influyen en cómo interpretamos y reaccionamos a lo que nos sucede en el presente, conectando nuestras vivencias actuales con las pasadas (Jódar y Caro, 2023).

Desde este enfoque se trabaja desde la premisa de que el cambio emocional es esencial para la mejora del malestar (Greenberg, 2010). Para lograr este cambio, la TFE se centra en dos procesos fundamentales:

Por un lado, el *acceso emocional*. Este primer proceso consiste en ayudar al paciente a tomar consciencia de sus emociones, expresarlas y reflexionar sobre ellas. La toma de consciencia implica identificar los diferentes componentes de las emociones, como las sensaciones corporales, los elementos perceptivos, sensoriales y motivacionales, y posteriormente etiquetarlas promoviendo la aceptación emocional. La expresión emocional, por su parte, se centra en activar estas emociones, lo cual es especialmente importante en el caso de emociones desadaptativas, ya que su activación es un paso necesario para su transformación. Finalmente, la reflexión sobre las emociones permite dotarlas de significado, integrando la información que ofrecen y construyendo una narrativa que ayuda a comprender mejor las experiencias asociadas a ellas (Jódar y Caro, 2023).

Por otro lado, la *transformación emocional* es el proceso mediante el cual las emociones primarias desadaptativas se modifican, dando lugar a respuestas emocionales más adaptativas. Este cambio se logra a través de tareas terapéuticas diseñadas para activar nuevas experiencias emocionales en momentos clave del proceso (Jódar y Caro, 2023). Estas tareas se inician a partir de *marcadores emocionales*, que son señales específicas que indican la presencia de dinámicas internas o conflictos que necesitan ser explorados en profundidad (Goldman, Greenberg y Caro, 2016; Greenberg, 2010).

Durante estas tareas, cuando el paciente conecta con emociones desadaptativas, se promueve la activación de emociones adaptativas que permiten resignificar la experiencia emocional. Este proceso genera una nueva estructura de memoria, proporcionando una base para respuestas más saludables y funcionales en el futuro (Greenberg, 2019; Lane et al., 2015).

Además, otro tipo de transformación emocional se da dentro de la relación terapéutica, donde el terapeuta responde de manera distinta a lo que el paciente ha aprendido a esperar en situaciones similares. Por ejemplo, ante la expresión de una emoción primaria desadaptativa, como el rechazo o la vergüenza, el terapeuta ofrece una respuesta empática y validante. Este tipo de interacción genera lo que se conoce como una *experiencia emocional correctiva*, que ayuda al paciente a modificar patrones emocionales previos (Greenberg y Elliot, 2012).

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) ha demostrado ser un enfoque eficaz en el tratamiento de diversas dificultades psicológicas, como la depresión, la ansiedad generalizada y social, los problemas interpersonales y el duelo, entre otros (Jódar y Caro, 2023). En este estudio de caso, donde la autocrítica y las heridas emocionales juegan un papel central, la TFE se presenta como un modelo adecuado para abordar estas problemáticas, con respaldo en investigaciones como las de Goldman et al. (2006), Greenberg et al. (2008), López-Cavada (2020) y Timulak et al. (2022).

Además, dada la relevancia del componente relacional en la sintomatología de la paciente, es importante señalar que la TFE enfatiza la influencia de habilidades terapéuticas como la empatía, la presencia, la autenticidad y la sintonización emocional, las cuales favorecen la conexión terapéutica y facilitan un cambio emocional profundo (Carrier y Greenberg, 2010; Angus et al., 2015).

1.2.Focusing

El Focusing tiene su origen en 1967, cuando Eugene Gendlin, en la Universidad de Chicago, llevó a cabo investigaciones sobre los factores que influían en el éxito terapéutico. A partir de sus estudios, identificó que no todas las personas lograban avances significativos en terapia. Sin embargo, aquellas que sí experimentaban cambios positivos tenían un rasgo en común: eran capaces de conectarse con su experiencia interna, percibiendo y simbolizando lo que sentían a través del cuerpo (Gendlin, 1981).

A partir de estos hallazgos, Gendlin defiende el concepto de lo *implícito*, una dimensión preconceptual de la experiencia que precede a las palabras y pensamientos, pero que contiene una sabiduría orgánica fundamental (Acuña, 2022). Según su planteamiento, el acceso a esta dimensión no se da únicamente a través de la cognición, sino a través del cuerpo, pues la consciencia (insight o darse cuenta) está enraizada en la experiencia corporal (Lakoff et al., 1999).

El Focusing es, por tanto, un método que permite conectar con esta consciencia corporal interna, lo que Gendlin denominó "*felt sense*". Se trata de una sensación vaga e imprecisa en un inicio, pero que encapsula la esencia de un problema, una situación o una persona. Mediante los seis pasos del Focusing, esta sensación se clarifica, facilitando una transformación que se experimenta físicamente, *un cambio corporalmente sentido* (Gendlin, 1981).

Esta transformación se percibe como una sensación de alivio y liberación, similar a la revelación de un conocimiento que antes permanecía oculto (Gendlin, 1981). Como resultado, la persona desarrolla una mayor claridad sobre lo que le ocurre y lo que necesita, favoreciendo el crecimiento personal y la resolución de conflictos desde una perspectiva más profunda y auténtica (Cornell, 1994).

El Focusing aporta múltiples beneficios, entre ellos, una mayor consciencia emocional, lo que ayuda a los individuos a identificar y comprender mejor sus propios sentimientos. También favorece la regulación emocional y permite procesar las experiencias de manera más profunda. Además, fortalece la capacidad de autocompasión (Gendlin, 1996).

La Terapia Focalizada en la Emoción ha integrado el modelo de Focusing como un recurso terapéutico clave para facilitar la experiencia emocional en determinados

momentos del proceso. Este enfoque resulta especialmente útil cuando la persona enfrenta sentimientos difusos, dificultades para simbolizar o expresar su vivencia emocional, o una sensación vaga de malestar e incomodidad sin una causa claramente identificable. Permite a la persona dar significado a lo implícito, favoreciendo la simbolización y promoviendo un proceso de cambio mediante sus seis pasos (Elliot et al., 2004), siendo estos según Gendlin (1981):

1. *Despejar un espacio*
2. *El felt sense del problema*
3. *Encontrar un asidero*
4. *Ajustar el asidero con el felt sense*
5. *Preguntar*
6. *Recibir*

Además, se emplea en situaciones de bloqueo emocional, desbordamiento ante múltiples acontecimientos, dificultades en la autorregulación emocional o cuando se percibe un distanciamiento afectivo. Asimismo, es una herramienta valiosa cuando no hay una dirección clara en la sesión, aplicando en estos casos la técnica de "despejar un espacio", uno de los seis pasos del Focusing (Jódar y Caro, 2023).

La efectividad del Focusing en el ámbito terapéutico se encuentra respaldada por diversas investigaciones. Este enfoque facilita la conexión con la experiencia interna, permitiendo que las personas procesen sus emociones de manera más profunda y significativa. En este sentido, se ha identificado que la capacidad de experimentar, es decir, de atender y simbolizar las propias vivencias internas, es un factor clave en los resultados terapéuticos (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017).

El Focusing permite que las emociones que surgen en sesión sean acompañadas de procesos de reflexión y expresión adecuados, lo que favorece cambios terapéuticos significativos (Warwar, 2003). Además, la evidencia científica ha demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos, como la depresión, la ansiedad, el trauma y la disociación, entre otros (Hendricks, 2001; Kricka e Ikemi, 2016). Estos hallazgos refuerzan el valor del Focusing como un enfoque que no solo facilita el procesamiento emocional, sino que también promueve el bienestar psicológico y el cambio terapéutico.

1.3. Apego y dificultades emocionales; heridas emocionales y autoevaluación

En el contexto del presente estudio de caso, se han identificado dificultades relacionales tempranas, especialmente durante la infancia y la adolescencia, con figuras significativas con las que persisten asuntos emocionales no resueltos, además de dificultades en la comprensión, expresión y regulación emocional.

En el caso de la paciente, destacan especialmente dos heridas emocionales: por un lado, la vergüenza, vinculada a una percepción de baja valía personal y la sensación de no ser suficiente ante los ojos del otro; y, por otro lado, el miedo a la incertidumbre y a la ausencia del otro, que se manifiesta como inseguridad en los vínculos afectivos.

Desde la perspectiva de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se comprende que los patrones de apego desarrollados en etapas tempranas están estrechamente relacionados tanto con la capacidad emocional de la persona como con el surgimiento de heridas emocionales profundas. A su vez, las estrategias de autoevaluación, han surgido como intentos de manejar este malestar, aunque en muchos casos terminan por perpetuar el sufrimiento emocional.

Comprender estos procesos resulta esencial no sólo para analizar su impacto en el caso concreto, sino también reflexionar sobre su papel en la psicopatología. Por este motivo, en el presente trabajo se profundiza en el análisis de estas variables.

1.3.1. Apego y dificultades emocionales

El apego consiste en cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la consecución de la proximidad de otro individuo al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Además, postula que los vínculos afectivos tempranos establecidos con las figuras de cuidado tienen un papel fundamental en el desarrollo psicológico y emocional del individuo (Bowlby, 1989). Sroufe (2005) y Sroufe et al. (2014) señalan que el apego no es simplemente una necesidad biológica de cercanía, sino un sistema dinámico que regula la emocionalidad del infante a lo largo del desarrollo, funcionando como un sistema de regulación emocional desarrollado mediante la relación cuidado-infante (Schorre, 2000).

La evidencia señala que el desarrollo de habilidades emocionales, como la comprensión, expresión y regulación de emociones, está profundamente influenciado

por el tipo de apego que el individuo ha desarrollado en la infancia. Estas capacidades no se adquieren de forma aislada, sino que emergen en el contexto de las relaciones tempranas. Las figuras de apego actúan como co-reguladores emocionales durante los primeros años de vida, y cuando este proceso se ve afectado por relaciones inconsistentes, negligentes o impredecibles, se incrementa el riesgo de presentar dificultades emocionales en etapas posteriores (Sroufe, 2005; Sroufe et al., 2014).

Sroufe et al. (2014), retomando las aportaciones de Bowlby (1989), señalan que una de las características comunes en diversas manifestaciones psicopatológicas es la incapacidad para expresar las emociones de manera adecuada en los momentos en que ello resulta necesario. Esta dificultad no implica la ausencia de vivencia emocional, sino más bien una desconexión entre la experiencia interna y su expresión, lo cual limita tanto el acceso a la regulación interpersonal como el procesamiento e integración del malestar emocional.

Esta dificultad en la expresión emocional suele estar estrechamente ligada a las experiencias relacionales tempranas. En este contexto, la sensibilidad del cuidador, entendida como la capacidad de percibir, interpretar y responder de manera adecuada a las señales emocionales del niño, es un elemento clave en el desarrollo de una expresión emocional saludable (Bowlby, 1989). Cuando esta sensibilidad es insuficiente, inconsistente o inapropiada, el niño puede internalizar la idea de que expresar sus emociones no es seguro, útil o aceptable, lo que favorece la adopción de estrategias desadaptativas como la inhibición, supresión o evitación emocional, comprometiendo así su desarrollo afectivo y relacional (Bowlby, 1989).

En el marco de la teoría del apego, se identifican distintos patrones relacionales que emergen de la interacción temprana con las figuras de cuidado, los apegos seguros e inseguros (Ainsworth et al., 1978). Un apego seguro se establece cuando el niño percibe que el cuidador es accesible para la búsqueda de cuidado y protección en este cuando es necesario y tiene confianza para explorar el entorno (Sroufe et al., 2014). Sin embargo, los apegos inseguros se desarrollan ante la duda de la disponibilidad del cuidador, por lo que se pueden desarrollar comportamientos ansiosos, buscando captar la atención del cuidador o comportamientos evitativos que implica una supresión de las necesidades afectivas como defensa ante el rechazo o la negligencia (Ainsworth et al., 1978). Posteriormente, se identificó el patrón desorganizado, caracterizado por respuestas

contradictorias o desorientadas, y que suele aparecer cuando la figura de apego es simultáneamente fuente de seguridad y de miedo (Main y Solomon, 1990).

Los distintos patrones relacionales que pueden desarrollarse configuran los modelos representacionales internos, imágenes internalizadas de sí mismo y de los demás que guían las expectativas del individuo sobre sí mismo y los demás en contextos afectivos, influyendo en su manera de relacionarse (López y Ramírez, 2005).

1.3.2. Heridas emocionales y formas de autoevaluación

Desde la TFE, se entiende que las emociones primarias desadaptativas tienen su origen en experiencias pasadas donde, en su momento, cumplieron una función adaptativa. Sin embargo, estas emociones persisten en el repertorio emocional del individuo, activándose en situaciones actuales donde ya no son necesarias, generando respuestas desproporcionadas o patrones de sufrimiento recurrentes. En la mayoría de los casos, estas emociones tienen su raíz en experiencias tempranas, particularmente en la infancia, donde la interacción con figuras significativas moldea la forma en que una persona aprende a percibirse a sí misma y el mundo (Jódar y Caro, 2023).

Timulak (2015) identifica tres heridas emocionales nucleares que pueden surgir de estas experiencias y que suelen estar en la base de muchas dificultades emocionales en la adultez. La vergüenza, que puede verse como sentirse expuesto, que hay algo indeseable o malo de la propia identidad y/o que los demás lo van a ver. La tristeza/soledad debido a la desconexión de los otros significativos. Por último, el miedo que se diferencia entre un miedo ante la ausencia y el miedo ante una amenaza hacia la propia supervivencia.

Un aspecto clave en la manifestación de estas heridas es que los elementos emocionales del pasado tienden a fusionarse con experiencias del presente, dando lugar a reacciones emocionales intensas en contextos actuales que, en realidad, no representan el mismo nivel de amenaza. Este fenómeno explica por qué algunas personas experimentan una respuesta emocional desbordante ante situaciones que objetivamente no justifican tal intensidad. En estos casos, la emoción no está respondiendo a la realidad del momento presente, sino a una estructura emocional preexistente que sigue activa.

Desde la intervención terapéutica, la TFE trabaja en la identificación de estas heridas emocionales y en la resignificación de la experiencia, promoviendo el acceso a emociones más adaptativas que permitan una integración saludable del pasado con el presente.

Por otro lado, desde este modelo, se entiende que dentro de las personas existe un dialogo interno entre dos partes del sí mismo: una que experimenta y otra que observa. Jódar y Caro (2023) señalan que esta voz interna puede adoptar un tono compasivo o, por el contrario, convertirse en un juez que evalúa, dando paso a las distintas formas de autoevaluación a través de las cuales la persona gestiona sus emociones y responde ante las dificultades.

Una de las formas más perjudiciales de autoevaluación es la crítica, puesto que, aunque en algunos casos puede impulsar el crecimiento personal, con frecuencia se convierte en un mecanismo desadaptativo que perpetúa el sufrimiento emocional (Jódar y Caro, 2023). Desde la perspectiva humanista, Carl Rogers (1961) planteó que la percepción de uno mismo como deficiente interfiere con la tendencia natural del ser humano hacia la autorrealización, afectando negativamente la salud mental y limitando el desarrollo del potencial personal.

