



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Tratamiento de la autocrítica y de problemas interpersonales a
través de la Terapia Focalizada en la Emoción: Una visión general
del modelo y un estudio de caso.**

Trabajo de Fin de Máster

Autora: Beatriz Berjón Martínez

Tutora: Carlota E. Martín Sanz

Mayo de 2022

RESUMEN

El análisis de un caso derivado de la práctica clínica contribuye al conocimiento y divulgación de intervenciones eficaces, como la Terapia Focalizada en la Emoción. Este tratamiento se centra en producir un cambio en los esquemas emocionales que funcionan automáticamente frente a señales heredadas y aprendidas en la historia de vida. Con este objetivo, se presenta el caso de una mujer de 26 años con problemas interpersonales causados por la relación de pareja y una autocrítica marcada que interfiere en distintos contextos de su vida social y personal. Se enfatiza el empleo de tareas basadas en la empatía durante todo el tratamiento; y de tareas activas en aquellas narrativas más interferentes. Los resultados muestran una nueva auto-reorganización de las estructuras de memoria emocional, la reducción de la autocrítica gracias a la transformación de la emoción primaria desadaptativa y un mejor ajuste a la adaptación al vínculo con Jesús gracias al reconocimiento de sus necesidades en la relación. Se discuten los principales factores que contribuyeron al éxito del tratamiento y se ponen de manifiesto las limitaciones que conlleva un estudio de caso.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, Autocrítica, Problemas interpersonales, Transformación Emocional.

ABSTRACT

The analysis of a case derived from clinical practice contributes to the knowledge and dissemination of effective interventions, such as Emotion-Focused Therapy. This treatment focuses on producing a change in emotion schemes that operate automatically against inherited and learned signals in life history. To this end, we present the case of a 26-year-old woman with interpersonal problems caused by her couple's relationship and a marked self-criticism that interferes in different contexts of her social and personal life. It emphasizes the use of tasks based on empathy throughout the treatment; and active tasks in those narratives most interfering. The results show a new self-reorganization of emotional memory structures, reducing self-criticism due to the transformation of the Primary Maladaptive Emotion and a better adjustment to the bond with her partner due to the recognition of your needs in the relationship. We discuss the main factors that contributed to the success of the treatment and highlights the limitations of a case study.

Key words: Emotion-Focused Therapy, Self-criticism, Interpersonal Problems, Emotional Transformation.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Importancia del caso	4
1.2. Bases teóricas y metodológicas utilizadas en la evaluación y/o intervención	5
1.3. Objetivo del estudio e hipótesis	9
2. DISEÑO	9
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	11
4. PRESENTACIÓN DE CASO	11
5. ANTECEDENTES	12
6. FORMULACIÓN DE CASO	14
6.1. FASE 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del Cliente	14
6.2. FASE 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear	18
7. TRATAMIENTO, CURSO Y RESULTADOS	23
8. DISCUSIÓN	40
9. REFERENCIAS	42

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Importancia del caso

Lejos de los casos que suelen ilustrar los manuales de intervención psicológica, en el área clínica nos encontramos habitualmente con personas que no presentan un diagnóstico claro y diferenciado definido por los criterios del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (American Psychiatric Association, 2014). Desde la psicología humanista concretamente (enfoque desde el cual vamos a conceptualizar este estudio de caso), independientemente de que se cumplan ciertos criterios o no, centraremos la atención en el estudio de la persona a nivel global teniendo en cuenta los distintos factores que la conforman en su contexto vital. Dentro de este contexto, la mayoría de tratamientos psicológicos que se dan a nivel individual, familiar o de pareja, suelen tener como objetivo principal el aprendizaje sobre la gestión de problemas intra e interpersonales. Es decir, ayudar al paciente a mejorar su capacidad para relacionarse con sus *asuntos personales*, tal y como lo nombraremos.

Dada la prevalencia y cotidianeidad de estos motivos de consulta en terapia, cabe aclarar lo que entendemos desde la psicología como dificultades (intra)personales e interpersonales. En el primer caso, una forma de entender el origen de dichos asuntos intrapersonales es mediante las contribuciones de Carl Rogers al enfoque terapéutico humanista. De acuerdo a su *Teoría de la Personalidad* (1959), las personas tienen el propósito de buscar el equilibrio entre su autoconcepto (verdadero yo, “self”) y el ideal de sí mismo (“ideal del yo”), el cual se desarrolla haciendo referencia a algo que está fuera de nuestro alcance, ya que a lo largo de nuestro desarrollo nos vemos forzados a vivir bajo condiciones de valía donde solo recibimos recompensas positivas condicionadas (ej.: necesito la aprobación externa de mis padres afirmando que me he esforzado este curso para sentirme valioso, en vez de poder reconocerlo yo mismo). La discrepancia o distancia que existe entre el verdadero self (“yo soy”) y el self ideal (“yo debería ser”) recibe el nombre de *incongruencia* (o *neurosis*). Por lo tanto, cuanto más cercanas se encuentran ambas definiciones, más congruentes son las personas y más valía personal sienten que tienen (Rogers, 1959).

En el caso de los conflictos interpersonales, estos se producen en los procesos de interacción con otras personas y por lo tanto, son una parte inevitable en nuestra vida debido a la necesidad humana innata de existir dentro de una sociedad y adquirir un

sentido de identidad colectiva. A pesar de que partimos de la base de que a lo largo de nuestra vida vamos a tener que convivir con este tipo de problemas, es frecuente que nos encontremos con personas que eviten o reaccionen de forma inadecuada a dichos conflictos (Pereira, 2008). Estas reacciones emocionales con una intensidad desajustada pueden dar lugar a sentimientos de culpa, impotencia, enfado o decepción que surgen al no haber sabido gestionar el conflicto ni resolverlo. Ahora bien, si tenemos claro que ocasiona tantas consecuencias emocionales negativas, ¿por qué algunas personas no responden adecuadamente a sus problemas interpersonales? Desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), sin embargo, se habla de una serie de memorias emocionales de la experiencia afectiva vivida que organizan la reacción automática (adaptativa o desadaptativa) de la persona y que son codificadas en esquemas de emoción a través del aprendizaje cultural (Greenberg, 2010), tal y como veremos más adelante.

Independientemente de los recursos psicológicos o eventos emocionales de los que parte cada persona, las consecuencias de una falta de comprensión sobre lo que estos asuntos personales requieren de nosotros, son inevitables. A lo largo de este estudio de caso vamos a tratar de recoger, comprender y guiar a la paciente en el proceso de aprendizaje de relacionarse con ella misma y sus asuntos, lejos de centrar nuestra atención en mejorar síntomas concretos, de forma que nuestra paciente pueda beneficiarse y entender la terapia como una experiencia emocional correctora.

La importancia de este estudio de caso también recae en la utilidad de contar con proyectos cuyo contenido aporta una base teórica hasta el momento poco conocida, contrastada en un caso clínico como es la TFE. Hasta el momento existen numerosas investigaciones sobre el funcionamiento de la terapia y el éxito terapéutico tras su aplicación en adultos y parejas (Paivio y Nieuwenhuis, 2001; Wiebe y Johnson, 2016), sin embargo, la comunidad científica carece de descripciones de casos con su correspondiente formulación y planificación de la intervención desde la TFE.

1.2. Bases teóricas y metodológicas utilizadas en la evaluación y/o intervención

Para entender la conceptualización de este estudio de caso tenemos que remontarnos al origen y desarrollo de la Psicología Humanista. Este enfoque se constituye como la tercera rama principal dentro del campo general de la psicología, tras el psicoanálisis y el conductismo, gracias a las aportaciones de A. H. Maslow., Ch. Buhér y R. May, quienes fundaron en 1961 la Asociación Americana de Psicología Humanista

(AAHP) (Zalbidea et al., 1990). En cuanto a las influencia previas sobre este enfoque, Hillner (1984) distinguió algunas más directas y positivas de las cuales se asumieron presupuestos importantes para la Terapia Humanista, como las ejercidas por la psicología de la Gestalt o posturas psicoanalíticas Neo-Freudianas menos ortodoxas (Adler, Horney Erikson). Esta terapia se relaciona también con las concepciones filosóficas que resaltan la dignidad del ser y colocan al ser humano como centro de su interés, como el existencialismo y la fenomenología. En este contexto, la “tercera fuerza” debía configurarse en torno a principios concretos como: centrar la atención en las vivencias subjetivas de la persona y en su experiencia; defender y destacar las cualidades genuinamente humanas (la creatividad, la elección, la autorrealización...); estudiar los problemas relevantes para la vida humana, enfatizar la dignidad y valor de la persona y desarrollar las potencialidades inherentes a su condición humana; tal y como apuntan Buhler y Allen (1972).

Carl Rogers (1961), considerado el precursor del enfoque humanista, afirma mediante la *Terapia Centrada en el Cliente* (1990) que el cambio y desarrollo psicosocial del cliente en el mundo surge de la experiencia adquirida en una relación gracias a tres condiciones o actitudes básicas que favorecen este desarrollo: *autenticidad* o *congruencia*, entendido como la capacidad de ofrecer a la persona los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí, mostrándome tal cual soy para que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad; *aceptación positiva incondicional*, independientemente de su condición o conducta, creando un clima de respeto como persona distinta y valiosa; y *comprensión empática*, de sentimientos y expresiones como aparecen en ese momento, de forma que el cliente pueda sentirse libre de toda evaluación moral o diagnóstica (Rosso y Lebl, 2006). Uno de los constructos más destacados dentro de la teoría de Rogers es la *tendencia actualizante*. Esta idea destaca el carácter individual y a la vez universal de la persona; es decir, esta tendencia va a ser siempre única para cada persona y, al mismo tiempo, una tendencia motivacional en todos los organismos (Ortiz López, 2010).

El desarrollo de este nuevo enfoque dentro del campo de la psicología ha dado pie a distintos investigadores para formular nuevas terapias más concretas que incorporan fundamentos teóricos y la práctica clínica de aproximaciones neo-humanistas y existenciales, como la *Terapia Focalizada en la Emoción* (TFE), la cual vamos a describir y a utilizar como marco de referencia en el desarrollo y análisis del presente estudio de

caso. La TFE, *Emotion-Focused Therapy* (Elliot et al., 2004), es un enfoque procesual-experiencial de psicoterapia desarrollado por Greenberg y sus colegas que revisa los fundamentos epistemológicos de las terapias humanistas a partir del constructivismo, la neurociencia y teoría moderna de la emoción (Lane et al., 2015).

La TFE implica el trabajo con la percepción, cognición, conducta, experiencia corporal, y sobre todo, con las emociones, que dan forma a las reacciones de la persona y constituyen sus procesos de auto-organización y construcción del sí mismo (*self*) (Caro y Hornillos, 2015). Dentro de este campo, las emociones cobran una gran relevancia, ya que nos ayudan a procesar adaptativamente la información a nuestro alrededor (posibles peligros o preocupaciones), nos informan acerca de nuestras necesidades, nos ayudan a establecer y priorizar metas, y constituyen tendencias a la acción de base biológica (Greenberg, 2010). Esta terapia se centra en ayudar al paciente a explorar sus memorias emocionales de la experiencia afectiva vivida y sus estructuras subyacentes, es decir, sus esquemas emocionales. “Los esquemas de emoción son unidades de respuesta organizadas y productoras de experiencia almacenadas en redes de memoria” (Greenberg, 2010). Estos esquemas se forman a partir de eventos emocionales significativos, como por ejemplo traiciones o abandonos, que dan lugar a reacciones emocionales intensas. Cuanto más elevada sea la activación que produce la emoción, con más facilidad se formará una conexión entre la emoción y la memoria sobre el sí mismo en la situación evocadora. La respuesta emocional que resulta puede ser recreada una y otra vez, de forma que cuando aparece una señal a lo largo del tiempo que actúa como recordatorio, el evento activa de nuevo esta respuesta. El procesamiento emocional esquemático es el objetivo de la intervención y del cambio terapéutico desde la TFE, actuando desde los esquemas emocionales que se han convertido en desadaptativos por el aprendizaje traumático cuando uno o más elementos del esquema (corporales, situacionales, conceptuales, afectivos, o de acción) no están simbolizados en el *darse cuenta* (Greenberg et al., 2009).

Otra característica importante de esta terapia es el enfoque diagnóstico procesual que la caracteriza, que hace referencia tanto a la emoción momento a momento como a los distintos estados emocionales que se dan durante la sesión. La TFE propone cuatro clases diferentes de respuesta emocional a la hora de evaluar las emociones momento a momento: *emoción primaria adaptativa* (EPA), respuestas básicas, sanas, viscerales y valiosas (siento alegría tras un ascenso en el trabajo); *emoción primaria desadaptativa*

(EPD), emociones también primarias pero no saludables que corresponden a acontecimientos del pasado y se han quedado latentes (respuesta exagerada ante una caricia años después de ser víctima de abuso sexual); *emoción secundaria reactiva*, tipo de emoción defensiva encargada de tapar una emoción primaria o de tratar que no se perciba o acepte para “protegernos” de ella (sentir ansiedad por tratar de evitar un enfado) y *emoción instrumental*, expresadas para conseguir algo a cambio y aprendidas gracias a los beneficios que nos pueden aportar usarlas (mostrar tristeza cuando buscas la atención de la otra persona) (Greenberg y Safran, 1987). Dado que existe un amplio rango de experiencias y reacciones emocionales, el terapeuta utilizará distintas intervenciones que sean acordes con las que presente la persona y que le permitan entender y transformar su experiencia esquemática de la emoción, reevaluar sus recuerdos y exponer estas estructuras a respuestas emocionales más adaptativas.

Sin embargo, lo que caracteriza definitivamente a la TFE es una intervención guiada por *marcadores*. A medida que se desarrolla el tratamiento emergen los temas centrales y se desarrolla un foco sobre las señales implícitas a los problemas presentados. Se han identificado los siguientes marcadores principales: *Reacciones problemáticas*, frente al desconcierto ante una respuesta emocional/conductual hacia una situación particular (“De camino a terapia vi a un niña de la mano con su madre, me sentí tremendamente triste y no sé por qué”); *Una sensación sentida poco clara*, donde la persona habla desde la superficie de su experiencia, se siente confusa respecto a esta e incapaz de alcanzar una sensación clara (“Tengo ese sentimiento otra vez, pero no sé qué es”); *Escisión por Conflicto o Autoevaluativa*, en el cual un aspecto del *self* es crítico o coercitivo en relación con otro aspecto (“Me siento inferior a mi hermana, es como si toda mi familia la prefiriera a ella por sus logros”); *Escisiones Autointerruptoras*, que ocurren cuando una parte de sí mismo interrumpe o limita la experiencia y la expresión emocional (“Siento que me vienen las lágrimas, pero las sujeto y me las trago, me niego a llorar”); *Asuntos inacabados*, que implican la verbalización de un sentimiento no resuelto y persistente hacia otra persona significativa, expresado con una gran implicación afectiva (“Mi madre es nadie para mí. Desde pequeñas sus viajes y sus amigas eran lo más importante, el dinero no lo invertía en nosotras”). *Vulnerabilidad*, estado en el cual el *self* se siente frágil, avergonzado o inseguro sobre algún aspecto de su experiencia (“No me queda, estoy terminado. No hay forma de que pueda continuar”) (Greenberg et al., 2009; Greenberg, 2010).

La TFE ha evolucionado hasta convertirse en uno de los tratamientos basados en la evidencia reconocidos para la depresión y problemas de pareja, así como presuntamente para la traumatización, los trastornos de la alimentación, los trastornos de ansiedad y los problemas interpersonales (Greenberg, 2010). En comparación con otros tratamientos, la TFE consta de la integración de los abordajes centrado en el cliente, gestáltico y existencial (Greenberg, 2002). La incorporación de la teoría del apego, la importancia de los procesos interpersonales y la reparación de las rupturas de la alianza como parte del proceso hacen que esta terapia también cuente con rasgos psicodinámicos. Es similar al enfoque cognitivo-conductual en cuanto a la exposición de la emoción evitada; sin embargo, se diferencia en que toma la emoción como principal influencia sobre la producción del pensamiento y de las creencias, que al contrario. Otra diferencia importante es que pone el énfasis en el cambio y en el proceso dentro de la sesión, en vez de fuera de esta (con tareas para casa, por ejemplo) (Greenberg, 2010).

1.3. Objetivo del estudio e hipótesis

El objetivo de este proyecto, principalmente, es comprender y analizar el transcurso de la aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción en una población y problemática concreta que se describen en el apartado “Presentación de caso”, y bajo condiciones no controladas, dadas las características propias del estudio. También se pretende documentar la viabilidad y la eficacia preliminar de una intervención psicológica novedosa, como la TFE. Por último, el objetivo a largo plazo implicaría ampliar los datos sobre la efectividad clínica y la generalización de las intervenciones basadas en este modelo de terapia psicológica concreto.

Como hipótesis principal, se espera que haya una mejoría cualitativa tras la aplicación de intervenciones específicas en este caso clínico, reflejada mediante cambios verbalizados en sesión, en el contenido de la narrativa y en la transformación de las emociones.

2. DISEÑO

El diseño de investigación utilizado es un estudio de caso clínico, común en las ciencias sociales como método de investigación cualitativa. Este diseño se basa en la descripción y análisis del proceso de intervención o una parte de él en un caso o conjunto de casos clínicos, con el objetivo de valorar la adecuación de la intervención y el grado

de ajuste a la evidencia disponible. Concretamente, este estudio de caso trata de ilustrar un modelo de evaluación e intervención psicológica mediante un ejemplo de aplicación concreta, documentar la viabilidad y la eficacia preliminar de las intervenciones desde la TFE, y ampliar la información sobre la efectividad clínica de esta terapia.

El estudio se llevó a cabo en la UNINPSI (Unidad de Intervención Psicosocial), en Madrid. Se trata de uno de los centros sanitarios más importantes en psicoterapia y psicología clínica de la ciudad por su pluralidad en la intervención según distintas escuelas en psicología (Psicoterapia Psicoanalítica, Psicoterapia Humanista, Terapia Sistémica y Terapia Cognitivo Conductual), por la formación de sus profesionales (psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos clínicos, logopedas y psicopedagogos) y por sus instalaciones. Nuestra paciente se puso en contacto con el centro mediante correo electrónico y se la asignó una primera entrevista con uno de los dos psicoterapeutas encargados de esta primera toma de contacto. Lo que se busca en esta primera entrevista es recoger toda la información posible sobre el motivo de consulta para valorar las dificultades encontradas y poder sugerir la intervención (con su correspondiente terapeuta) más adecuada en cada caso. Tras finalizar la entrevista, al cabo del menor margen de tiempo posible, a la paciente se le asigna el terapeuta cuyo enfoque terapéutico preveamos que se vaya a adaptar mejor a su problemática.