Elliot y Greenberg (2021) proponen una diferenciación más específica de las formas de autoevaluación crítica, identificando tres principales: Una de ellas es la *autocoerción*, que se caracteriza por la imposición de estándares rígidos y valores que no siempre son coherentes con la experiencia personal. Esta forma de autocritica se expresa a través de exigencias internas como "debes" o "tienes que", y suele llevar implícito cierto desprecio cuando dichas expectativas no se cumplen. Por otro lado, la *crítica severa* se centra en defectos percibidos en la identidad, atacando la autoestima con mensajes como "eres inútil" o "nunca haces nada bien", reforzando la sensación de insuficiencia. Finalmente, la *crítica coach*, aunque en apariencia tiene una intención motivadora, sigue operando desde una voz crítica. Se enfoca en el comportamiento o los síntomas, impulsando a la persona hacia el bienestar, pero desde una exigencia constante, con frases como "no debes estar triste" o "siempre estás durmiendo", transmitiendo la idea de que el estado emocional actual no es válido o aceptable.

Dentro de este marco, Gilbert et al. (2004) identifican dos formas principales de autocritica: Por un lado, *Hated-self*, que implica un rechazo extremo hacia uno mismo,

acompañado de sentimientos de desprecio y odio. Y, por otro lado, *Inadequate-self*, que opera desde una actitud de corrección constante, buscando ajustar el sí mismo a estándares externos para ser más aceptable.

En definitiva, la autocrítica puede ser un mecanismo que busca la mejora personal, pero cuando se vuelve excesiva y punitiva, genera un ciclo de malestar emocional que refuerza la vergüenza, el miedo al fracaso y la desconexión emocional. Desde la TFE, la intervención terapéutica busca transformar esta voz interna crítica en una voz más compasiva, permitiendo que la persona desarrolle una relación más amable y flexible consigo misma.

Una cuarta forma de autoevaluación es la que se conoce como *auto interrupción*, en la que una parte del sí mismo bloquea la experiencia emocional (“no sientas, no llores, sufrir no sirve para nada...”) pudiendo ir acompañada de otras formas de autoevaluación como crítica severa (“eres débil si muestras tu vulnerabilidad”), coercitiva (“para ya de llorar que tienes que trabajar”), coach (“tienes que estar bien, no puedes estar triste todo el rato”). Esta manera de autoevaluación impide no solo sentir las vivencias emocionales, sino que impiden su expresión o invitan a procesos de evitación llevando a la persona a no exponerse a determinadas situaciones por un posible daño (Jódar y Caro, 2023).

La última manera de autoevaluación es la *autoagitación*, una voz asustadora que manda mensajes anticipatorios de un posible peligro o daño (“¿Y si me rechaza?”, “Te va a dejar igual que los demás”). Pudiendo también ir acompañada de otros mensajes de las distintas autoevaluaciones.

Las funciones que tiene la autoevaluación son diversas. Por un lado, se encuentra la *evitación emocional*, que bloquea el acceso a la emoción primaria, impidiendo que la persona tome conciencia de la información valiosa que esta le proporciona. Según Greenberg (2011), la emoción es un sistema fundamental de significado, ya que permite comprender lo que se necesita en un determinado momento. Sin embargo, cuando se evita o se suprime, la persona pierde esa guía interna. La evitación emocional tiene una función protectora a corto plazo contra el dolor. Sin embargo, a largo plazo el malestar se mantiene y no se da una resolución adaptativa a lo que experimenta la persona.

Por otro lado, otra de las funciones es la *generación de sentido*, ayudan a estructurar la experiencia emocional y darle un sentido coherente a lo que se vive. Es decir, además de la función de protección ayuda a interpretar vivencias y a construir una narrativa sobre sí misma y el mundo (Jódar y Caro, 2023). Un ejemplo de esta generación de sentido podría ser en una situación donde se intente dar sentido al fracaso desde la crítica “no he logrado esto porque no soy lo suficientemente bueno”.

Como última función se encuentra la *esperanza y la dirección*, la evaluación mueve a la persona hacia la acción, actúan como una guía que indica cómo se debería actuar para alcanzar un estado mejor (Jódar y Caro, 2023).

1.4. Objetivos e hipótesis

El objetivo de este estudio es comprender y analizar el proceso terapéutico llevado a cabo con una paciente de 24 años mediante la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), explorando su eficacia en el abordaje de las problemáticas presentadas. Dado que la intervención se centra en el trabajo con emociones y experiencias internas, se han integrado técnicas derivadas del Focusing como un recurso complementario, permitiendo un acceso más profundo a las sensaciones corporales y su simbolización. Además de examinar la efectividad de estos enfoques en la intervención, el estudio busca analizar cómo ambos modelos terapéuticos se compatibilizan en la práctica clínica, evaluando su impacto conjunto. De esta manera, se pretende aportar evidencia sobre la viabilidad de esta combinación terapéutica y su efectividad en este caso concreto.

La hipótesis central plantea una mejora tanto cualitativa como cuantitativa en las variables evaluadas, medidas a través de los instrumentos mencionados en el apartado de “Metodología de evaluación”. Se espera que, a lo largo del proceso terapéutico, la paciente experimente un progreso significativo en la comprensión y regulación emocional, una transformación de la vergüenza como emoción primaria desadaptativa y una reducción de la autocrítica, acompañada de un aumento en la autocompasión. Estos cambios podrán evidenciarse mediante las evaluaciones post-intervención, las observaciones clínicas, las verbalizaciones de la paciente y la evolución de su narrativa.

2. DISEÑO

Este trabajo se desarrolla bajo el diseño de un estudio de caso, el cual consiste en la descripción y análisis minucioso de una intervención psicológica a partir de un único caso clínico con el objetivo de evaluar la eficacia y el ajuste a la problemática presentada.

Concretamente en este estudio se tratará de evaluar la intervención realizada desde la Terapia Focalizada en la emoción y el Focusing.

La intervención se lleva a cabo en una consulta privada, en el Centro Psicológico SMC (C/ de Cartagena, 103, 1d, 28002, Madrid, España). Se trata de un centro integrador que aborda diversas problemáticas tales como adicciones, depresión, ansiedad y problemas familiares o de pareja, entre otros.

Entre sus servicios se encuentra la modalidad de “Terapia Psicológica a Bajo Coste”, a través de la cual, acude la participante de este estudio. La intervención psicológica es llevada a cabo por una terapeuta y una coterapeuta, licenciadas en psicología y alumnas del segundo curso del Máster de Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas y de la especialización en Terapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción. Además, este caso cuenta con la supervisión de una psicóloga clínica y otros espacios de supervisión semanales con otros alumnos del centro y otro miembro del equipo.

Se trata del segundo proceso terapéutico de la paciente en el Centro Psicológico SMC siendo el primero en marzo de 2024, interrumpido por la finalización de las prácticas curriculares de la anterior terapeuta. Este segundo proceso se retoma en octubre de 2024 en formato presencial y con una frecuencia semanal.

Además, este trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética al respetar y cumplir con los principios éticos correspondientes.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

En el marco de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), este modelo se centra en el proceso terapéutico, priorizando la evaluación continua del progreso del paciente sobre la aplicación de diagnósticos estandarizados. En este enfoque, la formulación del caso se actualiza de manera constante a lo largo de las sesiones, integrando los hallazgos obtenidos en el proceso terapéutico. Sin embargo, con el

objetivo de registrar de manera más estructurada los cambios experimentados antes y después de la intervención, se han empleado cuestionarios específicos con el propósito de evaluar su estado antes de iniciar el proceso de intervención.

En este estudio, la evaluación inicial se llevó a cabo durante las primeras sesiones mediante una entrevista en la que se exploraron diversos aspectos relevantes de la vida de la paciente, como su contexto laboral, red de apoyo, experiencias vitales significativas, motivo de consulta, historial terapéutico previo y expectativas sobre el tratamiento y, posteriormente, se aplicaron los siguientes cuestionarios:

Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) (Balluerka et al., 2011): es una herramienta diseñada para evaluar los estilos de apego en adultos. Está compuesta por 32 ítems organizados en diferentes subescalas relacionadas con las dimensiones del apego. Cada ítem se responde es una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 representa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”.

Las dimensiones evaluadas son las siguientes: *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego*: Sensación de haberse sentido querido/a por las figuras de apego, confiando en su accesibilidad y disponibilidad. *Preocupación familiar*: Ansiedad intensa al separarse de las figuras de apego y preocupación excesiva hacia ellas. *Interferencia de los padres*: Percepción de sobreprotección parental y temor al abandono. *Valor de la autoridad de los padres*: Evaluación positiva de la autoridad y jerarquía familiar. *Permisividad de los padres*: Experiencia de una ausencia de límites y orientación parental durante la infancia. *Autosuficiencia y rencor hacia los padres*: Tendencia a rechazar la dependencia emocional de los demás, acompañada de resentimiento hacia figuras cercanas. *Traumatismo infantil*: Experiencia de poca disponibilidad de las figuras de apego, incluyendo recuerdos de amenazas o violencia ejercidas por estas.

Escala de Metaconocimientos de Estados Emocionales (TMMS-24) (Fernández Berrocal et al., 1998): esta escala de 24 ítems evalúa la capacidad de la persona para identificar, comprender y regular sus estados emocionales. El cuestionario se organiza en tres dimensiones:

La *atención emocional*, evaluando la facilidad con la que las personas perciben y reconocen sus estados emocionales. Por otro lado, la *comprensión emocional* mide la

habilidad para identificar y comprender las emociones que se están experimentando y, por último, la *regulación emocional* hace referencia a la capacidad de manejo de los estados emocionales explorando las estrategias de afrontamiento y de regulación.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965): esta escala consta de 10 afirmaciones que evalúan los sentimientos de autoaceptación y respeto hacia uno mismo. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de 4 puntos siendo el 1 “Totalmente de acuerdo” y el 4 “Totalmente en desacuerdo”. La mitad de los ítems están redactados de forma positiva y la otra mitad de forma negativa.

Las puntuaciones de la escala pueden variar de 10 a 40, correspondiendo una puntuación más elevada con una mayor autoestima. Consiste en un instrumento autopercebido, por lo que la propia persona puntúa en función de la propia opinión y percepción respecto a sí mismo.

Escala Niveles de Auto-Crítica (LOSC) (Thompson y Zuroff, 2004): herramienta que evalúa la autocrítica de las personas, ayudando a identificar cómo los individuos se juzgan a sí mismos y manejan sus errores o fracasos. Consta de 33 ítems que se responden mediante una escala Likert en la que el 1 representa “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”. Esta escala mide dos formas de autocrítica, la comparativa y la internalizada.

La *autocrítica comparativa (CSC)* surge al evaluar negativamente la propia valía en relación con los demás percibiéndolos como superiores, lo que genera una percepción de inferioridad y malestar. Por otro lado, la *autocrítica internalizada (ISC)* se basa en la comparación del sí mismo con estándares autoimpuestos, lo que provoca una sensación de fracaso y poca valía, independientemente de la opinión externa (López-Cavada, 2020).

Escala de Autocompasión (SCS) (García-Campayo et al., 2014): esta escala mide el grado en que una persona se relaciona consigo misma de manera compasiva. Está compuesta por 26 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 a 5 donde 1 es “casi nunca” y 5 “casi siempre”. Esta escala contiene 6 subescalas agrupados en dos factores: *Autocompasión positiva* (amabilidad hacia uno mismo, humanidad compartida y mindfulness) y *autocompasión negativa* (auto juicio, aislamiento y sobre identificación).

La *amabilidad hacia uno mismo* implica aceptar los fracasos con tolerancia y comprensión hacia las propias limitaciones mientras que el *auto juicio* está caracterizado por una actitud crítica y negativa hacia uno mismo al cometer errores (Woo Kyeong, 2013). La *humanidad compartida* reconoce que todos los seres humanos fallan y experimentan sufrimiento en momentos difíciles y el *aislamiento* refleja la sensación de estar solo en el dolor y evitar el contacto con los demás (Bluth y Blanton, 2014). Y, por último la *conciencia plena o mindfulness* se entiende como la capacidad de experimentar dolor sin reacciones impulsivas y la *sobre identificación* que implica otorgar un peso excesivo a los acontecimientos negativos, perjudicando el bienestar (Yarnell et al., 2015)

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995): esta escala evalúa la severidad de tres estados emocionales: depresión, ansiedad y estrés. Está compuesta por 21 ítems divididos en tres subescalas que se responden utilizando una escala de tipo Likert de 4 puntos donde el 0 representa “no me ha ocurrido” y el 3 “Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”.

Estos autores definen que los ítems de la escala *depresión* mide los sentimientos de tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad. La *ansiedad* a través de síntomas físicos como tensión, ataques de pánico y temblores. También incluyendo la ansiedad situacional la cual surge ante la incapacidad de afrontar ciertos estímulos estresantes. Por último, el *estrés* se mide a través de las respuestas exageradas que pueden darse ante situaciones adversas, generando irritabilidad, tensión y una activación constante (Lovibond y Lovibond, 1995).

Los autores incluyeron en esta escala los síntomas característicos de cada condición excluyendo los que pudiesen estar presentes en todos ellos (Román et al., 2016).

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

M es una mujer de 24 años procedente de Italia. Vino a España, concretamente a Madrid, a realizar un Máster en Comunicación y comenzar unas prácticas en una empresa. Actualmente cuenta con un contrato indefinido en dicha empresa. Vive en Madrid junto a otras compañeras de piso. Viene sola y de manera voluntaria para

continuar su proceso terapéutico ya iniciado el 16/03/24 junto a otras terapeutas, dando consentimiento para participar en la elaboración de este presente estudio de caso.

Familia compuesta por padre, madre, hermana de 22 años y ella. Viven en Italia, sus padres se separaron cuando ella tenía 15 años, la madre les dejó y se fue a vivir con su novio, con el que actualmente ya no se encuentra.

M decidió vivir con su padre hasta 2023 que vino a España a finalizar sus estudios y su hermana con su madre. La relación con su madre ha estado caracterizada por la distancia y la falta de validación emocional, mientras que con su padre mantiene un vínculo más cercano y seguro. Con su hermana mantiene una relación, aunque con diferencias en la manera en la que ambas han experimentado el entorno familiar.

Como motivo de consulta, la paciente acude a terapia con la preocupación principal de experimentar episodios de desbordamiento emocional que le generan malestar y afectan su vida diaria. Manifiesta dificultades para identificar y gestionar sus emociones, lo que la lleva a acumular tensión hasta que esta se manifiesta de manera intensa.

Entre los síntomas y problemáticas observadas en sesión, se destacan:

- Autocrítica: A lo largo de las sesiones se observó una tendencia hacia la autocrítica, lo que ha influido en su manera de afrontar diferentes ámbitos de su vida, como el laboral, relacional y emocional. Respecto al ámbito laboral, se encuentra una gran autoexigencia y perfeccionismo en su trabajo, con poca tolerancia al fallo, en palabras de ella: *“no puedo fallar”, “no estoy a la altura”, “inútil”*. En cuanto a lo relacional hay cierto grado de sentimiento de no ser suficiente valiosa para que otra persona la elija ella, mirando mucho que hace y que dice para que la relación se sostenga, responsabilizándose de los problemas que pueden surgir en pareja, *“le voy a aburrir”*. Por último, a nivel emocional, ante sentimientos de vulnerabilidad también nace esa parte crítica que invalida las emociones dolorosas que pueden surgir por distintos acontecimientos, surgen en ella frases como *“qué estúpida, qué tonta”, “me hace ser débil”*.
- Autointerrupción emocional: En el contexto terapéutico, se han observado autointerrupciones en momentos de vulnerabilidad, donde, al experimentar emociones intensas, reacciona con comentarios autocríticos como *“qué tonta”* o

“me siento débil”. Estas autointerrupciones reflejan una asociación negativa con la expresión emocional, reforzando la idea de que mostrarse vulnerable es algo indeseable o inaceptable.

Esto se extrapola a sus relaciones, interrumpiendo su apertura al otro, mostrar su parte vulnerable y su ser auténtico por reducir la posibilidad de un posible daño o dolor emocional.

También esta interrupción toma forma de evitación, a estar en contacto con su experiencia interna, conversaciones o situaciones que puedan resultar dolorosos.

- **Dificultades en la regulación emocional:** M presenta una marcada dificultad para identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera adecuada. Tiende a minimizar su malestar y evitar el contacto con emociones que percibe como difíciles de sostener. Esto provoca que acumule tensión emocional hasta que se desborda, lo que genera un impacto negativo tanto en su bienestar personal como en sus relaciones interpersonales. En momentos de crisis emocionales, experimenta una sensación de pérdida de control y confusión sobre lo que le ocurre.
- **Vergüenza:** La vergüenza ha emergido como una emoción primaria desadaptativa que influye en su autoimagen y en su manera de relacionarse con los demás. En el ámbito afectivo, la paciente teme que su pareja pierda el interés en ella debido a quién es en esencia, lo que la lleva a restringir su yo auténtico, pariendo que hay algo mal en ella. Esta vergüenza también se manifiesta en su entorno laboral, donde cualquier error o crítica externa se internaliza como una prueba de su falta de valía. Su valor como persona depende de los logros o de lo que a ojos de otros es lo correcto.
- **Miedo (inseguridad) en las relaciones interpersonales:** Experiencias inesperadas de pérdidas simbólicas y rupturas han generado en M la dificultad de sentir seguridad y confianza en los vínculos, desarrollando poca tolerancia a la incertidumbre y preocupación ante la ausencia o distanciamiento del otro.
- **Asuntos no resueltos:** Conflictos pasados, sobre todo con su madre y su expareja, caracterizados por una sensación de abandono, no fueron procesados adecuadamente generando gran malestar en relación a dichas figuras en el presente y dificultades en la relación con otros.

5. ANTECEDENTES

La historia de M está marcada por una serie de experiencias significativas que han influido en la construcción de su identidad emocional y en sus dinámicas relacionales actuales. Desde una edad temprana, ha desarrollado patrones de autocrítica, evitación emocional y miedo a la pérdida, derivados de eventos clave en su historia familiar y afectiva.

Historia familiar

El núcleo de las dificultades emocionales y relacionales de M se encuentra en su historia familiar, particularmente en su relación con su madre. La separación de sus padres, ocurrida cuando M tenía 15 años, marcó un punto de inflexión en su vida. Su madre, al iniciar rápidamente una nueva relación y priorizar a su pareja sobre M y su hermana, fue percibida como un cierto abandono intensificando la sensación de imprevisibilidad en los vínculos afectivos, ya que a pesar de los conflictos que pudiesen surgir en el hogar, la solicitud de divorcio por parte de su madre junto con la noticia de que estaba con otra persona fue imprevista. A partir de entonces, M vivió un distanciamiento aún mayor con su madre.

Este abandono simbólico y real dejó en M una sensación persistente de no ser vista ni valorada. Mientras su padre asumió un rol de apoyo emocional y compartía con ella intereses como la hípica, su madre representó una figura caracterizada por la falta de validación emocional y una distancia afectiva significativa. M relata cómo su madre no mostró interés por sus logros ni estuvo emocionalmente disponible durante momentos cruciales, lo que contribuyó a su sentimiento de no ser lo suficientemente importante.

Durante el proceso terapéutico, M se encuentra en un conflicto interno respecto a su madre. Aunque ha vivido esta relación con rabia y rechazo, un cambio en la actitud de su madre hacia ella, han generado una oportunidad para la reflexión. M expresa ambivalencia entre acercarse y mantener la distancia, temiendo que esta nueva conexión sea temporal y que vuelva a sentirse decepcionada.

Relaciones de pareja

En sus relaciones de pareja, M se ha enfrentado a la ruptura de expectativas y el miedo a la incertidumbre. Una experiencia particularmente significativa fue su relación

con una pareja, quien, tras mostrarse comprometido y afectuoso, puso fin a la relación de manera abrupta a través de un mensaje de texto descubriéndose posteriormente una infidelidad. Esta ruptura, inesperada y dolorosa, refleja una dinámica que se asemeja a la vivida con su madre, quien, en su adolescencia, decidió separarse y priorizar una nueva relación, alejándose aún más de M de forma repentina. Ambas situaciones comparten el sentimiento de imprevisibilidad y desconexión, dejando en ella una profunda sensación de vacío y un impacto en su sensación de valía percibiendo que el problema residía en ella. Es por ello que M se adaptaba y complacía las necesidades y demandas de su pareja, dejando de lado las suyas propias.

Situación académica y laboral

Por otro lado, tuvo una infancia marcada por la exigencia. La hípica, una actividad que desempeñó un papel central en su vida, un entorno donde el rendimiento y la perfección eran fundamentales. Comenzó a los 6 años allí y lo describe como “una escuela de vida” porque se pasaba gran parte del día entrenando, no tenía amigos fuera de ahí. M comparó esta escuela a una escuela militar y el monitor era un sargento. Este contexto le enseñó que el error no era una opción y que debía exigirse al máximo, siendo válido aquello que cumplía con los estándares que tenía este deporte “*si se hacían las cosas bien siempre se podía mejorar*”.

Esta experiencia se generalizó en los estudios y al ámbito laboral actual, donde se encuentra presión constante por rendir al máximo, lo que genera altos niveles de estrés y episodios de agotamiento emocional.

6. EVALUACIÓN INICIAL

M fue evaluada utilizando métodos cualitativos y cuantitativos, que incluyeron entrevistas y la administración de cuestionarios y escalas psicométricas. Las herramientas seleccionadas se eligieron en función de las variables identificadas durante las primeras sesiones y las entrevistas de evaluación, permitiendo un análisis integral de sus problemáticas emocionales y relacionales.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación aplicados:

Cuestionario/Escala	Dimensiones	Puntuaciones	Interpretación
CaMir-R	Seguridad	48.8	Apego inseguro preocupado
	Preocupación familiar	23.3	
	Interferencia parental	30	
	Valor de la autoridad	41.8	
	Permisividad parental	56.7	
	Autosuficiencia	44.8	
	Traumatismo infantil	67.2	
TMMS-24	Atención emocional	28	Adecuada percepción emocional
	Comprensión emocional	17	Comprensión a mejorar
	Regulación emocional	19	Regulación a mejorar
RSE	Ítems directos e indirectos	25	Autoestima moderada
LOSC	Autocrítica internalizada	67	Visión negativa de sí misma
	Autocrítica comparativa	26	
SCS	Autoamabilidad	2.40	Baja autocompasión
	Humanidad compartida	3.00	
	Mindfulness	3.00	
	Autoenjuiciamiento	4.00	
	Autoaislamiento	3.50	
	Sobreidentificación	4.00	
	Promedio total	2.48	
DASS-21	Depresión	5	Leve
	Ansiedad	5	Moderada
	Estrés	13	Severo

Tabla 1. *Puntuaciones pretest y sus interpretaciones*

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos en la evaluación inicial coinciden de forma significativa con las manifestaciones clínicas recogidas durante las primeras sesiones del proceso terapéutico. En relación con el estilo de apego inseguro preocupado, identificado a través del cuestionario CaMir-R, se observaron desde el inicio del tratamiento cierta dependencia emocional y temor al abandono, especialmente en el ámbito relacional. La paciente relató una fuerte tendencia a amoldarse a su expareja, evitando expresar necesidades por miedo a provocar un distanciamiento y la ansiedad experimentada ante la falta de contacto con el otro reflejan claramente este estilo de apego.

En lo que respecta a las dificultades emocionales, los resultados del cuestionario TMMS-24 muestran una comprensión emocional a mejorar, así como en la regulación. Esto se vio reflejado en las primeras sesiones, donde M manifestaba episodios de desbordamiento emocional, sin poder identificar con claridad el origen de dichas reacciones. Esta desconexión con su mundo emocional dificulta la gestión adaptativa de las emociones, intensificando su malestar.

Por otro lado, los niveles elevados de autocrítica y baja autocompasión, observados en los instrumentos de evaluación, fueron también evidentes desde el inicio del proceso terapéutico. M presentaba un discurso interno altamente exigente tanto en el ámbito laboral como en el relacional. En momentos de vulnerabilidad emocional, se dirigía a sí misma con mensajes autodenigrantes como “tonta” o “estúpida”, particularmente ante experiencias de tristeza o necesidad afectiva. Además, en el contexto laboral, mostraba una marcada intolerancia al error, percibiendo cualquier fallo como un indicador de falta de valía personal.

En consonancia con lo anterior, los resultados del cuestionario de autoestima sitúan a M en niveles moderados. Si bien se observan áreas de fortaleza, esta autoestima es vulnerable a la crítica interna, afectando su autovaloración.

Finalmente, los niveles de ansiedad moderada y estrés severo reflejados en la escala DASS-21 son coherentes con el estado emocional en el que se encontraba M al comienzo del tratamiento. Estos síntomas se relacionaban tanto con la acumulación

emocional no procesada como con una situación laboral particularmente exigente, donde su autoexigencia y perfeccionismo intensificaban la presión y la sobrecarga.

7. FORMULACIÓN DE CASO

A través de esta formulación de caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se busca comprender en profundidad las problemáticas actuales de M., identificando aquellas situaciones vitales que han contribuido a su desarrollo y mantenimiento. Además, este enfoque permite explorar las emociones subyacentes que emergen de estas experiencias y que, al permanecer no resueltas, dificultan su evolución personal, obstaculizan su crecimiento y perpetúan su sufrimiento emocional.

La formulación de caso desde la TFE no solo ofrece una comprensión integral de las dinámicas emocionales y relacionales implicadas en las dificultades de la paciente, sino que también permite mantener un foco de intervención flexible y adaptativo. Este enfoque reconoce que, durante el proceso terapéutico, puede surgir nueva información relevante acerca de las causas y los factores que mantienen los síntomas y problemáticas actuales. Esta capacidad de incorporar nueva información en tiempo real posibilita trabajar de manera más efectiva en la resolución de dificultades emocionales y en la promoción del bienestar.

La formulación de este caso se dividirá en dos fases principales. La primera consiste en desplegar la narrativa de la paciente y observar cómo procesa sus experiencias emocionales y la segunda se centra en la cocreación de un foco terapéutico, que incluye la identificación de la emoción nuclear subyacente a las problemáticas actuales. Este enfoque permite orientar la intervención hacia actividades o tareas específicas diseñadas para resolver las dificultades emocionales e interpersonales y promover el cambio.

Fase 1. Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente

M presenta una serie de dificultades emocionales y relacionales que encuentran sus raíces en experiencias significativas de pérdida, desconexión e invalidación a lo largo de su vida. Estas dificultades se manifiestan principalmente en tres áreas: su relación consigo misma y sus emociones, sus vínculos de pareja y su historia familiar.

Dificultades emocionales

M presenta una desconexión significativa con su experiencia emocional. Aunque es capaz de identificar emociones como tristeza, rabia, miedo o vergüenza en retrospectiva, le cuesta reconocerlas y nombrarlas en el momento en que emergen. Esto provoca que tienda a acumularlas, generando episodios de desbordamiento emocional y confusión interna.

Esta dificultad parece enraizada en experiencias tempranas donde no se validaron sus emociones ni se favoreció un espacio de expresión emocional. En particular, M recuerda que en su entorno familiar o en la práctica de la hípica, mostrar vulnerabilidad era visto como signo de debilidad o fallo. Este patrón de invalidación emocional ha sido interiorizado, convirtiéndose en una estrategia de regulación desadaptativa que se expresa a través del juicio y un diálogo interno severo hacia sus emociones: *“no debería estar así”, “soy débil por llorar”, “qué tonta”*.

Además, su desconexión emocional también está al servicio de la evitación del dolor. Ante situaciones asociadas a pérdida o incertidumbre, como el fallecimiento de su abuela o el distanciamiento afectivo de su madre, M tiende a interrumpir el acceso a las emociones más nucleares. En una sesión, al hablar sobre la muerte de su abuela, expresó: *“prefiero no pensar en eso”*, acompañado de un gesto corporal de cierre y contención del llanto.

En este sentido, también ha sido frecuente la presencia del enfado, especialmente en el contexto del vínculo con su madre. Este enfado cumple una función defensiva: actúa como una emoción secundaria que protege a M de entrar en contacto con el dolor emocional más profundo, como la tristeza ante el abandono o la soledad. En sesión, cuando se aborda el tema del distanciamiento de su madre, M suele comenzar expresando rabia o reproche (*“ha sido una madre de mierda”, “es una interesada y una egoísta”, “ahora lo está pasando mal, es el karma”*) tapando una herida más nuclear.

Relaciones de pareja

El miedo a la incertidumbre se convierte en un eje central en la forma en que M se relaciona. Este temor, profundamente arraigado en su historia vital, la lleva a utilizar estrategias para evitar posibles pérdidas o desconexiones emocionales. Por un lado, se entrega excesivamente a la relación, dando prioridad a las necesidades de la otra persona y relegando las suyas propias, en un intento de mantener la conexión y evitar el

rechazo. Por otro lado, cuando siente que está en riesgo de revivir el dolor de una pérdida, opta por evitar cualquier tipo de conexión emocional profunda, protegiéndose de la posibilidad de experimentar nuevamente esa tristeza que describe como un “vacío”.

Además del miedo, la vergüenza también juega un papel significativo en sus vínculos afectivos, ya que parece estar directamente relacionada con la percepción de que sus parejas se alejan o pierden el interés por cómo es ella.

Esta sensación de vergüenza se consolidó especialmente tras su relación anterior, en la que la ruptura no tuvo una causa explícita. M atribuyó el distanciamiento de su expareja a sí misma, generando un malestar persistente vinculado a lo que pudo haber hecho, dicho o, incluso, a su propia esencia. Como consecuencia, en su relación actual, esta emoción ha resurgido con fuerza, manifestándose en el temor de no ser suficiente para el otro. Esto la ha llevado a evitar mostrarse tal como es, restringiendo su expresión genuina y perpetuando la inseguridad en sus vínculos afectivos.

Además, esta dinámica se ve reforzada por un elevado nivel de autocrítica, ya que M tiende a evaluar de manera negativa su comportamiento dentro de la relación. Se cuestiona constantemente si está actuando de manera adecuada, si su pareja la percibe como interesante o valiosa. Esta autocrítica intensifica la vergüenza y el miedo al rechazo, lo que puede llevarla a adoptar actitudes complacientes, dificultando una conexión auténtica con su pareja.