La paciente fue atendida por una terapeuta con formación y experiencia previa en TFE, y por una coterapeuta alumna en prácticas del *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria*. Respecto a la terapeuta, lleva ejerciendo la psicoterapia desde hace 7 años, habiendo logrado la cualificación nivel C como terapeuta de TFE, experta en mindfulness y compasión. Actualmente, además de ejercer como psicóloga, es doctorando en empatía y es profesora en la Universidad Pontificia de Comillas. La coterapeuta cuenta con el grado en Psicología bilingüe por la Universidad Complutense de Madrid y tras haberse formado con el máster habilitante, continúa su formación *Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y en Terapia Focalizada en la Emoción* en la Universidad Pontificia Comillas. Además, cabe añadir que cada sesión de este caso es observada y supervisada por un equipo de tres psicólogos más en formación con una cualificación igual a la de la coterapeuta.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética, asegurando el cumplimiento de los requisitos éticos de una investigación de estas características, tales

como el consentimiento informado del sujeto y el compromiso de confidencialidad por parte del alumno y del director del proyecto, donde ambas se comprometen a la correcta custodia de los datos de acuerdo con la legislación actual.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Desde la TFE cabe destacar por encima de cualquier otra medida de instrumentos validados y estandarizados, la evaluación del proceso terapéutico. Esta evaluación del proceso implica atender a aspectos no cuantificables pero primordiales y definitorios. Estos factores se estudian a lo largo del todo el proceso terapéutico, siendo algunos más relevantes en el inicio (crear alianza terapéutica), otros necesarios a lo largo de todo el tratamiento (sintonización empática, presencia terapéutica y atención plena) y otros en etapas más desarrolladas de la intervención (establecimiento de metas/tareas). Es por esto por lo que desde la primera sesión hacemos un análisis del procesamiento emocional esquemático de la paciente que contrastaremos con el estado final de este procesamiento a nivel cualitativo.

4. PRESENTACIÓN DE CASO

Clara es una chica de 25 años de Madrid que vive con su pareja, Jesús, de su misma edad y con la perra que adoptaron juntos. Se mudaron poco antes de comenzar la terapia y por primera vez están compartiendo la experiencia de convivir en la misma casa, después de 7 años de relación. Antes vivía con sus padres, con quien tenía una relación complicada, especialmente con su madre. Sus padres están casados pero no tienen una buena convivencia, hacen vida juntos en la misma casa sin hacer vida de pareja. La paciente trabaja en una empresa de marketing digital desde que terminó la carrera, donde está contenta con el ambiente y en el ámbito social, pero no entusiasmada con sus labores profesionales. Al contrario que su pareja, que estudió derecho y trabaja muy apasionado en el mismo bufete que su madre, quien también ejerce como una abogada de prestigio. Los padres y la hermana de Jesús siempre han aceptado y apoyado la relación de ambos, incluyendo a Clara en todo tipo de planes. En cuanto a su red social, la paciente cuenta con buenos amigos desde el colegio, formando un grupo que mantiene y donde se siente muy apoyada. El trabajo y sus compañeros/as también le proporcionan una vida social de calidad.

La paciente acude a terapia sin un motivo de consulta concreto, sin embargo, habla de ciertas áreas de su vida, situaciones y comportamientos propios que ha ido observando y que le han traído a terapia (*“Estoy bien, pero siento que hay cosas que puedo trabajar o que necesito hablar”*). Una de las primeras cosas que menciona que le gustaría cambiar es su introversión y cómo le limita (*“No soy tímida pero soy introvertida. Con determinados patrones de personas me quedo un poco parada, no estoy relajada, siento angustia. Me gustaría sentirme más segura”*). Por otro lado, también dedica mucho tiempo de la primera sesión a hablar de la relación con su madre, lo que supone en su día a día y lo que implica en sus relaciones (*“Mi madre me ha regañado siempre, tenía que ser todo perfecto. “Siento que he sido mala persona con ella y que me está afectando en otras cosas”*). Esto lleva a Clara a hablar del siguiente motivo consulta, siente que rechaza el cariño que le da su pareja porque le recuerda a la dinámica que tuvo con su madre (*“Con mi pareja estoy notando algo parecido, es muy cariñoso y lo vivo como algo pesado”*), situación que expresa como un problema (*“Me cuesta mucho entender que alguien sea afectivo conmigo”*). En cuanto a su relación, también destaca estar encontrándose con muchos problemas de convivencia y “pequeños roces” constantes con Jesús debido a la reciente decisión de empezar a vivir juntos después de casi ocho años de relación. Por último, la paciente también nos menciona el gran complejo que ha sufrido desde la adolescencia con el acné y que le gustaría trabajar en sesión (*“Mi estado de ánimo depende de cómo me vea la piel, me condiciona mucho”*. *“Aunque lleve dos meses sin granos, me reviso cada mañana”*).

La paciente acude a consulta motivada y con un gran interés en “conocer mejor por qué se comporta de cierta forma”, y en conocerse a sí misma. Es la primera vez que inicia un proceso terapéutico, así que nos encargamos de contarle cómo funciona y qué es lo que se espera de ello, especialmente desde la TFE. Entendemos entonces que desde este enfoque, algunas de las líneas de trabajo que podríamos plantearnos y comenzar explorando por lo que nos cuenta Clara en la primera sesión son un posible crítico asustador, un asunto no resuelto con su madre y su relación de pareja, a priori.

5. ANTECEDENTES

Uno de los problemas principales que la paciente trae a consulta y que consideramos el antecedente más relevante, es la relación de sus padres y la de Clara con cada uno de ellos. Nos cuenta desde la primera sesión que desde pequeña su madre ha

ejercido mucho control en su vida (*“Me tenía que elegir todos los días la ropa”, “Me cortaba la comida siempre porque decía que yo no sabía o porque podía cortarme”*). También la describe como una mujer muy insegura, complicada y rígida (*“Solo me llama para contarme cosas malas”, “Tiene que ser todo como ella diga”*). Otro rasgo característico de su madre es una gran obsesión por la limpieza (*“Mi madre es extremista, muy perfeccionista, (...) me ha regañado siempre”*). Clara también ha observado que su madre depende mucho de ella (*“Se siente muy sola, cuando me fui de casa me dijo “te apoyo con que te quieras mudar, pero eres mi persona””*). Por otro lado, la paciente también la describe como una persona cariñosa y buena (*“Se pasa de buena, todo el mundo se aprovecha de ella”, “Me da pena porque es muy buena y la trato mal”*).

En cuanto a su padre, Clara destaca un cambio muy importante en su personalidad desde la comunión de ella. Pasó a verle como una persona “fácil al vicio” tal y como describe, empezó a pasar mucho tiempo en el ordenador cuando estaba en casa, bebiendo todos los días y fumando desde siempre (*“Bebe mucho todos los días y creo que es una forma de evadirse, por las mañanas se abre una cerveza”, “Desde mi comunión mi padre cambió y empezó a darse a esos vicios”*). Por otro lado, también comenta que en algunos aspectos padre e hija son muy iguales (*“Somos más tranquilos y racionales”*).

La paciente también dedica un espacio importante para hablar del matrimonio de sus padres. Por lo que nos cuenta, se trata de un vínculo basado en dependencia mutua y discusiones constantes (*“Nunca he visto amor en casa, (...) duermen en habitaciones distintas desde hace años”, “No recuerdo que mis padres se hayan llevado bien nunca”, “Han acabado muy quemados, (...) se quieren pero se tratan mal”*). Clara describe una relación de pareja donde la madre trata de controlar lo que hace su marido, adoptando un rol más crítico y autoritario; mientras que su padre prefiere optar por la pasividad y la evasión frente a estas exigencias (*“Ninguno es peor que otro pero se tratan fatal”, “Siempre he querido que se separaran”*).

A un nivel más personal e individual, Clara siempre ha sufrido de acné en la adolescencia, un problema que ha trascendido hasta el punto de comprobar todos los días por la mañana si su piel ha mejorado o empeorado. Según nos cuenta, duró muchos años y supuso una gran fuente de inseguridad para ella, llegando a preferir quedarse en casa antes que salir con sus amigos por este problema. Sin embargo, no nos habla de ninguna

repercusión ni consecuencia a nivel social actualmente. Es más, insiste en que mantiene a sus amigos del colegio con los que tiene una relación muy sólida.

6. FORMULACIÓN DE CASO

En este apartado entenderemos cada problema en profundidad, plantearemos posibles hipótesis sobre su origen, intentaremos dar explicación a cómo se ha mantenido en el tiempo y cómo ha evolucionado a lo largo del tratamiento. Para lograrlo, nos centraremos en la formulación del caso de Clara desde la perspectiva de la TFE, atendiendo a actividades específicas durante el curso del tratamiento, como: atender y observar los estados emocionales de la paciente, formando un marco conceptual que facilite entenderlos y usando esta información para proponer actividades que resuelvan sus dificultades emocionales. Además, desarrollaremos la formulación del caso en dos fases distintas con una serie de pasos concretos y competencias necesarias para la formulación (Goldman et al., 2016).

6.1. FASE 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente

El objetivo en esta fase es explorar la historia de los problemas actuales de Clara, guiándonos por nuestra propia “brújula del dolor”, mientras escuchamos y sintonizamos empáticamente con su historia, de forma que nos permita conocer aquello que aflige a la paciente y la estancia.

Familia

Tal y como se ha descrito anteriormente, la relación madre-hija se caracteriza por el control y sobreprotección que ejerce la madre de Clara sobre ella, fruto de una gran inseguridad personal que la propia paciente identifica, con una fuerte dependencia hacia Clara, quien representa para la madre su principal fuente de seguridad. Al mismo tiempo, la paciente también reconoce la parte cuidadora, protectora, cariñosa y bondadosa que le proporciona su madre. Gracias a la descripción de este vínculo en sesiones concretas podemos hipotetizar sobre un estilo de apego ansioso y ambivalente entre Clara y su madre, donde la paciente habría crecido recibiendo mensajes y sentimientos contradictorios por parte de su madre, quien representa uno de sus cuidadores principales. Esta ambivalencia que genera tanta angustia en la niña (y, posteriormente, en la futura adulta) se refleja en la inconsistencia de las conductas de cuidado y seguridad. Esto

aparece en muchos de los ejemplos que escuchamos en la narración de la paciente donde la madre se muestra cálida, comprensiva y cuidadora, pero al mismo tiempo le devuelve a Clara la idea de que el mundo es peligroso (“*ten cuidado con...*”, “*te vas a cortar*”), de que no es autosuficiente (“*me elegía la ropa todos los días*”), de que no es suficientemente buena o capaz, expresado mediante una actitud crítica y rígida ante las decisiones y el comportamiento de Clara, y de que su estabilidad emocional depende de ella, de su hija. Las consecuencias de haber establecido este vínculo durante su infancia se reflejan desde la adolescencia hasta los últimos años que la paciente vive en casa de sus padres. Clara se identifica a sí misma como una adolescente complicada (“*Contestaba y gritaba por tonterías, era muy rebelde*”), también habla del trato distante que ha tenido con su madre (“*Siempre me he llevado mal con ella, no la miro a la cara. Sé que le estoy haciendo daño, pero siento un bloqueo y rechazo, es muy frío*”).

Sobre la relación con su padre, Clara no expresa la suficiente información como para confirmar un estilo de apego determinado. Sabemos que tiene un buen recuerdo de pequeña y que ella ha crecido pareciéndose más a él. Sin embargo, las estrategias de evitación puestas en marcha por el padre para evadirse de la mala relación con su mujer (alcohol, tiempo en el ordenador, vida en habitaciones distintas...) nos ayudan a hipotetizar sobre una posible dificultad a la hora de sostener el mundo emocional y las necesidades de Clara. La paciente también expresa lo siguiente sobre su madre (“*Solo me escucha cuando pasa algo malo, cuando le cuento que estoy bien, no me escucha*”), asumimos que no se ha sentido “vista”, comprendida o atendida en su ambiente familiar, con una clara ausencia de figuras de apoyo y cuidado durante su crecimiento.

Pareja

Otra de las narrativas que protagoniza la mayoría de las sesiones de Clara es la relación con su pareja, Jesús. Ya en la primera sesión la paciente habla de la dificultad que le supone ser cariñosa con él. A un nivel más superficial, a lo largo de las sesiones habla de la gran diferencia que encuentra en la repartición de las tareas de casa, lo mucho que esto está complicando la convivencia y les está distanciando como pareja (“*No es capaz de ver ciertas cosas que para mí son evidentes*”, “*Me hace sentir que soy yo la que no gestiona bien la situación*”). Al incluir a un nuevo miembro en la familia, su perra, Jesús decide implicarse más en las tareas de casa, pero esto no deja de ser una solución momentánea, ya que Clara continúa compartiendo con nosotras lo desatendida e invalidada que se siente en casa (ayudamos a poner en palabras esto). Posteriormente, la

paciente nos habla de otros aspectos relacionales que se están poniendo en juego, como un posible rechazo ante la evolución personal y profesional de su pareja. Siente que la mayoría de temas de conversación, fuera y dentro de casa, ahora giran en torno a su trabajo, derecho, dinero, política... Todo aquello que la paciente nombra como “superficial”. A pesar de que en el transcurso de las semanas y de las sesiones nota mejoras en su relación de pareja, este rechazo hacia Jesús sigue muy vivo y se materializa en situaciones como llegar a casa del trabajo y evitar tener conversaciones con él, pasar tiempo juntos o hablar de ellos como pareja. Clara asociaba este comportamiento al estrés que está sintiendo en el trabajo, sin embargo es capaz de reconocer que lo que ocurre en el fondo es que no disfruta pasando tiempo con él.

Es muy probable que en el momento en el que la paciente siente que “algo no le encaja del todo” o “no es como ella espera”, automáticamente concluya que “nada va a funcionar”. Para entender esto es importante tener en cuenta que Clara no ha podido interiorizar un vínculo estable y seguro durante su crecimiento (madre coercitiva y ambivalente, padre algo ausente), y que por lo tanto, sea difícil para ella comprender que el vínculo puede no ser estable momentáneamente sin que ello signifique el fin de la relación. La herida nuclear se dispara y la solidez de los vínculos que ha interiorizado se disipa, no siente que permanezca el vínculo. Esto explica que cuando vuelve a sentirse vista (“*Me ayuda en casa*”, “*Me espera para cenar*”) para ella las cosas vuelvan a estar bien de nuevo. Podríamos explicar este asunto en términos de desregulación emocional o una crisis de significado, donde Clara podría estar hiperregulando y evitando el contacto con ciertas emociones que vienen dadas por un cambio radical relacional con Jesús.

Actualmente

Otra experiencia emocional dolorosa que describe Clara en numerosas sesiones es la gran inseguridad que siente en distintas situaciones y con rasgos de su personalidad y físico, ya desde la primera sesión (“*No estoy relajada con determinados patrones de personas, me pongo muy nerviosa*”). Este “patrón” que ella misma califica está definido por mujeres de una edad parecida a la suya y con características concretas: superficiales, “pavas”, divertidas, con vidas interesantes... Sobre todo, lo que todas tienen en común es que son mujeres con mucha presencia y aparente seguridad en sí mismas. Dentro de este grupo menciona a algunas compañeras del trabajo (“*Estoy más pensando en cómo actuar que en estar tranquila porque creo que me están juzgando*); a la novia de un chico de su grupo (“*Cuando cuenta cosas es como que siento que yo no soy tan “guay”, que soy más*

aburrida comparado con lo que está contando) y con la hermana de su novio (*“Le cuento mis cosas por encima porque siento que mi vida no es tan interesante”*). En estos casos refiere que se siente “pequeñita”, poco efusiva, apagada, juzgada, tensa, angustiada y que no es ella misma (*“Siento que lo que soy difiere mucho de lo que hay en la sociedad”*). Por otro lado, también se siente culpable cuando se refiere a ellas de esta manera (*“Seguro que tienen su mundo interior (...). A mí no me gustaría que me etiquetasen y no se esforzasen en conocerme”*). También nos habla de lo mucho que le cuesta relacionarse en eventos con mucha gente como fiestas, cumpleaños o ratos después del trabajo (*“Siempre soy la que se va a casa y se justifica cuando todo el mundo sale”*) y cuando la atención gira puntualmente en torno a ella en estas situaciones (*“Siento mucha presión por ser decir algo ingenioso, es como si me quedara en blanco”*).

Otra gran fuente de inseguridad a nivel físico es el acné que ha sufrido durante toda su adolescencia, llegando a pensar durante mucho tiempo que esto le hacía ser mucho menos valiosa (*“No entiendo por qué la gente quiere ser mi amiga si tengo granos y doy asco”*, pensaba en esta época). Actualmente revisa cada mañana cómo tiene la piel. Por otro lado, siente miedo y vergüenza (tal y como nombra ella) cuando piensa y le devuelve a Jesús muchos comentarios respecto a lo que le exige en casa y que son una reproducción de lo que le decía su madre a Clara (*“Mi madre es extremista y perfeccionista, siempre me ha quejado (...) ahora eso me lo están diciendo a mí”*, *“He sufrido mucho (...), siempre he buscado ser todo lo contrario a mi madre”*). En este caso, podríamos conceptualizar la problemática como parte de un procesamiento emocional desadaptativo donde la estructura emocional esquemática (vergüenza) que usa la paciente para auto-organizarse es el resultado del establecimiento del apego inseguro con sus padres, idea que desarrollaremos más adelante.

Ante estas experiencias observamos durante las sesiones un alto nivel de regulación emocional por parte de Clara que se expresa en gran medida gracias a las estrategias de afrontamiento que pone en marcha: con su madre “desconecta” de lo que le cuenta cuando hablan y evita el contacto físico, también justifica a ambos padres en su narrativa destacando lo bueno que le aportan; respecto a su pareja, se distancia física y emocionalmente cuando no siente un vínculo seguro en su relación; por último, en cuanto a la inseguridad que siente Clara opta por no dar su opinión en muchas conversaciones o forzarla a darla en otras ocasiones, se fuerza a asistir eventos sociales, adapta su personalidad al entorno en vez de mostrarse como es, da muchas explicaciones antes de

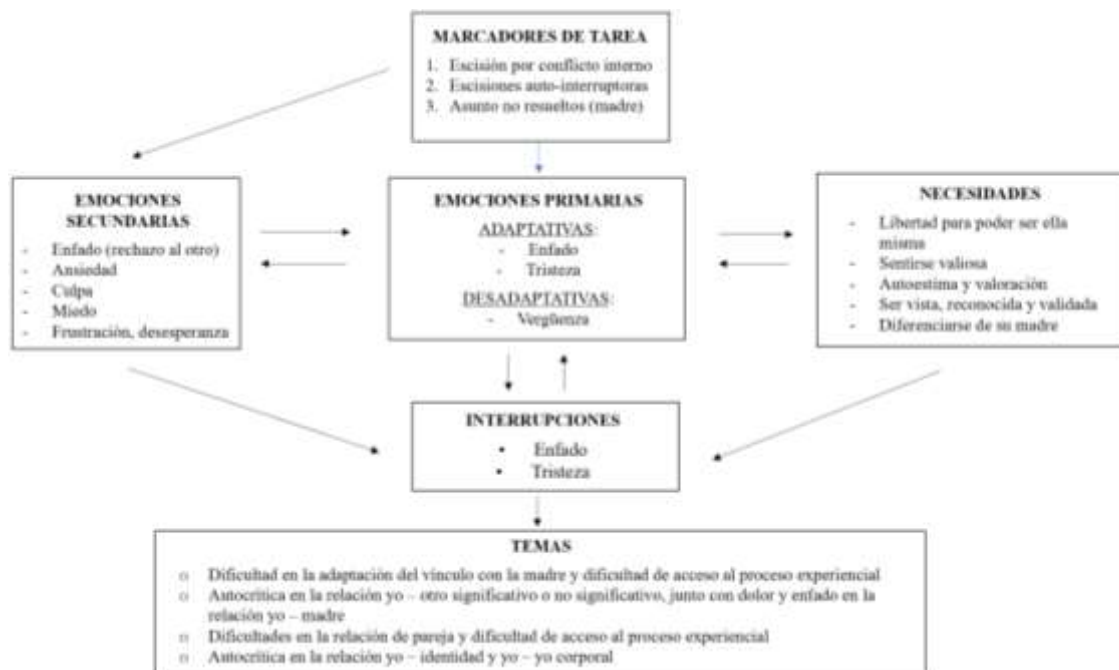
marcharse a casa o suprime esta necesidad por no justificarse y complacer al grupo. La paciente podría usar esta hiper-regulación emocional a través de la racionalización como forma de protegerse de las sensaciones desagradables y del dolor emocional. El modo narrativo de Clara es generalmente enfocado en la mayoría de las sesiones, de forma que es capaz de construir un significado de sus experiencias uniendo su sensación sentida y emoción respecto a la situación. Esto nos ayuda a confirmar que el nivel de implicación experiencial durante las sesiones se caracteriza por la atención interna, la expresión activa, la auto-reflexión y la acción emergente.