Estas estrategias, aunque buscan protegerla del sufrimiento, terminan perpetuando su malestar. Al priorizar al otro, M se desconecta de sus propias necesidades, lo que la deja emocionalmente insatisfecha y desdibujada en la relación. Asimismo, al evitar la conexión emocional, se priva de la oportunidad de construir vínculos auténticos y significativos.

Historia familiar

Las experiencias en el núcleo familiar, y especialmente la relación con su madre, han sido claves en la construcción del autoconcepto de M y en el desarrollo de sus patrones emocionales y relacionales actuales. Desde etapas tempranas, M percibió una gran distancia emocional por parte de su madre. A lo largo del vínculo, ha vivido repetidamente situaciones donde sus necesidades afectivas y sus intentos de conexión

eran ignorados, minimizados o incluso rechazados. Este patrón ha generado en ella una sensación persistente de no ser vista, ni valorada, que ha contribuido a la construcción de un sentimiento de vergüenza asociado a la idea de que “hay algo en mí que no es válido” o “hay algo mal en mí”.

Este esquema de insuficiencia personal se ha extendido posteriormente a otros vínculos significativos, especialmente en sus relaciones de pareja, donde teme que su autenticidad no sea aceptada y que el otro se aleje si llega a conocerla en profundidad. Esta vergüenza, internalizada desde el entorno familiar, actúa como una emoción primaria desadaptativa que condiciona la manera en que se muestra en sus relaciones, llevándola a restringir la expresión de su verdadero yo y a mantener una actitud vigilante respecto a cómo es percibida.

Por otro lado, el divorcio de sus padres durante la adolescencia y el posterior alejamiento afectivo de su madre generaron en M un fuerte sentimiento de inseguridad y desprotección. La separación fue vivida como un abandono repentino e inesperado, lo que contribuyó a la aparición de un miedo profundo a la incertidumbre en los vínculos. Esta herida emocional ha consolidado un patrón de búsqueda de control y previsibilidad en sus relaciones y en su forma de relacionarse con el mundo. M ha expresado en varias ocasiones su dificultad para tolerar lo incierto, y la tendencia a anticipar escenarios de pérdida o fracaso, no solo en el plano afectivo, sino también en lo laboral y en su visión del futuro.

Ámbito laboral

El ámbito laboral es una de las áreas donde con más claridad se observa el impacto de la autoexigencia y la autocritica en M. Desde una edad temprana, ha estado expuesta a contextos en los que el rendimiento y los logros eran altamente valorados, como ocurrió durante su etapa en la hípica, donde internalizó la idea de que solo a través del éxito y del hacer impecable podría obtener reconocimiento y aprobación. Este aprendizaje temprano ha configurado una autoimagen basada en el rendimiento, en la que el error no tiene cabida.

En su vida profesional actual, M mantiene un nivel elevado de exigencia hacia sí misma, evaluando constantemente su desempeño y asociando cualquier fallo con una percepción de incompetencia personal. En sesión, ha verbalizado frases como “*si fallo,*

significa que no valgo” o “no puedo permitirme equivocarme”, lo que refleja cómo el valor personal queda condicionado por los resultados que obtiene.

En este contexto, emerge de forma recurrente una vergüenza desadaptativa, especialmente vinculada a situaciones en las que percibe que ha cometido un error o que su trabajo puede no estar a la altura de las expectativas. Esta vergüenza no responde únicamente al hecho de haber fallado en una tarea concreta, sino que activa una narrativa más profunda de *“no ser suficiente”* y que los demás se den cuenta. Así, cualquier crítica o feedback negativo es vivida como una amenaza a su valía personal, reforzando el ciclo de autoexigencia y autocrítica.

M también expresa un miedo a la incertidumbre, que influye tanto en su vida profesional como en su visión del futuro. Este miedo está ligado a la necesidad de control y a su experiencia previa de situaciones inesperadas, como la separación de sus padres o las rupturas de pareja, que han reforzado su desconfianza hacia lo incierto. En términos de su futuro personal, evita hacer planes a largo plazo por miedo a la decepción o al fracaso, lo que limita su capacidad de imaginar y perseguir metas a largo plazo.

Fase 2. Cocrear un foco e identificar la emoción nuclear

En esta segunda fase a través de la exploración de aquello emocionalmente relevante y doloroso y las formas disfuncionales en el procesamiento emocional se exponen los esquemas emocionales y la forma de organización de estos que están promoviendo un malestar en M.

Para ello, se pone el foco en seis categorías experienciales y emocionales de la persona agrupados en el acrónimo MENSIT: M (marcadores), E (emociones primarias adaptativas y desadaptativas), N (necesidades), S (emociones secundarias), I (mecanismos interruptores) y T (temas claves).

Marcadores (M): Aquellas señales verbales o no verbales que indican dificultades en el procesamiento emocional. En el caso de M encontramos los siguientes:

- Autocrítica
- Autointerrupción
- Autoagitación

- Asunto no resuelto
- Reacción problemática
- Vulnerabilidad
- Bloqueo

Emociones primarias (E): Emociones que surgen en primer lugar tras determinadas situaciones y que pueden ser adaptativas (cubren una necesidad) y desadaptativas (provenientes de una situación pasada y que no se ajustan a la realidad actual).

Como emociones adaptativas en M, encontramos la tristeza y el enfado que surge durante el discurso y que son emociones congruentes con su experiencia. Sin embargo, encontramos también emociones primarias que provienen de situaciones anteriores de la vida de M y que no se corresponden tanto a las situaciones actuales. La vergüenza es una de las principales emociones desadaptativas proveniente de su historia en la hípica y situaciones en las que no tuvo reconocimiento, afecto y sufrió el rechazo por parte una figura significativa como es su madre a la hora de expresar cómo se sentía o al mostrar sus aficiones e intereses, dejando en ella una sensación de insuficiencia y no valía. Por otro lado, el miedo es otra de las emociones más presentes y que tienen que ver con pérdidas relevantes, como ese divorcio en el que la madre de M tuvo una actitud inesperada que conllevó a una mayor distancia tanto física como emocional con M o la situación de ruptura abrupta con su anterior pareja con una posterior infidelidad.

Además de la vergüenza y el miedo, también emerge con fuerza una tristeza/soledad como emoción primaria desadaptativa. Esta emoción parece estar asociada a una vivencia persistente de falta de conexión emocional en la infancia. M ha verbalizado en varias ocasiones que “se ha construido sola”, describiendo una infancia marcada por la ausencia de una figura que la acompañara emocionalmente y por una sensación de haber tenido que enfrentarse sola a experiencias vitales. Esta tristeza se activa especialmente en situaciones de pérdida o desconexión, y se manifiesta internamente como una sensación de vacío. Aunque esta emoción puede tener una base adaptativa, su intensidad y frecuencia actual sugieren que responde a esquemas emocionales antiguos no resueltos.

Necesidades (N): En el caso de M podemos identificar como no cubiertas la necesidad de validación, afecto, reconocimiento y seguridad en sus relaciones interpersonales.

Emociones secundarias (S): Emociones que ocultan una emoción primaria con la intención de proteger del dolor que producen. En M una de las emociones secundarias principales es el miedo a sentir emociones más dolorosas y que la acerquen a la vulnerabilidad, apareciendo también ese temor en situaciones en las que el otro perciba sus defectos y en consecuencia se aleje o la rechace. Surge además un enfado rechazante sobre todo hacia su madre que puede estar tapando la tristeza y el dolor que conlleva esa falta de conexión y presencia de su madre. Por otro lado, la emoción de la culpa, frecuentemente expresada en forma de autocrítica emerge ante situaciones en las que la paciente percibe que su valía personal puede ser cuestionada. Además, se observa la presencia de ansiedad como una emoción secundaria muy significativa. Esta ansiedad aparece como una manifestación que encapsula emociones como la vergüenza y la tristeza, impidiendo el acceso directo a ellas. Se presenta en forma de desbordamientos emocionales y, en ocasiones, en forma de ataques de pánico,

Mecanismos interruptores (I): Observamos en M una constante evitación de las emociones que puedan resultar dolorosas como una forma de protección, así como la evitación de experiencias que pueden llevar a la experimentación de emociones difíciles, como establecer una relación sentimental, mantener una conversación con su madre o acudir a situaciones que le recuerden a su abuela materna.

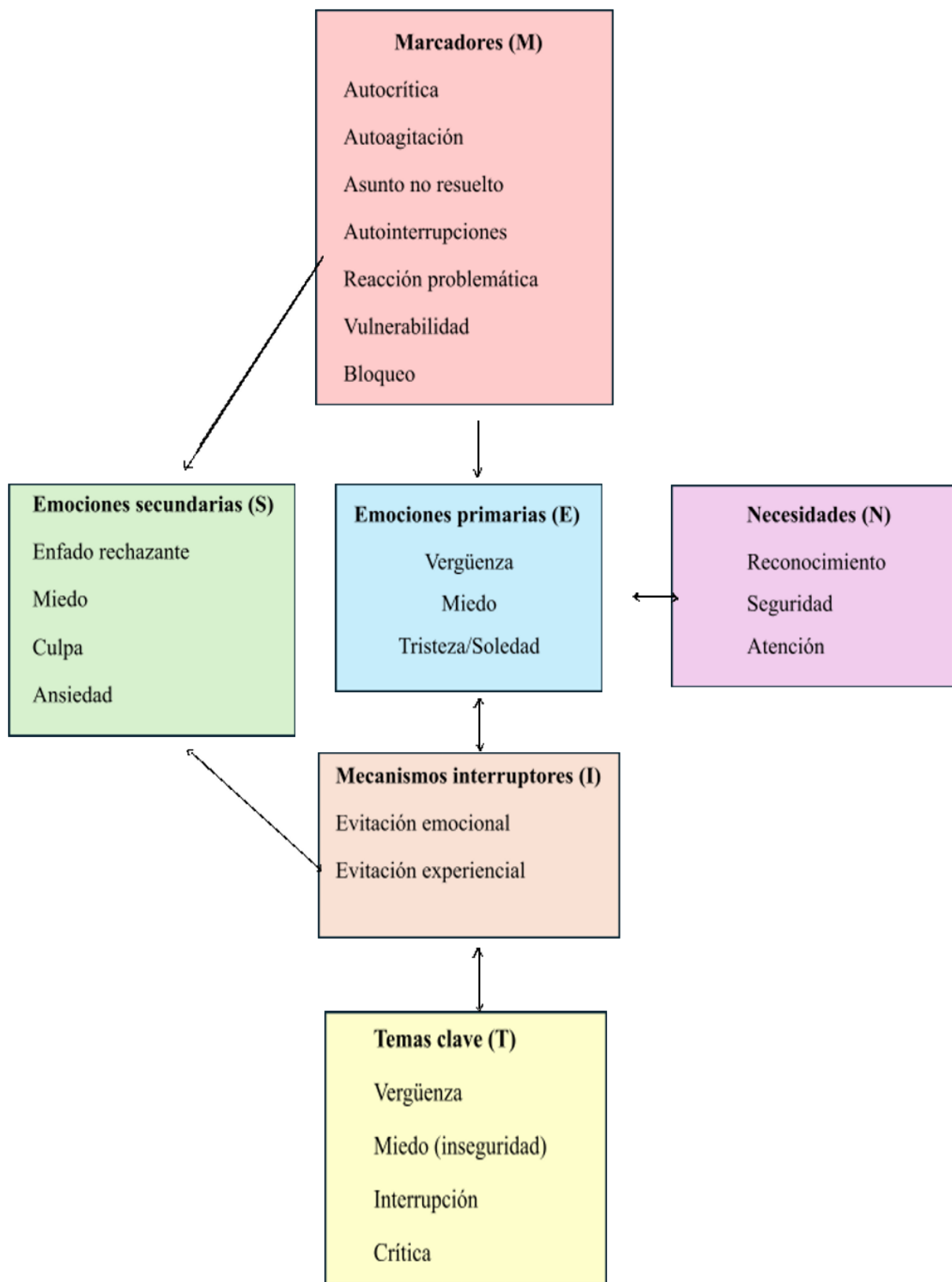
Asimismo, durante las sesiones terapéuticas, se evidencian autointerrupciones en momentos de vulnerabilidad emocional. Cuando M comienza a llorar, rápidamente rechaza la emoción con expresiones como “qué tonta” o “me siento débil si muestro mi vulnerabilidad”. También se manifiesta la interrupción al desviarse de temas de mayor carga emocional, hablando desde un plano más cognitivo, así como contenciones físicas girando la cara, subiendo la cara para no llorar y que no caigan las lágrimas. Estas autointerrupciones reflejan una profunda autocrítica subyacente, donde la expresión emocional es percibida como un signo de fragilidad y desvalorización personal.

Temas clave (T): A lo largo del proceso terapéutico han ido emergiendo una serie de temas recurrentes que generan un profundo malestar emocional en M y que se han convertido en ejes centrales de su funcionamiento.

Uno de los aspectos más relevantes es la vergüenza como emoción primaria desadaptativa, que se manifiesta especialmente en los ámbitos laboral y afectivo. Esta vergüenza se encuentra oculta tras una autocrítica severa, la cual impacta directamente en su percepción de valía personal, generando una constante sensación de insuficiencia y la necesidad de validación externa.

Por otro lado, el miedo y la inseguridad en las relaciones interpersonales han sido elementos clave en su malestar. Estas dificultades encuentran su origen en experiencias previas significativas, como el divorcio y el distanciamiento de su madre, así como en la ruptura con su expareja, situaciones que han reforzado su temor a la pérdida y al rechazo.

Finalmente, se observa una marcada evitación de la vulnerabilidad y de las emociones que esta conlleva, acompañada de un fuerte juicio hacia la expresión emocional. M tiende a rechazar sus momentos de fragilidad, identificándolos con debilidad y falta de control, lo que no solo dificulta su regulación emocional, sino que también refuerza su patrón de evitación y autocrítica.



8. TRATAMIENTO Y CURSO

A partir de la información recogida durante la evaluación inicial, se definieron una serie de objetivos terapéuticos que orientaron el proceso de intervención. Estos objetivos, junto con las necesidades emocionales identificadas en la paciente, guiaron la selección de las técnicas empleadas, recogidas en la Tabla 2. Los objetivos terapéuticos formulados fueron los siguientes:

Objetivos generales:

1. Abandono de esquemas emocionales desadaptativos y promover esquemas emocionales adaptativos
2. Aumentar la conciencia y la expresión emocional
3. Disminución de formas de autotratamiento desadaptativas
4. Fortalecer la autoestima y la autenticidad
5. Procesamiento de experiencias traumáticas

Objetivos específicos:

1. Transformar emociones primarias desadaptativas como la vergüenza o el miedo (inseguridad) en emociones primarias adaptativas como el enfado asertivo y la autocompasión.
2. Sortear emociones secundarias como el miedo, el enfado rechazante, la culpa y la ansiedad y acceder a las emociones primarias para procesarlas.
3. Fortalecer la comprensión y regulación emocional
4. Trabajar con la autointerrupción emocional y conductual
5. Trabajar con la voz autocrítica
6. Trabajar con el asustador interno
7. Trabajar los asuntos no resueltos con madre y expareja
8. Facilitar la elaboración emocional de vivencias traumáticas no resueltas para resignificarlas.
9. Establecimiento de vínculos sanos

La tabla expone un resumen del tratamiento realizado, integrando los objetivos terapéuticos, las herramientas utilizadas y las sesiones en las que se aplicaron, ofreciendo así una visión general del curso terapéutico. A continuación, se desarrollan

de forma más específica los temas abordados en las sesiones, los marcadores emocionales que fueron emergiendo, así como las tareas y técnicas empleadas para favorecer el cambio emocional.