6.2. FASE 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear

En esta fase analizaremos las auto-organizaciones de la paciente, que actúan como determinantes principales de sus dificultades. Esto lo logramos gracias a la exploración del malestar emocional más conmovedor y atendiendo a los marcadores de problemas de procesamiento emocional específicos. Agruparemos esta información integrando seis categorías experiencia y procesos de Clara que conforman el acrónimo *MENSIT*: (M)arcador de tarea, (E)mociones primarias, (N)ecesidades, emociones (S)ecundarias, (I)nterrupciones y (T)emas). En el caso de nuestra paciente, la configuración del foco terapéutico formaría el siguiente esquema (Figura 1), que se desarrolla posteriormente:

Figura 1

Elementos de la narrativa del foco terapéutico en la formulación del caso.



En el MENSIT observamos que gracias al despliegue de narrativas de base emocional de Clara podemos conocer aquellos estados de procesamiento emocional problemáticos que se reflejan en ciertos “Marcadores de tarea” concretos. En este caso encontramos dos tipos de *escisiones*, descritas en el orden en el que han aparecido en el curso natural del proceso terapéutico: *por conflicto interno o autoevaluativas*, donde un aspecto de Clara es crítico o coercitivo en cuanto a su identidad y su aspecto físico. La paciente nos habla desde un principio sobre su disconformidad con su introversión, lo invalidada e invisible que se siente a veces con su pareja, lo poco valiosa y reemplazable que le hizo sentir su aspecto físico (acné persistente) y sobre su necesidad de sentirse más segura de sí misma frente a ciertas personas, en contextos sociales y en las interacciones interpersonales. Por otro lado, también encontramos la *escisión autointerruptora*, donde una parte de Clara reprime la expresión emocional del enfado y de la tristeza, lo cual dificulta la resolución de problemas y enquistan las dificultades en el procesamiento emocional. La paciente deberá llegar a negociar con esta parte interruptora para que le permita contactar con sus *asuntos no resueltos*, nuestro tercer marcador. Este se identifica, en primer lugar, gracias a la declaración de un sentimiento persistente y no resuelto hacia otro significativo: la madre de Clara, en este caso. La paciente habla de la relación con su madre en el pasado (exigencia, control, sobreprotección, dependencia, a la par que generosidad, ternura y cariño) y de ciertas reacciones emocionales y conductuales en el presente (retirada del contacto, evitación de la vulnerabilidad e intimidad, actitud defensiva...) que surgen como consecuencia de ese vínculo y que confirman dicho marcador. Es importante tener en cuenta que el orden de aparición de los marcadores no determina el orden de intervención, tal y como se explica en el apartado 8 (Intervención, curso y tratamiento) de este estudio de caso.

Los marcadores mencionados anteriormente dan lugar a explorar una serie de emociones del proceso experiencial, que pueden ser primarias o secundarias, adaptativas o desadaptativas. La narrativa de Clara pone de manifiesto en primer lugar “Emociones Secundarias”, tales como: enfado ante la cercanía de su madre; ansiedad y angustia frente a personas que transmiten una seguridad que le hace “sentirse pequeña” o ante la idea de conducir de nuevo después de un tiempo; culpa por sentir que está tratando mal a su madre y que juzga a otras mujeres; y frustración respecto a los problemas de compatibilidad y proyecto de vida que ha descubierto progresivamente con su novio al mudarse con él. Dichas emociones actúan como reacción a los pensamientos y sentimientos que generan

las emociones primarias, más que hacia la situación que las suscita, y se encargan de encapsular la experiencia más pura y dolorosa, al mismo tiempo. La EPD subyacente que intenta proteger Clara es la *vergüenza*, entendida como una forma de “sentirse expuesta y carente de valor o dignidad” (Greenberg y Paivio, 1997). El origen de esta emoción, las situaciones que la activan, la expresión de la misma y las acciones desadaptativas mediante las cuales se expresa se explican en la Figura 2.

Figura 2.

Comprensión de la Emoción Primaria Desadaptativa: Vergüenza.



Los temas focales de la narrativa de Clara también dan lugar a pensar que su EPD puede ser otra distinta a la *vergüenza*, pero relacionadas al mismo tiempo, como por ejemplo, la *tristeza*. Comprendida como un sentimiento de soledad, desamparo y desesperanza profunda que inmoviliza y que se vive de forma desproporcionada comparada con el hecho que la denotó. Podríamos pensar que se aplica a nuestro caso ante un entorno de desarrollo madurativo carente de amor (entre progenitores) y la incapacidad de acoger el mundo emocional de Clara, sin embargo, a pesar de las dificultades matrimoniales, no podemos confirmar que viviera en un entorno de ausencia de cariño, no encontramos ese anhelo. De hecho, la paciente destaca entenderse mejor con su padre desde etapas tempranas y sentirse comprendida por él en varias sesiones. Además, la paciente es capaz de contactar con experiencias de cariño enriquecedoras con ambos padres y con sus amigos de la infancia que mantiene actualmente. Tampoco ha habido una historia de pérdidas significativas. Actualmente, al anticipar una posible ruptura con su pareja la paciente verbaliza: “Lo pasaré mal un tiempo me imagino, pero

si tiene que pasar, pasará”, lo cual también nos ayuda a rechazar la hipótesis de la tristeza como EPD.

También podríamos barajar el *miedo* como otra emoción primaria desadaptativa, entendido como una sensación global de inseguridad al anticipar el posible abandono de otro significativo, sentirse poco importante cuando otra persona no se muestra disponible y afectuoso o cuando nos mostramos hipervigilantes ante posibles cambios en el vínculo y en las reacciones emocionales del otro, que repercuten drásticamente en nuestro estado anímico y la idea que tenemos de nosotros mismos. Todo esto podría darse en Clara como consecuencia de la invalidación emocional parental, un padre ausente y una madre ambivalente (cambios bruscos interacción – ausencia) y una crisis familiar a raíz de una relación matrimonial inestable. Sin embargo, teniendo en cuenta que todas las EPD tienen un componente de miedo, en este caso (*vergüenza* como EPD) este miedo podría definirse como un mero reflejo de la sensación de fracaso que anticipa ante la posible ruptura de su relación; y, por supuesto, también podría encuadrarse como un miedo adaptativo ante la anticipación de una pérdida significativa. Debemos tener en cuenta, además, que la paciente no expresa (ni denotamos en ella) una sensación de ser fácilmente reemplazable como pareja, dudar de su valía en la relación o el miedo a que al mínimo inconveniente pueda romperse. Su inseguridad viene dada a nivel de juicio sobre su identidad (y aspecto físico, puntualmente) en relación con sus iguales y sentirse invisible en la relación con Jesús (*vergüenza*). Factores como el apoyo de una buena red social (amigos y pareja, relaciones sanas) que le han devuelto a Clara una imagen valiosa de su *self* probablemente hayan contribuido a evitar el desarrollo del *miedo* (inseguridad) como EPD.

Por otro lado, también observamos la aparición de “Emociones Primarias Adaptativas” (EPAs) que Clara es capaz de atender por muy desagradables que sean. Expresa enfado que le permite establecer y proteger sus límites con Jesús en la convivencia o con su madre después de mudarse (distancia física y emocional). También conecta con la tristeza ante los problemas o el estado anímico de su madre, cuando reconoce la crisis de pareja que está viviendo y cuando recuerda las consecuencias emocionales que le dejó el acné.

Estas emociones, tanto las saludables como las desadaptativas, nos piden cubrir unas “Necesidades” que Clara deberá aprender a escuchar durante el proceso terapéutico y, en la medida de lo posible, satisfacerlas. Estas necesidades se resumen en la Figura 1 y podrían expresarse mediante mensajes como: *“Necesito poder ser yo misma y no*

sentirme juzgada por ello”, *“Necesito que Jesús me tenga presente, que cuente conmigo”*, *“Necesito dejar de sentirme sola en la relación”*, *“Quiero dejar de justificarme cuando me quiero ir de una fiesta”*, *“Necesito sentirme más segura de mí misma”*, dependiendo de aquello que mejor encaje con la paciente. Estas necesidades representan el objetivo principal del tratamiento, de forma que Clara encuentre la manera de satisfacerlas mediante sus propios recursos. También se han ido materializando en algunas de las tareas acordadas al final de cada sesión, que se describen en el siguiente apartado.

Uno de los motivos por los cuales la paciente tiene dificultades para contactar con sus necesidades primarias son los procesos de “(Auto)Interrupciones” que se ponen en marcha cuando se detecta la EPD. En el caso de nuestra paciente, observamos una clara interrupción del enfado hacia su madre que podría estar cumpliendo distintas funciones: proteger a la madre (a quien define como una persona complaciente, buena, insegura...) del enfado de una hija de la que depende emocionalmente; proteger a Clara ante la dolorosa realidad de que su madre ha podido hacer cosas mal durante su educación y que repercuten en su vida actualmente (evitación experiencial, no contactar con ese dolor) y protegerse a sí misma de la idea de “ser mala” por pensar y verbalizar aspectos tan negativos de la madre. La autointerrupción del enfado también está presente en la relación de pareja. Si bien es cierto que Clara es capaz de poner límites en aspectos de la convivencia con Jesús, podríamos considerar esta expresión del enfado a un nivel más superficial donde la relación “no se pone en juego”. Lo que no está permitiendo es sentir y expresar el enfado propio de los cambios que están ocurriendo a nivel individual (cambios en la identidad de ambos por sus trabajos, valores, prioridades y expectativas de futuro) y en la pareja (preferencia por pasar tiempo a solas, evitar el contacto, las conversaciones...). Interrumpir este enfado cumple la función de evitar contactar con una realidad profundamente dolorosa de que es probable que ya no le quiera igual que antes y la irreversibilidad de esta situación después de dar el paso de mudarse a vivir con él.