Objetivos terapéuticos	Técnicas empleadas	Sesiones
Abandono de esquemas emocionales desadaptativos y promover esquemas emocionales adaptativos	Exploración empática general Afirmación empática Psicoeducación emocional Focusing Tareas terapéuticas ● Silla vacía ● Diálogo de dos sillas ● Despliegue evocador sistemático	2,3,4,6,9,10,12,14,16,19
Aumentar la conciencia y regulación emocional	Diálogo de dos sillas (interrupción) Focusing Despliegue evocador sistemático Psicoeducación emocional Afirmación empática Conjeturas empáticas Preguntas exploratorias Reflejos empáticos Reenfoque empático Sugerencias de proceso Revelaciones de proceso	2,3,6,9,12,16,17
Disminución de formas de autotratamiento desadaptativas	Diálogo de dos sillas ● Crítico ● Interrupción ● Asustador interno Focusing Autoconsuelo Afirmación empática Sugerencias de proceso	4,9,10,12,14,16,19
Fortalecer la autoestima y la autenticidad	Exploración empática general Afirmación empática Focusing Visualización Sugerencias de proceso Diálogo de dos sillas ● Crítico ● Interrupción Silla vacía	3,4,9,10,12,14,16,19,20

	Autoconsuelo	
Procesamiento de experiencias traumáticas	Exploración empática general	2,5,6,7,10,13,15
	Conjeturas empáticas	
	Reflejos empáticos	
	Afirmación empática	
	Reenfoque empático	

Tabla 2. *Tratamiento según objetivos, técnicas empleadas y sesiones*

Fuente: Elaboración propia

Sesión 1: Esta primera sesión consistió en explorar los motivos de consulta de la paciente y su decisión por continuar su proceso terapéutico. Se pudieron observar distintos temas a trabajar. M refería tener explosiones emocionales ya que no atiende a las emociones o a las circunstancias que las generan ya que en su día a día, no tiene espacio para escucharse. Por otro lado, explorando la última de estas explosiones, esta vez, de tristeza, identificó que estaba relacionado con una ruptura amorosa pasada. Notamos cierta dificultad en la expresión de la tristeza, siendo interrumpida (por ejemplo, levantando la vista para esconder las lágrimas o sonriendo), así como la presencia de un enfado más secundario que tapaba el dolor. Por ello, durante el relato, fuimos conjeturando la presencia de la tristeza, reflejando lo que pudo desencadenar esta emoción y afirmando empáticamente su vulnerabilidad, viendo que esto último era difícil de sostener para ella y reaccionaba de forma crítica a su propia vulnerabilidad. Ante esta ruptura M había optado por evitar volver a abrirse a conocer a otra persona, por el miedo a sentir ese dolor “*el abandono me duele más que a los demás*” y perderse a ella misma.

Sesión 2 y 3: En estas sesiones, M trajo una reacción problemática que había tenido durante la semana y no entendía ya que “*estaba todo bien*”. Una noche, en una discoteca con sus amigos, tuvo una sensación de agobio grande y tuvo que irse. Esta respuesta de ansiedad, teniendo en cuenta desde la primera sesión, su dificultad en el procesamiento emocional, validamos esa reacción y exploramos empáticamente lo que podía estar generando sufrimiento. Salió que no había superado el dolor que le provocó la ruptura con su ex. Fuimos reflejando y afirmando las emociones que fueron emergiendo (tristeza y rabia). En las ocasiones en las que M mostraba tristeza surgía una fuerte autocrítica “*como pude estar tan ciega, que estúpida*”. Se hizo notar el rechazo hacia la actitud que M tuvo durante la relación, comentó que recordando cómo estuvo es

incapaz de llorar, siente rechazo hacia la vulnerabilidad y la debilidad, no podía verse de nuevo así. Siendo esto una de las fuentes de sus desbordamientos emocionales, la presencia de la interrupción del dolor junto con la crítica. Realizamos una visualización de cómo le gustaría que fuese una posible relación futura “*valorada y respetada*”. Por último, ante la reciente ruptura, psicoeducamos acerca del duelo tras una ruptura.

Sesión 4: En esta sesión se pudo realizar un trabajo con la escisión autocrítica. M trajo una situación laboral en la que refería que tenía que hacer todo bien y tuvo algunos fallos. M expresó “*no puedo fallar, sentí que no valía, una inútil*”. A través de la exploración empática M refería que esa exigencia llevaba acompañándola mucho tiempo, desde pequeña, cuando competía en hípica.

Le propusimos realizar un trabajo con dos sillas, a lo accedió. En la parte del crítico surgían verbalizaciones como “*Inútil*”, “*no estás a la altura*”, “*nunca lo haces bien del todo*”, “*no vales nada*”. En la parte experiencial surgió tristeza y enfado (pudiendo expresarlo) accediendo a la emoción de la vergüenza “*me hace sentir mal, que no tengo valía*”. Con el cambio de silla, de nuevo en el crítico, surgió compasión hacia la parte experiencial “*no sabía que le hacía tanto daño*”, “*es verdad que no le dejo hacer las cosas bien*”, “*sabe hacerlo*”, “*si vale*”.

Tras el ejercicio, M era consciente de que la crítica no iba a desaparecer porque llevaba años con ella, pero darse cuenta de su presencia y poder darse ella misma las respuestas lo había sentido creíble.

Sesión 5: Fue una sesión en la que abordamos cómo le gustaría verse y sentirse en unos años. M nos respondió que no le gustaba esa pregunta por lo que, a través de afirmar y preguntar empáticamente qué era lo difícil o doloroso de esa pregunta su respuesta fue “*prefiero no hacer planes a largo plazo ni pensar mucho en el futuro porque pueden pasar cosas que hagan que los planes se desmoronen*”. Conjeturamos el miedo y preguntamos si era así para ella a lo que M dijo “*tengo miedo a fracasar y a que algo malo pase*”. Explotamos si este miedo había estado presente en otros momentos de su vida y nos comentó que su madre la había decepcionado mucho. Narrando el divorcio de sus padres, surgió mucho enfado hacia su madre y fuimos conjeturando el dolor y la tristeza que supuso para ella que su madre les dejara, sintiéndose M abandonada.

Sesión 6: Volvimos a tratar la autoexigencia. A través de la exploración empática pudimos ver distintos elementos del esquema emocional. Recuerda que la hípica dejaba en ella la sensación de que las cosas tenían que hacerse perfectas, fue su escuela de vida y era un entorno muy exigente. Cuando las competiciones no iban bien *“me planteaba si valía para eso, que no era capaz y que a lo mejor ese deporte no era lo mío”*. Fuimos reflejando el significado y el peso que ha tenido en ella esta experiencia, así como afirmando la vergüenza y el dolor de esa niña. Conjeturamos la vergüenza hacia sí misma. Refiere haberlo extrapolado a la universidad, al trabajo y a sus relaciones. En ese momento psicoeducamos acerca de las emociones, sus tendencias a la acción y cómo acontecimientos presentes activan sensaciones y emociones pasadas.

Surgió al final de la sesión cierta compasión hacia sí misma, ya que en momentos de vulnerabilidad hay rechazo *“gustaría reconciliarse con esa parte porque no he tenido empatía hacia mí misma”*.

Sesión 7: Se trató de una sesión online. La abuela de la paciente estaba falleciendo y nos estaba comentando como iba la situación. Notamos interrupción (girando la cara o suspirando). Fuimos reflejando su dificultad de estar con emociones dolorosas y reflejado que había tristeza en lo que nos contaba. Comenzó a llorar mientras criticaba esto mismo *“no sé por qué estoy así”, “pienso, qué estúpida, qué tonta*. Fuimos afirmando y validando su dolor.

Al ser la madre de su madre hubo conversaciones con su madre en las que noto acercamiento. Sintió conexión y alegría, pero no fue siempre así. M relata cómo ha habido indiferencia por parte de su madre *“no le interesaba lo que hacía, la hípica”, “no ha preguntado nunca por mis parejas”, “yo creo que mi madre no sabe ni lo que he estudiado”, “siempre que le contaba algo estaba ocupada”*. Fuimos explorando qué supuso esto para ella y surgió el no ser valorada, ni importante, rechazada por su madre. Fuimos reflejando *“como si hubiese algo malo en mí”* y afirmando su tristeza.

Sesión 8: Fue una sesión en la que comenzamos a elaborar el fallecimiento de su abuela, surgieron recuerdos y la expresión de la tristeza, siendo afirmada empáticamente por nosotras. Exploramos sobre la necesidad presente en ese momento y fue despedirse de ella. No lo hicimos en sesión porque en unas semanas iba a visitar el cementerio y quería realizarlo allí.

Respecto a su madre, M expresa enfado ya que, aunque ahora la siente más cerca, su madre no mostró atención e interés por ella *“me he tenido que construir sola porque no me ha acompañado”*. Validamos el enfado y conjeturamos lo doloroso que tuvo que ser para ella.

Sesión 9: De cara a la aproximación de la Navidad, M refiere no tener muchas ganas, va a juntarse con la familia de su madre y no quería mostrarse vulnerable con ellos tras el fallecimiento de su abuela, puede sentirse juzgada, llegando a la conclusión de que eso también lo hace consigo misma *“me da vergüenza verme tan débil, parezco más pequeña”*. Le planteamos realizar un trabajo de dos sillas con la interrupción, que derivó en un trabajo con la crítica. En la parte experiencial/interrumpida surgió la necesidad de que se la escuchase, por lo que invitamos a M a poder expresar lo que tenía dentro, el dolor por su abuela. Realizamos un focusing trayendo la figura de su abuela. M iba expresando la tristeza en forma de lágrimas, le pedí que viese en qué parte del cuerpo notaba más esa pérdida, señaló el corazón y le pedí que estuviera un tiempo acompañando esa sensación, dándole un espacio, sin juzgarla, estando ahí con ella. Tiempo después le pedí que le pusiera un nombre o una descripción a lo que estaba sintiendo, lo notaba como cuando te dan un golpe y te dejan sin respiración un momento, finalmente, para ella, era vacío. La sedación pidió escucha, cariño y que la acompañasen.

De la silla crítica surgió un *“no sé por qué la trato así”, “parece que puedo comprender a todo el mundo, pero a ella no”*. Realizamos una tarea de autoconsuelo en que la senté a una persona importante para ella que estuviese sufriendo. A esta persona le dijo *“jamás te juzgaría, no te veo débil”*.

Sesión 10: Tras la Navidad, donde hubo una discusión con su madre, le propusimos la tarea de asuntos no resueltos. Desde la silla del self expresó el enfado hacia ella por todas las experiencias que ha vivido con ella. Viendo que en su rostro tenía los ojos llorosos conjeturamos la tristeza de no haber tenido a su madre y pudo expresar desde esa emoción lo doloroso de la situación vivida con ella. En el lugar de su madre surgió que no puede ver cómo ha fracasado como madre, no quiere verlo. De nuevo en la silla del self, desde el dolor, M expresó la necesidad del cariño, la presencia y la compañía de su madre porque la ha dejado sola, pero actualmente, viendo que no se lo va a dar, prefiere soltar la relación con ella.

Sesión 11: En esta sesión repasamos lo que sucedió en la silla de asuntos no resueltos realizada la sesión anterior y surgió de la paciente la sensación de que su madre la odiaba. A partir de la comunicación no verbal conjeturamos que como hija tuvo que ser doloroso percibir eso de su madre. Sentirse no atendida, vista, rechazada y no querida. Ante lo que M expresa al igual que la sesión anterior la necesidad de que su madre hubiese estado ahí, pero estaba agotada de intentarlo con ella y quería distancia con el vínculo con ella.

Sesión 12: M vino bloqueada/abrumada a sesión respecto a la relación con su madre. La habían cogido en la empresa donde estaba realizando sus prácticas y no sabía si comunicárselo a su madre. Ante este bloqueo le propusimos realizar en primer lugar un ejercicio de Focusing (despejar un espacio) con el objetivo de apartar la preocupación respecto a la decisión y tomar distancia respecto a esta, además de permitirle a M explorar la sensación de la distancia respecto al problema y crear un espacio seguro. Tras este ejercicio, realizamos los pasos consiguientes del Focusing con el objetivo de que el propio cuerpo indicase el camino. Finalmente, la sensación que surgió necesitaba lejanía y serenidad.

Hubo psicoeducación acerca del proceso semejante a un duelo que tiene ver con no ver un cambio en la figura de su madre y dejar de intentarlo.

Sesión 13: En esta sesión, M nos comentó que había conocido a un chico. Sin embargo, tenía el pensamiento de que la relación no iba a salir bien. Conjeturamos la emoción de miedo que hasta entonces no se había expresado y a través de preguntas exploratorias hilaba esa voz con situaciones pasadas, como su relación anterior o su madre. Afirmamos esa parte ya que ha tenido experiencias de abandonos no esperados. Posteriormente, a través de preguntas exploratorias su voz asustadora le decía cosas como *“no va a venir”, “te lo van a hacer otra vez”, “te va a ser infiel”*. Ante lo que necesitaba ver cosas en el otro que le hiciesen sentirse segura.

Además, al final de la sesión, al explorar más sobre este miedo, surgía interrupción en M, la cual tomaba la forma de evitar mostrarse auténtica, lo que nos hizo pensar acerca de una emoción más nuclear, la vergüenza.

Sesión 14: Fue una sesión en la que trabajamos la voz asustadora presente en la anterior sesión a través de la tarea de las dos sillas. Comenzó la parte asustadora con verbalizaciones como *“no se va a presentar”, “te va a dejar en leído”* o *“se va a ir”*.

Sin embargo, se convirtió en un trabajo con la escisión crítica debido a comentarios como *“le vas a aburrir”*. Esto le hacía sentir a la parte experiencial pequeña y que no valía, pudo expresar y mostrar su tristeza ante las verbalizaciones de la escisión crítica *“siempre tengo que hacer o proponer planes porque tengo la sensación de que, si no, me van a dejar”*. Ante lo que surgió cierto enfado *“pero es que no es mi culpa”* potenciando esta parte a través de direcciones de proceso pidiéndole que lo repitiese.

Sesión 15: En esta sesión, M trajo la sensación de responsabilidad/culpa. Le agobia que el otro se vaya y sea su responsabilidad. Se realizaron reflejos como *“haga o no haga se va a ir”*, *“no soy suficiente para que se quede”*, ante lo que M responde que sí, duda constantemente de ella misma porque parece que es ella la que hace que el otro se vaya. M conectó esto con la ruptura con su ex, que sin haber explicación se adjudicó la culpa de la ruptura *“le aburría”*, *“no era interesante para él”*. Fue una sesión en la que estuvo muy presente el sentimiento de vergüenza, afirmamos y validamos lo difícil que tuvo que ser sentir que ella había sido el problema porque no hubo una explicación a lo que ocurrió.

Sesión 16: M en esta sesión nos comentó que había tenido un episodio de desbordamiento, a través del despliegue evocador, dimos de nuevo con la vergüenza por un comentario del chico al que está conociendo *“me agobia la intensidad”*. Se dio una situación similar a raíz de una conversación entre ellos que hizo que surgiese en M la pregunta *“¿Qué he hecho mal?”*. Se realizaron reflejos *“hay algo mal en mí porque se quiere ir”*, *“se cansa de mí”*. M accedió al recuerdo de cuando su expareja empezó un nuevo trabajo, que fue en ese momento donde se generó mayor distancia entre ellos, M pensaba que era su culpa, que era por ella la razón de distanciamiento *“no le daba tiempo de calidad”*. Realizamos un Focusing para trabajar con la M de aquella edad. Le vino la situación vivida con su ex, se veía a sí misma como pequeña y destrozada, sintiendo que no valía y que no podía hacer nada. A la M adulta le daba pena verla así, tan pequeña, no se lo merecía porque no fue culpa suya. La M más pequeña necesitaba de la de ahora más confianza, que la cuidase, amor y que la sacase de ahí si volvía a pasar por algo así. M describió la experiencia como una reconciliación con una vieja amiga, cuando comenzó su proceso terapéutico no podía ni mirar esa parte y hoy ha podido abrazarla, *“no le reprocho nada, no podía darse cuenta, como iba a salir de ahí, no lo pudo hacer de otra forma”*.

Sesión 17: Momentos antes de la sesión, M casi tuvo un ataque de pánico en el metro. Teniendo en cuenta las sesiones anteriores, realizamos un despliegue evocador. Simplemente con explorar cómo había estado ese mismo día M rompió en tristeza. Hace unos días el chico con el que se ve le dijo que le estaba agobiando y se le había pasado por la cabeza desaparecer, pero no lo había hecho porque prefería hablar con ella, dejando en M una sesión de intranquilidad e inquietud. Afirmamos que ante tal situación se sintiese de esa manera y realizando revelaciones de proceso “*en esa situación yo también me sentiría así*”. A través de preguntas exploratorias, M necesitaba hablar con él para poder explicarle cómo se sentía y que necesitaba, buscando formas de poder expresar esto. Sin embargo, al final de la sesión comentó que no iba a hacerlo. Le realizamos una respuesta exploratoria “*parece que no hablar con él reduce la posibilidad de que no se vaya si la conversación no va como esperas*”. Nos comentó que sí y, además, que no se está mostrando tal y como es, mucho más últimamente (interrupción).

Sesión 18: Continuamos con la situación con el chico que está conociendo. Durante la semana anterior a la sesión este chico le comunicó que había una chica que le gustaba de toda la vida y el otro día se la encontró. No pasó nada, pero quería comentárselo a M. Ante la situación, M respondió con enfado ya que no entendía por qué se lo comentaba. Nosotras también hicimos revelación de proceso “es para enfadarse”, validando lo que en su momento esta situación le generó. También por su rostro conjeturamos que parecía triste y pudo expresarlo y hablar también desde ahí. A través de preguntas exploratorias volvió la emoción de vergüenza “*por qué ella y no yo*”. Ante esta pérdida de poder que ya se ha dado en otras situaciones anteriores, le devolvimos que ella también puede elegir y en otras ocasiones lo ha hecho (con su madre, por ejemplo). Fue una sesión en la que también hubo confrontación “*quieres una relación segura, pero estas a prueba constantemente*”, “*hay cosas que te generan inseguridad y sufrimiento y aun así las justificas*”, acompañadas de pequeñas formulaciones.

Sesión 19: Durante el periodo de Semana Santa, la paciente presentó un episodio de ataque de pánico motivado por la falta de contacto con el chico que está conociendo, quien se encontraba de viaje, al igual que ella. Este distanciamiento reactivó en Alessia pensamientos catastrofistas, generando una elevada activación emocional que culminó en una crisis. La experiencia fue identificada por la paciente

como muy similar a la vivida durante su anterior relación de pareja, por lo que se propuso trabajar mediante la técnica de silla vacía con la figura del exnovio. Alessia pudo contactar con emociones de rabia y tristeza, y desde la silla del ex, surgió una petición de perdón por el daño ocasionado. Esto activó en la paciente una parte crítica que se expresó con mensajes como *“no haberme dado cuenta de cómo era”*, lo que llevó a trabajar posteriormente con la parte crítica mediante la técnica de cambio de silla. Desde esa parte emergieron verbalizaciones como *“deberías haberlo visto”* o *“te lo has buscado”*, a lo que la parte experiencial respondió con un enfado asertivo y la autocompasión: *“no me podía dar cuenta, si estaba todo bien”*, *“no fue mi culpa, sino suya, por cómo es”*. Una vez finalizado este trabajo, se retomó la silla vacía con la expareja, cerrando el ejercicio con una resolución centrada en la responsabilización del otro y la autoafirmación. Debido a la dificultad que Alessia presentaba en la sesión para expresar sus necesidades en su vínculo actual, se realizó un nuevo ejercicio de silla vacía con la figura del chico que está conociendo. Alessia pudo expresar cómo se sintió ante la distancia emocional percibida, aunque surgió miedo (conjeturado) a que, al expresar lo que necesitaba, él pudiera alejarse, como si sus propias necesidades no fuesen legítimas. No obstante, durante el ejercicio aparecieron verbalizaciones autoafirmativas como *“no me tengo que callar, puedo decirlo, si se va, no es mi culpa”*, lo que marcó un avance significativo en términos de validación interna y expresión emocional.

Sesión 20: En esta sesión, Alessia compartió que había decidido poner fin a la relación que mantenía con el chico que estaba conociendo, tras comunicarle él que días antes había quedado con la persona por la que previamente había manifestado interés. Esta situación generó en Alessia una respuesta emocional de enfado asertivo, la cual fue vivida por la paciente con sorpresa, al no corresponderse con reacciones anteriores en situaciones similares. Desde esa emoción, manifestó con claridad su decisión: *“antes, en otro momento, habría seguido con él, pero yo necesito a alguien que esté en el mismo punto que yo”*. Esta respuesta dio cuenta de una mayor seguridad interna y claridad respecto a sus propias necesidades y límites afectivos, expresando verbalizaciones como *“me he mostrado, he expresado y esta versión de mí se la voy a enseñar a más personas”* o *“sé que mi miedo es que las personas se vayan de mi lado, pero no es culpa mía, si se quieren quedar bien y si no, también”*. Asimismo, también emergió tristeza por la pérdida de una persona con la que había querido construir un

vínculo. Se validó y sostuvo emocionalmente esa tristeza en sesión, promoviendo un espacio seguro para su expresión. Paralelamente, Alessia también manifestó sentirse tranquila y orgullosa de cómo había manejado la situación, lo que reflejó una mayor integración emocional entre el dolor de la pérdida y el reconocimiento del propio crecimiento personal.

A lo largo del proceso terapéutico, y gracias a la aplicación de tareas específicas propuestas desde la Terapia Focalizada en la Emoción, en respuesta a los marcadores emocionales identificados, así como a la integración de técnicas de Focusing, se ha logrado acceder a emociones primarias desadaptativas, facilitando su transformación hacia estados emocionales más adaptativos y funcionales. Este acceso emocional ha permitido resignificar experiencias pasadas y generar cambios en los esquemas internos de la paciente.

Además, un elemento transversal en todas las sesiones ha sido el trabajo sostenido a través del vínculo terapéutico. La presencia constante de las terapeutas, desde una actitud de afecto y disponibilidad momento a momento, ha proporcionado un contexto seguro que ha favorecido la expresión emocional de la paciente. Las respuestas terapéuticas ofrecidas (centradas en la validación, la afirmación empática y la aceptación incondicional) han permitido a M sentirse legitimada en su vulnerabilidad, facilitando el desarrollo de una nueva relación con sus emociones, menos crítica y más compasiva.

Este vínculo ha sido especialmente relevante dado el historial de la paciente, caracterizado por una falta de recogida emocional y validación en contextos significativos. De este modo, la experiencia relacional en terapia ha ofrecido una vivencia emocional correctiva que ha impulsado el desarrollo de una mayor autenticidad en M por el continuo reconocimiento y devolución de valor a sus emociones, pensamientos y necesidades.

9. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la evaluación final quedan reflejados junto a las puntuaciones de la evaluación inicial en gráficos, de manera que se puedan observar los cambios a nivel cuantitativo.

Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R):

Debido a las puntuaciones obtenidas en las subescalas de Preocupación familiar e Interferencia parental ($T = 72'9$) se interpreta que la paciente continúa con un apego inseguro preocupado. A lo largo del proceso terapéutico, M fue tomando conciencia de cómo su madre, aunque presente físicamente, no siempre estuvo disponible emocionalmente para acoger sus necesidades afectivas, desarrollando así un estilo relacional basado en el intento constante de agradar, anticiparse a las reacciones del otro y temer el abandono o el rechazo.

Observando las diferencias entre puntuaciones, se han producido cambios en varias dimensiones:

Por un lado, la seguridad ha disminuido 20 puntos. Esta variación se debe a la disminución de puntuaciones en distintos ítems, pero sobre todo en dos de ellos. En el ítem 13 (“Cuando yo era niño, encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte”) se pasa de una puntuación de 4 (“de acuerdo”) a una puntuación de 2 (“en desacuerdo”) y en el ítem 30 (“Cuando yo era niño, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo”), pasando de una puntuación de 5 (“muy de acuerdo”) a una puntuación de 3 (“ni de acuerdo, ni en desacuerdo”). Interpretándose la percepción de menos apoyo emocional en la infancia, una menor confianza en que los otros significativos estén disponibles o que respondan a las necesidades de afecto. Esto se ha podido deber al procesamiento de la historia vincular temprana de M, tomando conciencia de las experiencias vividas que han cambiado su percepción de seguridad previa.

Respecto a la dimensión de interferencia familiar se ha producido un aumento de la puntuación en 17'2 puntos, contribuyendo así al resultado de apego inseguro preocupado. Estas diferencias se observan sobre todo en el ítem 20 (“Mis padres no se han dado cuenta que un niño cuando crece tiene necesidad de tener vida propia”) pasando de una puntuación de 1 (“muy en desacuerdo”) a una puntuación de 4 (“de acuerdo”) y en el ítem 25 (“Cuando yo era un niño, se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado”) de una puntuación de 1 a 3 (“ni de acuerdo, ni en desacuerdo”). Teniendo M una narrativa más centrada en la soledad y haberse tenido que construir sin apoyo, se ha podido matizar esta narrativa con otros aspectos

del vínculo, no solo hubo ausencia, sino alguna forma de control, que teniendo en cuenta su historia, este control ha podido estar marcado por la invalidación de sus afectos y necesidades, sin ser vistas ni respetadas.

La autosuficiencia ha incrementado 6'4 puntos. No es una variación muy grande, sin embargo, en este caso es relevante destacar este ligero cambio. La diferencia se ha producido en dos ítems. El ítem 8 ("detesto el sentimiento de depender de los demás") pasando de un 3 ("ni de acuerdo, ni en desacuerdo") a un 4 ("de acuerdo") y el ítem 16 ("de adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones") pasando de un 2 ("en desacuerdo") a un 3 ("ni de acuerdo, ni en desacuerdo"). En esta dimensión se vuelve a poner de manifiesto la vivencia persistente de falta de atención y comprensión emocional durante la adolescencia, un tema recurrente en la historia de M. En cuanto al ítem 8, este cambio puede interpretarse como parte de una transformación que también se ha observado en sesión: M ha empezado a cuestionar la necesidad de aprobación externa, el deseo de aceptación por parte del otro, y la dependencia de las respuestas emocionales del entorno para poder validar sus propios estados internos.

Por último, el traumatismo infantil también ha aumentado 9'3 puntos. Se observa un incremento tanto en el ítem 23 ("Cuando yo era niño, tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos"), pasando de una puntuación de 1 ("muy en desacuerdo") a una puntuación de 3 ("ni de acuerdo, ni en desacuerdo") y en el ítem 28 ("cuando era niño, había peleas insoportables en casa") pasando de la puntuación 3 ("ni de acuerdo, ni en desacuerdo") a una puntuación de 4 ("de acuerdo"). Estas diferencias, junto a puntuaciones elevadas en otros ítems refleja la historia familiar de M, en la que había discusiones entre sus progenitores, junto con amenazas de separación y la existencia de una relación conflictiva entre M y su madre.

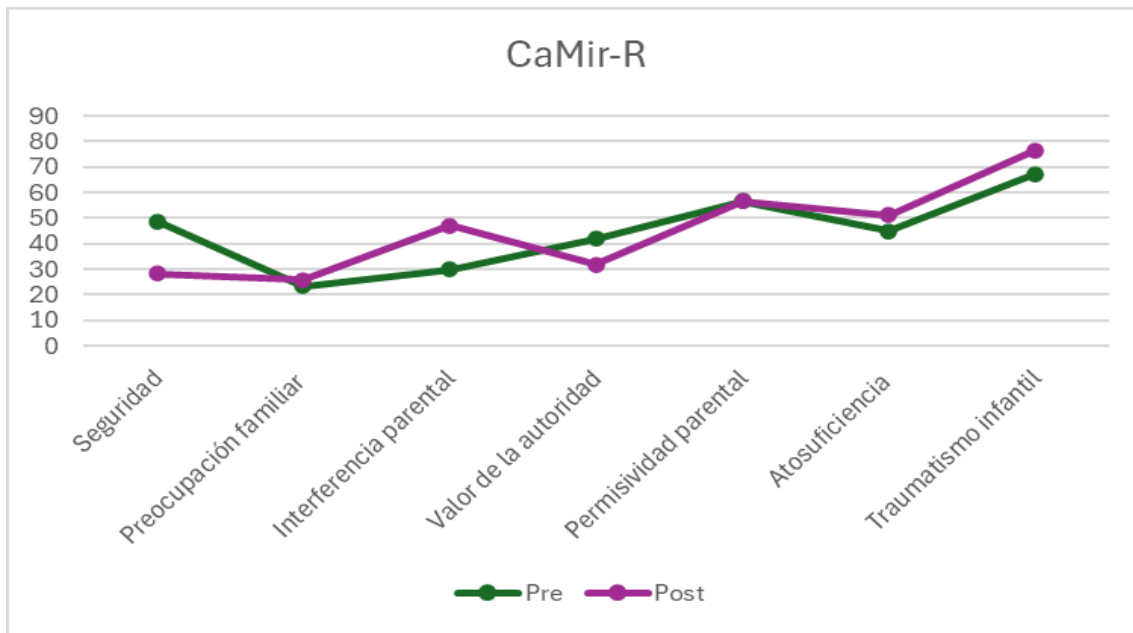


Gráfico 1. Puntuaciones PrePost CaMir-R Fuente: Elaboración propia

Escala Rasgos de Metaconocimientos de Estados Emocionales (TMMS-24):

Tal y como puede observarse en el gráfico 2 se ha producido una mejora en las tres dimensiones de la escala. En cuanto a la atención emocional, que en la evaluación inicial ya era adecuada (28) se ha producido un incremento de dos puntos (30), dando M más espacio al mundo emocional. En el caso de M es importante debido al poco tiempo que en su día a día tiene para percibir y tomar conciencia de lo que las distintas situaciones le generan a nivel emocional. Respecto a la comprensión emocional, se ha producido una mejora considerable, pasando de una comprensión a mejorar (17), a una comprensión adecuada (26), pudiendo reconocer, definir y comprender sus estados emocionales. Por último, se observa que M ha desarrollado una capacidad de regulación adecuada (27), siendo anteriormente un aspecto a mejorar (19). Esta diferencia indica el desarrollo de estrategias para lidiar con emociones desagradables de una manera más cuidada.