Todo esto explica muy bien la consecuente interrupción de la tristeza ante la posible ruptura con Jesús, tras los problemas mencionados anteriormente a un nivel más crítico para la relación. Esta tristeza interrumpida estaría compuesta de aspectos adaptativos como la propia pena de perder un vínculo tan importante, sano, estable y duradero como el que mantiene con su pareja; y que desaparezca el proyecto de vida que compartían (futuro, amigos en común, familias que se conocen entre sí...). Así como de

otros más desadaptativos como el miedo a la soledad y la posibilidad de tener que volver a convivir con su familia. Estas autointerrupciones también son las responsables de que Clara reaccione interponiendo las emociones secundarias descritas, en momentos donde se activa su EPD como respuesta desadaptativa y como forma de proteger su herida nuclear de vergüenza. Por otro lado, también podríamos hipotetizar sobre una posible interrupción de la tristeza con sus progenitores: con la madre, por lo estricta que ha sido siempre y lo invisible que se siente con ella cuando intenta contarle sus cosas; con el padre, por desconectarse emocionalmente de la familia y de la paciente.

Este análisis nos ayuda a diferenciar los distintos “Temas” centrales que también aparecen en la Figura 1 y que se convierten en nuestra principal guía para la intervención psicológica de nuestra paciente. Estos temas constituyen los principales objetivos terapéuticos pendientes de resolución durante el proceso, sin embargo, existen ciertos factores ajenos al contexto de terapia que favorecerán o no que esto ocurra, tales como: contexto vital (situación económica, laboral, vivienda...) implicación en las tareas, contacto con su familia (tipo y frecuencia), inconvenientes o ventajas que surjan durante el proceso, etc.

Una vez integrados todos los elementos del MENSIT, podríamos ayudar a co-construir y verbalizar la narrativa siempre que resulte congruente para las terapeutas y tengamos la certeza de que la paciente va a poder entenderlo y asimilarlo. En el caso de Clara, esta construcción podría tomar la siguiente forma: *“Sentirse inferior a los demás es doloroso, y hay mucho sufrimiento detrás de no poder mostrar al mundo como eres realmente. Eres crítica con tu pareja y contigo misma. Ese modo de verte y juzgarte es una voz crítica relacionada con una dolorosa herida que se remonta a la relación con tu madre. Necesitas poder expresar el dolor y el enfado enquistado de esa herida, así como las necesidades no satisfechas en relación con tu madre y Jesús, y que de ese modo la herida pueda sanar y resignificarse.”*

7. TRATAMIENTO, CURSO Y RESULTADOS

Tal y como hemos descrito a lo largo del estudio de caso, el proceso terapéutico de Clara se aborda desde el enfoque Humanista de la Psicología, concretamente, desde la Terapia Focalizada en la Emoción. Es por esto por lo que el tratamiento, los objetivos generales y los resultados específicos del caso se van a transcribir también en estos términos, atendiendo a las principales premisas y la teoría de la TFE.

La intervención va a centrar su atención en el *arousal* emocional, los procesos experienciales (*experiencing*), el procesamiento productivo de la emoción y la capacidad de crear un significado nuevo acerca de la emoción activada, todo esto con una base firme de empatía y de cuidado en la alianza terapéutica (Greenberg, 2010). El objetivo general de la intervención consiste en el procesamiento emocional esquemático, esto es la auto-reorganización de las estructuras de memoria emocional mediante el bloqueo de la consolidación de aquellas que se han adquirido previamente. En cuanto a los objetivos concretos que se espera conseguir, estos implican: rebajar la autocrítica que aparece en contextos sociales antes personas concretas, aprendida en la interacción madre-hija en etapas tempranas de su vida; transformar la creencia de que su aspecto físico regula su valía como persona; suavizar las autointerrupciones para favorecer el acceso al proceso experiencial y la nueva adaptación al vínculo con sus padres y Jesús. Algunos de estos objetivos pueden abordarse directa o colateralmente con la consecución de los más relevantes y activos durante el proceso.

La Tabla 1 muestra de forma esquemática un análisis de la intervención aplicada en el caso de Clara, dividido en los siguientes apartados: “S”, haciendo referencia al número de sesiones, con la posibilidad de agrupar aquellas con una temática y objetivos similares; el siguiente apartado trata el “Tema” principal de cada sesión; “Objetivo”, aquellos objetivos concretos que se pretenden alcanzar una vez conocemos el tema y mediante la aplicación de tareas y técnicas concretas; “Marcador y tarea terapéutica”, que nos ayudan a identificar el tipo de tarea o técnica que debemos aplicar y la disposición actual para trabajar ese problema. En este apartado también contamos con “Premarcadores”, cuando el marcador no aparece claramente pero podría estar implícito. Finalmente, las “Tareas interterapia” que consisten en aquellas actividades relacionadas con la sesión que pedimos que ponga en práctica en el espacio entre sesiones y en el contexto apropiado (casa, oficina, entorno social...) para cada tarea, con el objetivo de multiplicar el aprendizaje de las sesiones actuales y facilitar el aprendizaje de las posteriores.

Tabla 1

Desglose de la Intervención desde la Terapia Focalizada en la Emoción.

S	TEMA	OBJETIVO	MARCADOR Y TAREA TERAPÉUTICA	TAREA INTERTERAPIA
1	<p>Motivo de consulta (“Presentación de caso”)</p> <p>Recorrido por su historia de vida y momentos significativos: relación con sus padres, relación de pareja, inseguridad, miedos y complejos (actualidad).</p>	<p>Crear alianza terapéutica y un espacio de confianza y aceptación incondicional.</p> <p>Informar sobre la forma de trabajar desde la TFE.</p>	<p>M: Comienzo de la terapia.</p> <p>T: Formación de la alianza: sintonización y exploración empática. Exploración y afirmación empática.</p> <p>Psicoeducación: Explicación del enfoque terapéutico.</p>	<p>Pedimos que preste atención a su cuerpo y que identifique una emoción a aquello que cambia por dentro.</p> <p><i>“¿Notas alguna emoción que se desgarré?”</i></p>
2	<p>Trabajo: Siente que sus compañeros se aprovechan de su predisposición para ayudarles, incluso cuando ella tiene mucho trabajo. Se siente incapaz de decirles que no o de no mostrarse disponible para el resto.</p> <p>Pareja: Nota una gran diferencia en cuanto a cómo y</p>	<p>Ayudar a reconocer, validar y dar espacio a sus necesidades, tanto en el trabajo como con su pareja en casa.</p>	<p>Marcador: No sentirse en sintonía, acompañada y/o vista por su pareja en casa.</p> <p>T: Atendemos a cada ejemplo para comprobar si se trata de algo puntual o cotidiano. Reflejamos cómo le pueden hacer sentir estas diferencias. Conjeturamos sobre la idea de que ambos pueden tener estándares de limpieza muy distintos. Validamos la necesidad de encontrar un punto medio</p>	<p>Encontrar un mensaje que le encaje y le ayude a rechazar, momentánea o definitivamente, las dudas de sus compañeros en el trabajo. <i>“Ahora no puedo”, “No puedo ayudarte con esto”, “Estoy ocupada, lo siento”,</i> son algunas de las ideas que le planteamos.</p>

	<p>cuánto se responsabiliza cada uno en las tareas de casa. Estas diferencias encuentran su origen en las diferencias en las familias respectivas.</p>		<p>entre ambas formas de gestionar las tareas de casa.</p> <p>Metáfora de la pareja como un equipo donde Clara ahora mismo se siente sola. “<i>No sois uno</i>”.</p>	<p>Sentarse a hablar con su novio y elaborar una lista de cosas que le molestan en la convivencia. Compartirlo con él y dar paso a que él pueda hacer el mismo ejercicio.</p>
3 - 4	<p>Clara se da cuenta de que se siente juzgada por Jesús y exigente con él, lo cual le conecta directamente con cómo se ha sentido ella con su madre (extremista y perfeccionista) siempre. Siente vergüenza al estar viendo eso en ella misma, y que su pareja también le devuelva esta imagen.</p>	<p>Ordenar y aportar estructura y comprensión a lo que siente en casa.</p> <p>Ayudar y guiar a Clara en el proceso de poner nombre a sus emociones.</p> <p>Favorecer la expresión de necesidades en la relación.</p>	<p>Premarcador: Escisión Autointerruptora del enfado hacia Jesús y sentimiento de soledad (tristeza) en la relación.</p> <p>T: Atender y reflejar estas sensaciones. Co-construcción de la experiencia emocional relevante. Sintonización empática con ambas partes. Validación de estas emociones.</p> <p>Premarcador: Escisión Autoevaluativa (tipo <i>catastrofista</i>) con la emoción de vergüenza como EPD.</p> <p>T: Atendemos y reflejamos.</p> <p>Psicoeducación: Aprendizaje vicario:</p>	<p>Definir conjuntamente unas normas de convivencia en casa antes de la llegada de su perra.</p> <p>Explicar a Jesús cómo le hace sentir que solo a ella le preocupen las tareas y el estado de la casa. Expresar sus necesidades.</p> <p>Practicar identificar el enfado, localizarlo en el cuerpo y pensar en qué necesita cuando surge.</p> <p>Escribir las frases que piensa y</p>