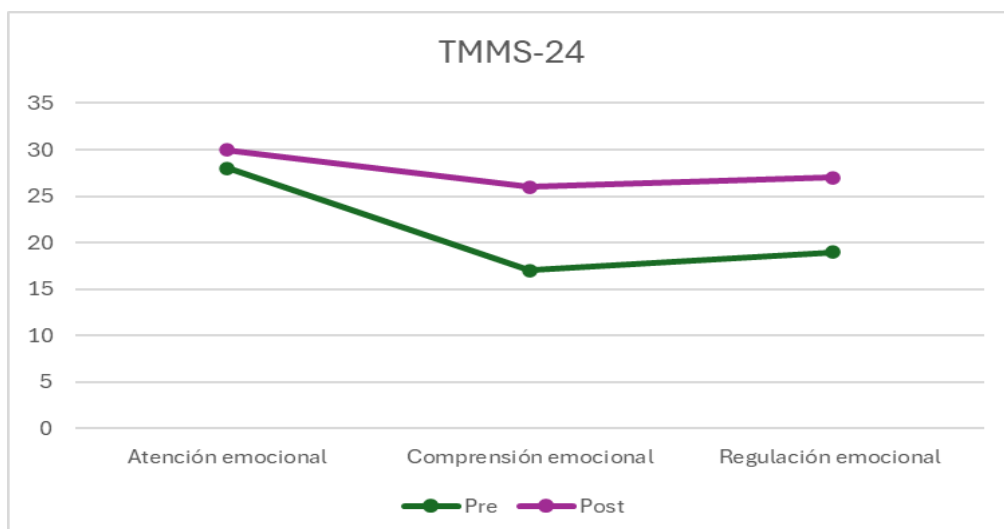


Gráfico 2. *Puntuaciones PrePost TMMS-24* Fuente: Elaboración propia

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE):

En la evaluación inicial, M partía con una autoestima moderada, con una puntuación de 25. Tras el proceso terapéutico, su puntuación ha aumentado a 32 indicando una autoestima alta. Interpretándose un sentido de valía mayor, más confianza en sus capacidades y un autoconcepto más fortalecido. Esto puede observarse en las puntuaciones elevadas en ítems como (“me siento una persona tan valiosa como otras”, “creo que tengo algunas cualidades buenas” o “creo que tengo mucho de lo que estar orgulloso”).

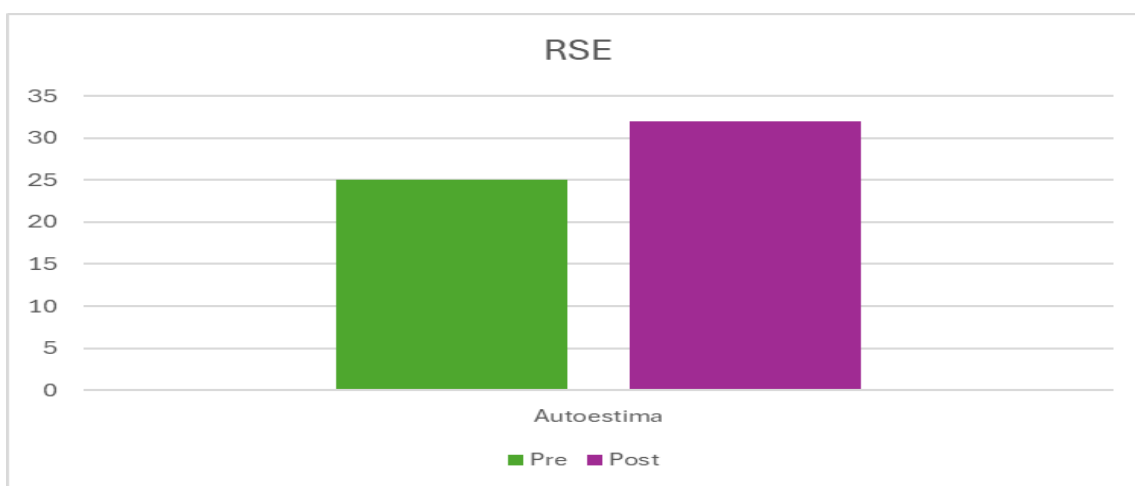


Gráfico 3. *Puntuaciones PrePost RSE* Fuente: Elaboración propia

Escala Niveles de Autocrítica (LOSC):

Se ha producido una reducción en ambas tanto en la subescala de Autocrítica Internalizada (ISC), como en la Autocrítica Comparativa (CSC). En la evaluación inicial fueron ISC=67 y CSC=29, indicando sobre todo una visión de sí misma de fracaso, poca valía y la presencia de exigencia personal, independiente a la mirada externa, siendo la autocrítica comparativa baja. En la evaluación posterior al proceso terapéutico se observa una ISC de 52 y una CSC de 23. Esto indica que aunque haya disminuido la autocrítica internalizada, pudiendo haberse generado cambios en la propia autopercepción, sigue siendo una crítica elevada y, por tanto, una sensación de inadecuación aún presente. Se trata de un crítico interno muy arraigado en experiencias pasadas de M, que aun habiendo trabajado, experiencias presentes activan esquemas

emocionales pasados de los que surge la crítica, como la situación con el chico con el que mantiene una relación.

Aun así, es importante destacar cambios en las puntuaciones de distintos ítems de la subescala ISC. En los ítems 3 (“estoy muy frustrado conmigo mismo cuando no cumplo con los principios y valores que tengo para mí mismo”), 7 (“me disgusto mucho cuando fallo”) y 17 (“si fallo en un aspecto, eso refleja lo pobre que soy como persona”) se ha producido una disminución de 3 puntos pasando de “totalmente de acuerdo” a “ni en desacuerdo ni acuerdo”, reflejando así una autocrítica menos severa.

En cuanto a la CSC, aun siendo una crítica más baja, resulta interesante por la dificultad de M de mostrarse auténtica ante la mirada externa, el cambio en el ítem 10 (“a menudo me preocupa que otras personas se enteren de quien realmente soy y ellos estén molestos conmigo”), pasando una puntuación de 4 (“ni en desacuerdo ni acuerdo”) a una puntuación de 2 (“totalmente en desacuerdo”). Interpretándose esto como la percepción de sí misma como alguien más digno de ser vista tal como es, sin miedo al rechazo o que un otro se aleje, dando espacio a la autenticidad.

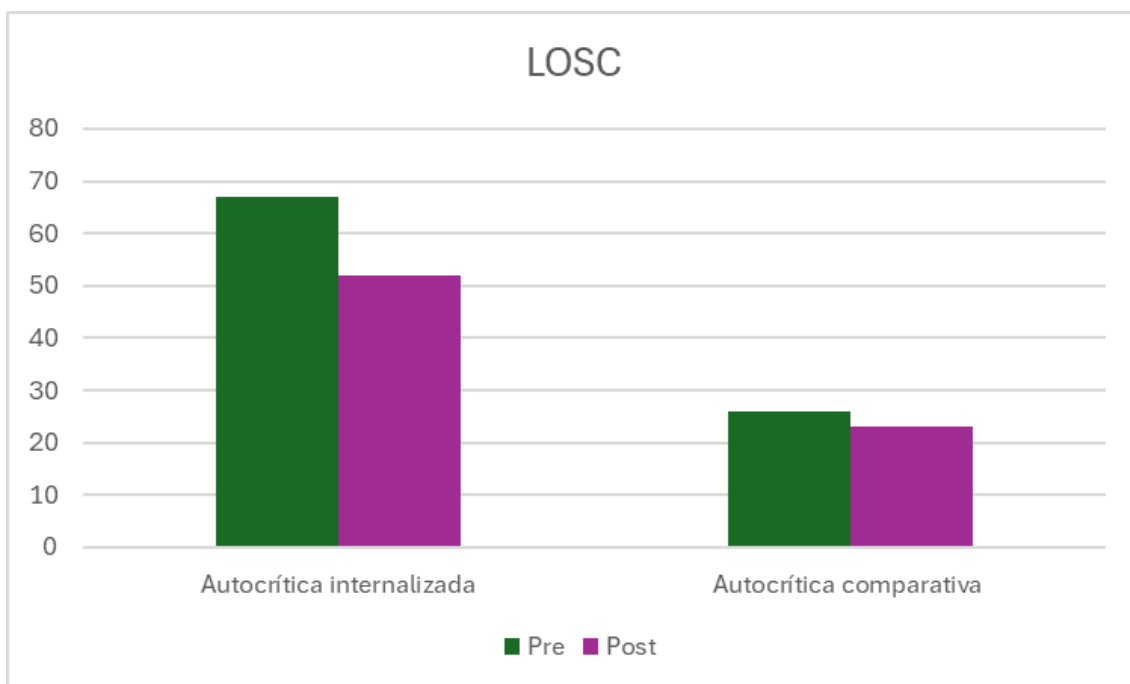


Gráfico 4. Puntuaciones PrePost LOSC Fuente: Elaboración propia

Escala de Autocompasión (SCS):

A nivel autocompasivo, se puede observar como se ha producido una inversión en las puntuaciones en las dos subescalas, es decir, se han obtenido puntuaciones más elevadas en los aspectos compasivos y puntuaciones más bajas en los aspectos no compasivos. En un principio, M obtuvo el resultado de 2'48, indicando esto una autocompasión baja. Finalizando el proceso, la puntuación ha aumentado a 3'3 pasando a una autocompasión moderada, lo cual refleja una mejor relación consigo misma ante el dolor y las adversidades.

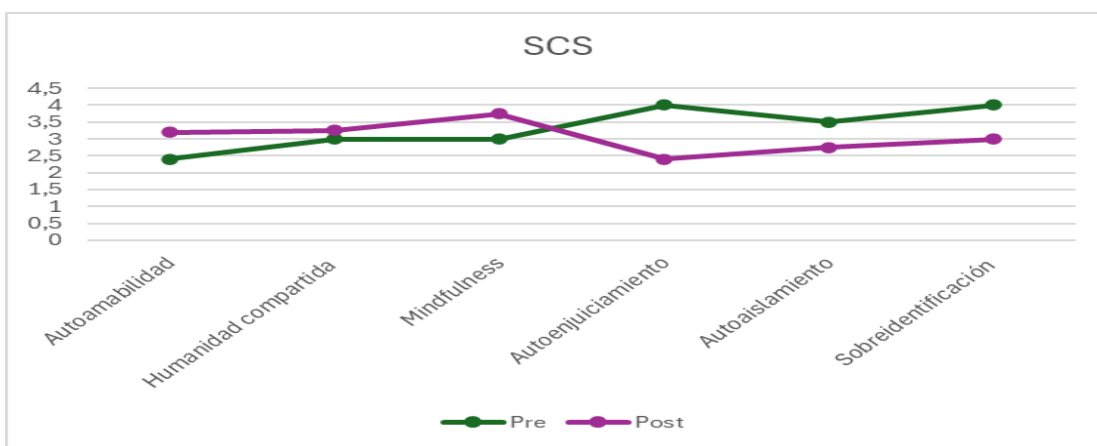


Gráfico 5. Puntuaciones PrePost SCS Fuente: Elaboración propia

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21):

Se ha producido un aumento en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, siendo la respuesta de ansiedad la más pronunciada, pasando de una puntuación de 5 (moderada) a 17 (severa). Este incremento puede entenderse en el contexto de la situación vivida con el chico con el que mantiene una relación, especialmente en la semana previa a la realización del cuestionario, coincidiendo con el periodo vacacional de Semana Santa.

Durante esos días, la distancia y desconexión afectiva percibida entre ambos generó un episodio de pánico, reflejando una activación intensa del sistema de apego. En términos de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), este episodio puede entenderse como una manifestación de la escisión asustadora ante la posible amenaza de abandono. A esto se suma la autointerrupción emocional, es decir, la inhibición de la

expresión auténtica de sus necesidades y emociones por miedo al rechazo o a perder al otro.

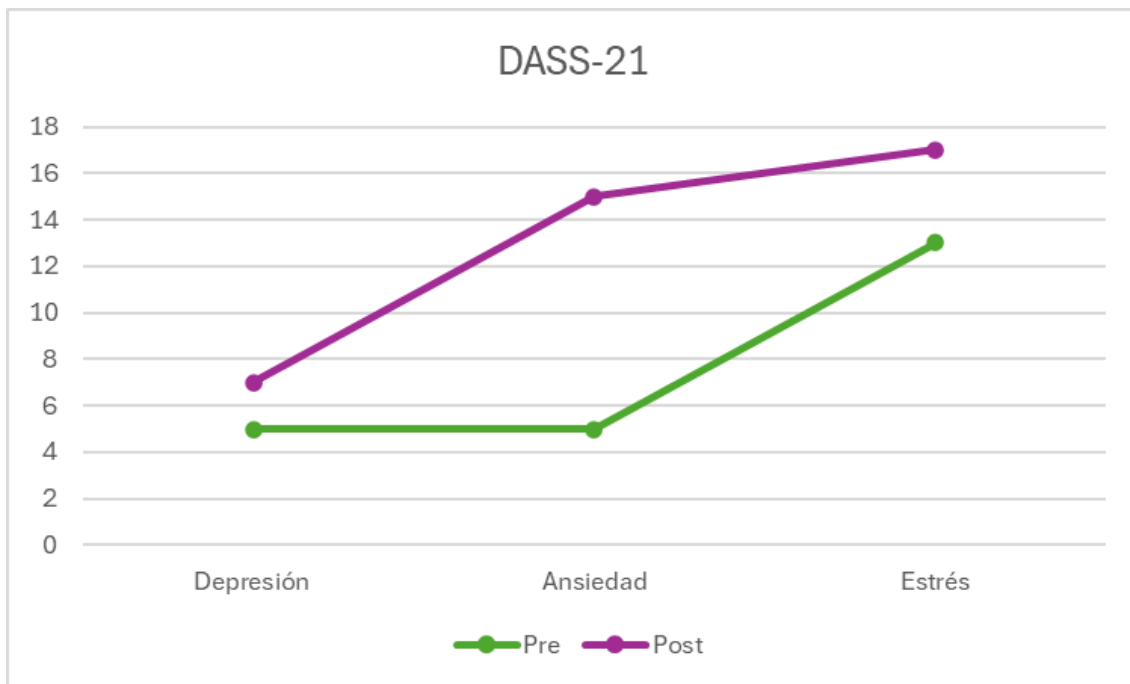


Gráfico 6. Puntuaciones PrePost DASS-21 Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, a lo largo del proceso terapéutico se han observado diversos cambios cualitativos relevantes, especialmente a partir de la cuarta sesión, momento en el que comienza a vislumbrarse una transformación en la relación de la paciente con su crítico interno. En concreto, se ha identificado una mayor conciencia de esta voz interna, así como respuestas emocionales más adaptativas, como el enfado asertivo y la compasión hacia sí misma, tanto en el ámbito laboral, donde previamente predominaban la exigencia y el perfeccionismo, como en el relacional “*no es culpa mía que se vayan, si se quieren quedar bien y si no, también*”.

Del mismo modo, se ha producido una reducción progresiva de las interrupciones emocionales, particularmente en relación con la tristeza, emoción que al inicio del proceso resultaba difícil de sostener y tendía a ser rápidamente interrumpida o criticada. A medida que avanza la terapia, M muestra una mayor capacidad para permanecer en contacto con dichas emociones tanto en sesión como en su vida cotidiana, abriéndose a su procesamiento sin recurrir de forma automática a la evitación. Sin embargo, ante situaciones que pueden conllevar la pérdida de un otro significativo,

hay mayor dificultad. No obstante, en la última sesión hubo expresiones como *“me he mostrado, he expresado y esta versión de mí se la voy a enseñar a más personas”* ante la ruptura con el chico con el que mantenía una relación.

También se ha observado una mejora significativa en su habilidad para nombrar, reflexionar y expresar sus emociones. Esto ha venido acompañado de la incorporación de estrategias personales, como el hábito de escribir al final de la semana sobre su mundo emocional, lo que le ha permitido encontrar espacios de elaboración emocional en un día a día inicialmente muy desvinculado de estos procesos.

En cuanto al vínculo con su madre, se ha producido una importante relectura de su historia relacional. M ha sido capaz de responsabilizar a su madre de ciertas experiencias pasadas, lo que le ha permitido tomar distancia de la autoinculpación y posicionarse desde un lugar más claro en relación con el vínculo.

Hacia la mitad del proceso terapéutico comenzaron a emerger signos más claros de compasión hacia sí misma, especialmente al elaborar experiencias pasadas desde una nueva perspectiva emocional. A través de distintas tareas terapéuticas, M fue capaz de resignificar vivencias previas, accediendo a emociones más adaptativas y disminuyendo el juicio hacia sí misma.

También se evidenciaron avances en su ámbito afectivo. En el marco de una nueva relación, M mostró una mayor apertura y autenticidad, pudiendo comunicar con mayor claridad lo que sentía y necesitaba. No obstante, su crítica interna, aunque se ha reducido, sigue presente, especialmente a través de la emoción de culpa, que actúa como una forma secundaria de encapsular la vergüenza. Esta vergüenza se vincula con la sensación de no ser lo suficientemente válida o digna para que una persona permanezca a su lado, manteniendo activo un patrón emocional que aún requiere de trabajo terapéutico.

Área de cambio	Cambios cualitativos observados
Autocrítica	Mayor conciencia del crítico. Comienza a responder con enfado asertivo y compasión, disminuyendo el juicio hacia

	sí misma, especialmente en el ámbito laboral y relacional.
Autointerrupción	Mayor capacidad para estar en contacto con emociones difíciles (tristeza). Así como una mayor apertura a mostrar las propias emociones y necesidades.
Relaciones significativas • Expareja • Madre	Resignificación de su historia surgiendo emociones adaptativas como el enfado asertivo, responsabilizando al otro y la autocompasión.
Dificultad emocional	Mayor contacto con las emociones y facilidad al nombrar, reflexionar y expresarse a nivel emocional.

Tabla 3. *Cambios cualitativos durante el proceso terapéutico*

Fuente: Elaboración propia

10. DISCUSIÓN

10.1. Integración de los resultados con la literatura

Los resultados obtenidos a lo largo del proceso terapéutico permiten observar cambios significativos en las variables evaluadas, lo cual sugiere que la intervención basada en la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), complementada con técnicas de Focusing, ha resultado eficaz en el caso de esta paciente. El abordaje de los distintos objetivos planteados en la fase de evaluación y formulación clínica ha contribuido a una mejora notable en el procesamiento emocional, así como en la relación que la paciente mantiene consigo misma. Uno de los aspectos más destacables ha sido la flexibilización de su estilo autocrítico, que inicialmente se mostraba rígido y punitivo, dando paso a una actitud más comprensiva, compasiva y orientada al cuidado interno.

Es relevante destacar, asimismo, que la paciente ha mostrado una buena adherencia al tratamiento desde las primeras fases del proceso. A lo largo de las sesiones se ha implicado activamente, no solo asistiendo de manera constante, sino también mostrando una actitud comprometida con las tareas propuestas en sesión. Esta disposición, unida a una alta capacidad de introspección y pensamiento reflexivo, ha sido un factor facilitador clave para acceder a material emocional profundo, necesario para abordar temáticas complejas relacionadas con su autoconcepto y sus patrones relacionales.

Una de las variables más significativas a lo largo del proceso ha sido la relacionada con las dificultades emocionales, particularmente en lo que respecta a la comprensión y el procesamiento de emociones difíciles. Desde el inicio del tratamiento se identificó una marcada dificultad para conectar, identificar y otorgar sentido a las propias emociones, especialmente aquellas consideradas más dolorosas o amenazantes. Esta tendencia a la evitación emocional y a la desconexión interna dificulta el acceso a los estados emocionales auténticos, generando confusión interna, desregulación y una sensación de falta de dirección.

Dado este punto de partida, el trabajo terapéutico se centró inicialmente en el desarrollo progresivo de los principios básicos del cambio emocional propuestos por la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE): la conciencia, la expresión y la reflexión emocional. Estos principios fueron trabajados como pasos previos y necesarios para favorecer una posterior transformación emocional más profunda y estable. A través del acceso experiencial y la creación de un espacio terapéutico seguro y validante, se promovió el reconocimiento y la verbalización de estados internos, partiendo de la base de que el simple hecho de nombrar, experimentar sobre una emoción contribuye a su regulación y comprensión, además de proporcionar coherencia interna y dirección (Jódar & Caro, 2023; Tabibnia et al., 2008).

Asimismo, desde el enfoque experiencial propuesto por Gendlin (1996), se parte de la premisa de que existe una correlación positiva entre el nivel de *experiencing* y los resultados terapéuticos. En este caso, se permitió facilitar el acceso progresivo al mundo emocional evitado, ayudando a desbloquear zonas encapsuladas y negadas de la experiencia interna. Este acceso fue favorecido por la actitud empática del terapeuta, que desempeña un papel clave en la profundización de la experiencia emocional ya que

facilita el contacto con emociones (Gordon y Toukmanian, 2002; Adam y Greenberg, 1996).

Por otro lado, el proceso terapéutico ha implicado la exploración, acceso y transformación de esquemas emocionales desadaptativos. M manifestaba inicialmente un repertorio emocional dominado por emociones secundarias como el enfado, el miedo, la ansiedad o la culpa, las cuales encapsulan emociones primarias desadaptativas más nucleares, como la vergüenza y el miedo.

Tras la intervención basada en tareas propuestas por la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y a la incorporación de técnicas como el Focusing, fue posible acceder a estas emociones subyacentes. Tal y como plantea Greenberg (2019), si durante la activación de emociones desadaptativas se activan respuestas emocionales más adaptativas, se produce un cambio experiencial profundo. Se amplía el repertorio emocional posibilitando respuestas diferentes ante situaciones similares a las vividas anteriormente. En el caso de M, su esquema emocional estaba marcado por la vergüenza. Estaba presente la percepción de escasa valía personal y un self percibido como defectuoso, al que atribuía la responsabilidad de que figuras importantes en su vida se alejaran. A lo largo del proceso, se han producido cambios significativos en su autoevaluación, observándose emociones más adaptativas como el autoconsuelo y el enfado asertivo. M ha podido responsabilizar a las figuras que no estuvieron presentes o la trataron de forma negligente, lo cual ha favorecido un cambio en su narrativa interna y un trato más compasivo hacia sí misma, impactando en la autoestima.

Cabe señalar que esta transformación emocional no se ha producido exclusivamente a través del uso de técnicas específicas, sino también gracias a la creación de un vínculo terapéutico seguro. La presencia, la validación emocional y la actitud empática ante la expresión de dolores nucleares y dificultades en la expresión emocional, han sido fundamentales para generar las condiciones necesarias para el cambio. Ofreciendo una respuesta distinta a la esperada, basada en la empatía, se genera transformación (Greenberg y Elliot, 2012; Jódar y Caro, 2023).

10.2. Limitaciones

En primer lugar, al tratarse de un estudio de caso único, las conclusiones extraídas no pueden generalizarse a otras personas ni contextos terapéuticos. Los

hallazgos obtenidos son representativos de la experiencia particular de la paciente y del encuadre clínico en el que tuvo lugar la intervención.

En relación con la intervención, cabe señalar que, si bien se han observado cambios significativos en variables como la autocrítica, la autocompasión y el acceso a emociones primarias, en las últimas sesiones del tratamiento se activaron nuevamente esquemas emocionales desadaptativos. Un ejemplo claro de ello fue la aparición de un ataque de pánico ante el temor a la pérdida en el contexto de su relación afectiva, lo cual reflejó que, a pesar del progreso, persisten vulnerabilidades emocionales que requieren un abordaje continuado. Esto indica que si bien se ha iniciado un proceso de transformación emocional, el trabajo terapéutico no está aún completamente consolidado.

En esta misma línea, no se ha realizado un seguimiento posterior al tratamiento, por lo que no es posible determinar con certeza si los cambios observados se mantendrán en el tiempo. El carácter evolutivo del cambio emocional requiere una evaluación longitudinal que excede los límites del presente trabajo.

Otra limitación hace referencia a la imposibilidad de controlar las variables externas que intervienen en la vida extra-terapéutica de la paciente, las cuales pueden influir de forma significativa en su estado emocional y en su evolución. Eventos vitales inesperados o factores contextuales pueden generar impactos que escapen al control del proceso terapéutico.

Por otro lado, si bien se han empleado instrumentos de evaluación estandarizados, es importante considerar que los resultados cuantitativos pueden no reflejar plenamente la complejidad y riqueza del mundo emocional de la paciente. Factores como el momento vital en que se cumplimentan los cuestionarios, el estado de ánimo o el nivel de disposición para responder pueden influir en los resultados.

Finalmente, a lo largo del proceso terapéutico se han integrado múltiples técnicas tanto de la Terapia Focalizada en la Emoción como del Focusing, lo que dificulta determinar de forma precisa qué procedimientos han sido más eficaces en la evolución de la paciente. La interacción entre distintas estrategias dificulta la atribución de los cambios a una técnica concreta.

10.3. Futuras líneas de investigación

A partir de las limitaciones señaladas en el presente estudio, se pueden proponer diversas líneas de investigación futuras.

Sería relevante realizar investigaciones que analicen el mantenimiento de los cambios terapéuticos a medio y largo plazo. Esto permitiría evaluar la estabilidad de los logros alcanzados.

Por otro lado, dado que en este caso se emplearon múltiples herramientas dentro del marco de la TFE y el Focusing, sería pertinente diseñar estudios que permitan aislar y comparar el efecto específico de cada una de estas técnicas. Esto ayudaría a determinar cuáles resultan más eficaces en función del tipo de problema presentado por el paciente.

Por último, puesto que este estudio se basa en un estudio de caso único, sería conveniente replicar la intervención en otros casos con características similares para comprobar la generalización de los resultados, así como comparar perfiles de pacientes para identificar qué tipo de sujetos pueden beneficiarse más de este enfoque combinado.

11. REFERENCIAS

- Acuña, F. (2022). *Focusing. Un proceso hacia la integridad*. Editorial Dunken.
- Adams, K. E. y Greenberg, L. S. (1996). Therapist's influence on depressed client's therapeutic experiencing and outcome [Paper presentation]. Forty-Third Annual Convention for the Society for Psychotherapy Research, St. Amelia Island, Florida, Estados Unidos.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C. Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliot, R., Schneider, K. y Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Study of the Child*, 29, 107-157.
- Bluth, K. y Blanton, P. (2014). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 1-12.
- Bowlby, J. (1989). *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge.
- Carryer, J. R. y Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190.
- Cornell, A. W. (1994). *The focusing guide's manual*. Focusing Resources.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experimental approach to change*. American Psychological Association.

Elliot, R. y Greenberg, L. (2021). *Emotion-Focused Counselling*. Sage Publications Lts.

Jódar Anchía, R. y Caro García, C. (2023). Manual práctico de terapia focalizada en la emoción. Desclée De Brouwer.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S. y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L. y D'Marzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4).

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. Bantam Books.

Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy*. The Guilford Press.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of form, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.

Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centred relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549.

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

Gordon, K. M. y Toukmanian, M. G. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 88-98.

Greenberg, L.S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2019). Theory of functioning in emotion-focused therapy. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (37-59). American Psychological Association.

Greenberg, L. S. y Elliot, R. (2012). Corrective experience from a humanistic-experiential perspective. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 85-101). American Psychological Association.

Greenberg, L., Elliot, R. y Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una visión de Conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5, 1-19.

Greenberg, L. S., Warnar, S. H. y Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counselling Psychology*, 55(2), 185.

Hendricks, M. N., «Focusing Oriented/Experiential Psychotherapy: Research and Practice», en Caín, D., Seeman, J. (Eds.). (2001). *Handbook of research and practice*. American Psychological Association.

Kricka, K. C. y Ikemi, A. (2016). Focusing-oriented psychotherapy: from research to practice. En Caín, D. J., Keenan, K. y Rubín, S. (Eds.). (2016). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2nd ed.). American Psychological Association.

Lakoff, G., Johnson, M. y Sowa, J. F. (1999). Review of Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought. *Computational Linguistics*, 25(4), 631-634.

López, C. y Ramírez, M. (2005). Apego. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 6(1), 20-24.

López Cavada, C. (2020). Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad Pontificia Comillas.

Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years*, 121-160. Chicago: University of Chicago Press.

Pascual-Leone, A. y Yeromenko, N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665.

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.

Román, F., Santibáñez, P. y Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment Human Development*, 2(1), 23-47.

Shahar, G. (2015). Erosión: The psychopathology of self-criticism. New York: Oxford University Press.

Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.

Sroufe, A., Szteren, L., y Causadias, J. (2014). El apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En B. Torres., J. M Causadia., y G. Posada, (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 27-39). Psimática.

Thompson, R. y Zuroff, D. C. (2004). The levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.

Tabibnia, G., Lieberman, M. D., y Craske, M. G. (2008). The lasting effect of words on feelings: Words may facilitate exposure effects to threatening images. *Emotion*, 8(3), 307-317.

Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge.

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K. y Mahón, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 59(1), 84-95.

Warwar, S. (2003). *Relating emotional arousal to outcome in the treatment of depression*. [Tesis de doctorado no publicada]. York University, Toronto, Ontario, Canadá.

Wok Kyeong, L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902.

Yarnell, L., Stafford, R., Jeff, K., Reilly, E., Knox, M. y Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.