			<p><i>“Imitas lo que has observado e interiorizado de tu madre”.</i></p> <p>Metáfora: pasillo en blanco, pinturas, manchas.</p>	reconoce que son de su madre, aunque le da miedo.
5 - 6	<p>Narra la sensación de no ser ella misma, “hacerse pequeña”, mostrarse poco efusiva, apagada y forzando conectar frente a personas que se muestran divertidas, interesantes y con una personalidad aparentemente más superficial.</p> <p>Impacto del acné en su pasado y en la actualidad.</p> <p>Sensación de ser poco valiosa por tener granos y cómo traslada esa sensación a su situación actual:</p>	<p>Conocer y desengranar aquellas situaciones donde se siente de esta forma.</p> <p>Conocer la voz autocrítica de Clara que se refleja en los contextos sociales que narra y que tiene origen en cómo se sintió cuando tenía un problema de acné.</p>	<p>Marcador: Escisión Autoevaluativa (tipo <i>catastrofista</i>: falta de valía, no querible (acné)) con la emoción de vergüenza como EPD.</p> <p>T: Atendemos y validamos cómo se puede sentir ante cada situación que narra.</p> <p>Preguntas generales exploratorias.</p> <p>Simbolizamos, facilitamos reexperimentación.</p> <p>Explicitamos y conocemos mejor la crítica.</p> <p>Psicoeducación: Diferenciación de las distintas partes del Self.</p> <p>Ejercicio de visualización guiada: imaginar un lugar tranquilo donde sienta que su cuerpo puede descansar, libre de juicios.</p>	<p>Pedimos que observe su comportamiento social con las chicas con las que hacen que salga esta inseguridad, sin autocensurarse. A ser posible, una vez detectado este comportamiento, antes de intentar complacer que haga un esfuerzo por actuar como le gustaría (aunque resulte desagradable al principio).</p>
7	<p>Familia: Describe detalladamente la relación con sus padres (aporta nueva información</p>	<p>Conocer el origen de la autocrítica y de la EPD.</p>	<p>Premarcador: Asunto no resuelto con la madre.</p> <p>Marcador: Escisión Autointerruptora del enfado.</p>	<p>Sugerimos que esta semana no haga nada sobre las tareas y experimente qué</p>

	<p>de la primera sesión). Cómo fue su madre, su padre, el tipo de relación que mantienen y cómo están en la actualidad.</p> <p>Pareja: Especifica diferencias en la convivencia y algunas más críticas para relación: carácter, valores, temas de conversación y prioridades.</p>	<p>Guiar a Clara en el proceso de encontrar el equilibrio en las tareas de casa para que ambos estén igualados en responsabilidades.</p> <p>Facilitar un espacio donde poner en palabras por primera vez las diferencias más profundas que encuentra respecto a su pareja.</p>	<p>T: Exploración y afirmación empática.</p> <p>Atendemos y reflejamos.</p> <p>Facilitamos reexperimentación y simbolización.</p> <p>M: Escisión</p> <p>Autointerruptora del enfado y tristeza con su familia y con su pareja.</p> <p>T: Sintonización empática y validación. Acogemos desde el vínculo terapéutico.</p>	<p>pasa en casa y con la relación.</p> <p>Animamos a que hable del problema primario con su pareja, a nivel relacional, no superficial: “<i>Me siento sola, no somos equipo, me siento descuidada</i>”.</p>
8	<p>Cuenta que ha estado mejor con Jesús. Expresa el miedo y la ansiedad que ha sentido en semanas previas al pensar que lo dejaban definitivamente. Sin embargo, siente que no consigue expresar algunas cosas que siente.</p>	<p>Ayudar a diferenciar entre tristeza y enfado, y si es por algo puntual o se trata de aspectos propios de la relación. Ayudar a expresar las necesidades propias que surgen de estas emociones.</p>	<p>M: Experiencia problemática (sensación de ruptura).</p> <p>T: Exploración y afirmación empática.</p> <p>Atendemos y reflejamos.</p> <p>Facilitamos reexperimentación y simbolización.</p> <p>Psicoeducación: Diferenciación entre tristeza y enfado.</p>	<p>Cuando sienta algo parecido a enfado o tristeza, que se pare e intente diferenciar si se trata de una u otra.</p>
9	<p>Anticipa que no va a poder ser ella misma en una</p>	<p>Conocer la voz crítica específica de Clara con el</p>	<p>M: Experiencia relevante (anticipación de miedo e inseguridad).</p>	<p>Le proponemos que se vea a sí misma como un rol que va</p>

	<p>fiesta de cumpleaños con personas que despiertan su inseguridad. Se siente <i>mal</i> al ser la que siempre se va a casa primero.</p>	<p>objetivo de dar con los mensajes más dolorosos que se lanza.</p> <p>Ayudar a Clara a sentirse preparada para acudir a la fiesta sin un alto grado de malestar e inseguridad.</p> <p>Trabajar la capacidad de empatizar con aquellas personas con las que no tiene nada en común.</p>	<p>T: Exploración empática: Atención a la experiencia interna. Diferenciación. Elaboración (partes del esquema emocional). Reexperimentación (memoria episódica).</p> <p>T: Afirmación empática: Atendemos y reflejamos vulnerabilidad (vergüenza, siente que no es suficiente con ser ella misma). Profundización. Expresión de la emoción temida.</p>	<p>a desempeñar durante la fiesta, o que intente verlos desde la compasión: cómo su formación profesional y educación parental han construido su identidad.</p> <p>Le pedimos que se haga una marca en la mano para que chequee cómo está su cuerpo cuando la vea, y comprueba si está siendo ella misma o si aparece la voz crítica.</p>
10	<p>Autocrítica: Trae distintos episodios en entornos sociales. Concluye que si la conversación no gira en torno a ella, puede dar su opinión y empatizar (ser ella misma). En otras interacciones donde siente la</p>	<p>Conocer bajo qué circunstancias se activa la voz crítica y censura a Clara en situaciones sociales.</p> <p>Ofrecer una explicación sobre el significado subyacente de</p>	<p>M: Escisión Autoevaluativa (Crítico Catastrofista).</p> <p>T: Diálogo en dos sillas, no desplegada. <i>(Desarrollada en posteriormente)</i></p> <p>M: Experiencia relevante (no sentirse vista por su madre).</p> <p>T: Atención a la experiencia interna.</p>	<p>Animamos a que haga el ejercicio de la silla en casa, sola, en su intimidad y se critique para ver si le da menos vergüenza o miedo, con el objetivo de poder hacer la tarea de la silla vacía la semana siguiente.</p>

	<p>obligación de ser graciosa, se queda en blanco.</p> <p>Familia: Desde que se mudó tienen una buena relación.</p> <p>Cuando se ven, sin embargo, siente que no la escucha.</p> <p>Solo si pasa algo malo.</p>	<p>“quedarse en blanco”.</p>	<p>Elaboración (partes del esquema emocional).</p> <p>Reexperimentación (memoria episódica).</p> <p>Atendemos y reflejamos vulnerabilidad (tristeza, no sentirse vista por su madre). Expresión de la emoción temida.</p> <p>Marcador: Escisión Autointerruptora de la tristeza con su madre.</p> <p>T: Exploración y afirmación empática.</p> <p>Atendemos y reflejamos.</p> <p>Psicoeducación:</p> <p>Significado de “quedarse en blanco”.</p> <p>Funcionamiento de un esquema de emoción.</p>	
11	<p>Trae una nueva crítica internalizada, esta vez en el trabajo: “<i>Vaya tonta</i>”, “<i>No sabes lo que haces</i>”, “<i>No tienes ni idea</i>”.</p> <p>Relación de la crítica con los mensajes que</p>	<p>Estructurar un diálogo entre ambas partes.</p> <p>Facilitar la apropiación de la experiencia e intensificar la activación emocional.</p> <p>Acceder y diferenciar</p>	<p>M: Escisión Autoevaluativa (Crítico Catastrofista).</p> <p>T: Diálogo en dos sillas. (<i>Desarrollada en posteriormente</i>).</p> <p>M: Asunto no resuelto (madre).</p> <p>T: Validamos. Atendemos y reflejamos. Facilitamos</p>	<p>Animamos a que cada vez que capte esa voz crítica pueda lanzarle un mensaje que produzca una experiencia reparadora y le proporcione un nuevo significado, por ejemplo: “<i>Así no me ayudas,</i></p>

	recibía de su madre.	sentimientos en el <i>experiencing self</i> y diferenciar valores/normas de la parte crítica.	reexperimentación y simbolización.	<i>ayúdame de otra manera</i> ".
12	Estrés y carga de trabajo. Se muestra distante en casa y no consigue desconectar en este entorno, si no que necesita estar más alejada de su pareja al llegar a casa para estar tranquila.	Ayudar a diferenciar si la sensación de estrés y necesidad de estar sola viene de su situación laboral o del rechazo que siente hacia Jesús.	M: Paciente bloqueada y abrumada. T: Despejar un espacio, no desplegada. Preguntas exploratorias. Atención a la experiencia interna. Diferenciación. Profundización.	Dejar de trabajar a la hora que le corresponde. Priorizar autocuidado: que lleve a cabo actividades que le satisfagan después de trabajar.
13	Autocrítica: Verbaliza mejorías, aunque expresa que le cuesta no dar explicaciones o justificarse cuando se quiere ir a casa. Pareja: Continúa "muy quemada" con los pequeños detalles desagradables que sigue viendo en la convivencia. Expresa mucha angustia por sus hábitos	Validar su implicación y ayudar a reconocer su esfuerzo en la terapia. Favorecer una toma de decisiones más adaptada a lo que Clara necesita (quedarse o irse a casa). Facilitar que ponga en palabras lo que necesita de su pareja.	M: Experiencia relevante (sentir que tiene que justificarse). T: Simular que se quiere marchar del sitio sin dar explicaciones. Entrenamiento "en la vida real". M: Experiencia problemática (sensación de sentirse importante para Jesús). T: Validación del enfado. Evocación empática. Ayudar a verbalizar necesidades.	Poner una alarma en situaciones sociales y preguntarse si quiere quedarse. Elegir entre calidad de vida u ocio. Entrenamiento en marcharte sin dar explicaciones. Trabajar con su pareja distintas cosas: comentar cómo le afecta a él que ella le diga las cosas (posible herida de él), poder comentar en el

	<p>alimenticios recientes.</p>	<p>Favorecer la comprensión del rol de la comida en su situación vital.</p>	<p>Validación de su progreso: <i>“Esto lo has hecho tú”, “Este cambio es por atreverte y por haber luchado”</i></p> <p>Metáfora: semillas y riego para que Clara siga creciendo.</p> <p>Psicoeducación: Comida como fuente de refuerzo momentáneo (dopamina).</p>	<p>momento lo que le vaya molestando.</p> <p>Mantener el ejercicio y beber un vaso de agua poco a poco antes de decidir si quiere comer algo insano.</p>
14	<p>Ocio: Expresa que le gustaría ser más flexible en cuanto a responsabilidades, no tener que sentir esa obligación de marcharse a casa cuando está con los compañeros del trabajo.</p> <p>Autocrítica: Una chica de su grupo (conocida, de su grupo de confianza) de nuevo despierta su inseguridad.</p>	<p>Entrenar la capacidad de flexibilizar sus horarios de ocio y trabajo y en función de sus necesidades.</p> <p>Dar espacio a formas más sutiles que toma la autocrítica.</p> <p>Permitir expresar emociones.</p>	<p>M: Sentimiento poco claro (<i>“No es enfado... No sé qué es”</i>).</p> <p>T: Focusing (no desplegado) <i>“Es como un nudo aquí...”</i>.</p> <p>M: Experiencia relevante (falta de flexibilidad).</p> <p>T: Atendemos y reflejamos. Preguntas generales exploratorias.</p> <p>Validamos la necesidad de querer cambiar este aspecto.</p>	<p>Animamos a que trate de ponerse a prueba una noche y quedarse hasta la 1, como si fuera un experimento.</p> <p>Sugerimos que antes de quedar con su grupo de siempre, imagina que al llegar se permite contar algo nuevo sobre la Clara que no conocen.</p>

Este tratamiento se ha llevado a cabo bajo las condiciones y principios terapéuticos de base Humanista como son la autenticidad, aceptación positiva incondicional, comprensión empática y una fuerte presencia y vínculo terapéutico. Además, cada tema o narrativa que Clara ha traído a sesión se ha abordado como una

Experiencia Problemática o Relevante. Esto implica la aplicación de *Tareas basadas en la Empatía (Afirmación y Exploración Empática)* de forma incondicional a lo largo del tratamiento, reflejadas mediante tareas como validación, conjetura empática, exploración, evocación, atención a la experiencia interna, diferenciación, favorecer la reexperimentación, reflejo de la vulnerabilidad, profundización, expresión de la emociones temidas, formulación, etc. (“*No valida tu emoción, no se responsabiliza*”, “*Te duele porque no te sientes vista*”. “*Puede que haya vergüenza porque una parte de ti se ha quedado con cosas de tu madre*”). Además, se han utilizado técnicas fuera del marco teórico que han sido de gran utilidad tales como psicoeducación, metáforas y un ejercicio de visualización guiada.

Por otro lado, y también relacionado con el curso del tratamiento, es importante tener en cuenta que el orden de aparición de los marcadores no ha pautado el ritmo de la intervención. Si bien es cierto que muchas sesiones indicaban claramente la necesidad de atender un *Marcador* concreto, durante el tratamiento se deben priorizar otros aspectos que, en caso de no cumplirse, podrían causar un efecto iatrogénico en la paciente si decidiéramos abordarlo en etapas tempranas del tratamiento y proceso terapéutico, como: que el vínculo terapéutico esté formado y se experimente como una fuente de seguridad, que no exista una autointerrupción grave que impida trabajar con la *Tarea*, que la experiencia problemática esté “viva” o activa, o aspectos más básicos como que la paciente lo sienta oportuno, que esté dispuesta, que no sienta vergüenza/juicio de su terapeuta, no sentirse obligada... Las *Tareas Activas* solo se ponen en marcha cuando estas condiciones aseguran que su aplicación va a ser fructífera y beneficiosa para la paciente.

Antes de analizar los resultados, cabe destacar algunas claves del proceso terapéutico de Clara que demuestran su implicación, iniciativa hacia el cambio y compromiso con la terapia. La paciente ha acudido a las sesiones con regularidad (semanalmente, a excepción de causas justificadas); en cada sesión ha traído problemáticas activas sobre las que ha reflexionado en el espacio entre-sesiones que ha compartido con facilidad desde el inicio; durante las sesiones se ha dado suficiente espacio para expresarse y ha escuchado las intervenciones de sus terapeutas con atención, respeto y sensibilidad; además, se ha implicado en las *Tareas* que le hemos propuesto dentro y fuera de las sesiones, en función de sus necesidades.

Gracias a todo este trabajo, Clara ha logrado grandes resultados tras 14 sesiones basadas en consciencia emocional, comunicación constructiva y contacto paulatino con heridas emocionales nucleares. Estos resultados se desarrollan tomando como base el MENSIT (Figura 1) expuesto en condiciones previas al tratamiento (primeras tres sesiones). A continuación, estos se analizan divididos por los “Temas” del foco terapéutico y analizando el resto de apartados del MENSIT.

Dificultad en la adaptación del vínculo con la madre y dificultad de acceso al proceso experiencial

Existen distintos “Marcadores de tarea” que han ido apareciendo a lo largo de la terapia y que confirman la necesidad de abordar este “Tema”. El marcador principal es el *Asunto no resuelto con la madre*. Se hubiera esperado del proceso terapéutico tras 14 sesiones que hubiéramos puesto en práctica la *Tarea activa* de la *Silla vacía* con el objetivo de transformar sentimientos de culpa, queja y dolor sin resolver en la expresión de emociones primarias adaptativas como el enfado por la invalidación de su identidad, falta de confianza hacia su valía personal y la inseguridad que todo esto le ha generado en la actualidad; y, por otro lado, la tristeza por el propio anhelo de encontrar un apoyo incondicional en una figura de apego segura, que no la criticara, juzgara, ni exigiera de forma desajustada, que le devolviera una imagen más justa de lo valiosa que era como hija y como ser humano. Sin embargo, existen dos factores que han dificultado que esto ocurra.

A nivel psicológico e individual, hemos encontrado el marcador de *Escisiones auto-interruptoras*, en concreto del enfado primario adaptativo en la relación con su madre. Este marcador aparece especialmente en la sesión 1 y 7, cuando habla de su familia de origen: “*Siento que estoy siendo mala con ella y me da mucha pena porque es buena y me gustaría estar bien con ella*”. Este enfado queda enquistado por emociones secundarias de culpa y miedo a un posible daño que pudiera causar a su madre si (auto)revela que el origen de su malestar actual parte de los mensajes recibidos. Clara también interrumpe la EPA de tristeza, lo cual se observa especialmente en la sesión 10: “*Solo he sentido que me escuchaba cuando me pasaba algo malo, si no, nada*”, “*Ella me llama para todo, soy su persona*”. Estas intervenciones esconden la dolorosa sensación de no haberse sentido vista, escuchada o atendida por su madre, y cómo al mismo tiempo, esta interrupción impide dejar de sostener las necesidades de la madre y atender a su tristeza primaria adaptativa.

El segundo factor tendría que ver con las circunstancias ajenas al tratamiento que han impedido que este sea un problema activo y vivo para trabajar en sesión. Dos semanas antes de la primera sesión, Clara se mudó con Jesús y la relación con sus padres se debilitó. Ahora los encuentros son puntuales y beneficiosos para ambas: *“Estamos bien porque nos vemos poco, pero noto que estamos mucho mejor”*. La resolución de este “Tema” hasta la sesión 14 que describe este estudio de caso es *sin resolver*, dadas las dificultades descritas, Clara no llega a expresar las necesidades no satisfechas por su madre durante todo el proceso terapéutico.

Teniendo en cuenta la historia de vida de Clara, también podríamos plantear la posibilidad de que exista un *Asunto no resuelto* con su padre, ya que también vivió su ausencia cuando se distanció emocionalmente de su familia y se centró en “sus vicios”, como nombra la paciente. Sin embargo, la forma en la que Clara habla de este hecho no es de queja, dolor o desde un “echar de menos”, sino de justificar y comprender desde la pena esta actitud para mantenerse en el matrimonio.

Autocrítica en la relación yo – otro significativo o no significativo, junto con dolor y enfado en la relación yo – madre.

El propio curso de la terapia nos ha llevado a confirmar la existencia de la *Escisión por conflicto interno* (o *Escisión Autoevaluativa*) como “Marcador de Tarea”. Esta escisión divide el *Self* y la *Crítica Catastrofista*, que recibe este nombre ya que esta parte funciona asustando al *self*, haciendo que Clara dude de sí misma y le provoquen inseguridad situaciones concretas que activan la *crítica*. Los cambios que observamos cualitativamente respecto a este marcador son los siguientes:

Clara comienza la terapia con mensajes como: *“Siento mucha angustia delante de personas superficiales y muy extrovertidas, no soy yo misma, siento que no soy tan divertida e interesante, y que me van a juzgar”*. 12 sesiones después observamos una mejoría gracias a lo que ella misma verbaliza sobre el cambio y la resignificación del problema: *“No sé qué me ha pasado, no sé qué he hecho, pero noto que las cosas son distintas, respondo distinto, no me callo las cosas”, “Es como si algo hubiera reducido”, “Me he dado cuenta de que con personas que conozco desde hace poco tiempo en el trabajo me siento segura y puedo ser yo misma”*. Sin embargo, simultáneamente, también añade algunas dificultades nuevas y actuales con las que se encuentra *“Me cuesta no dar explicaciones y me fastidia tener que justificarme” “Cuando dice algo sobre mí (una de*

sus mejores amigas) es como que me llega distinto, no a malas, es muy buena amiga”. Este cambio se expresa en la dos últimas sesiones (13 y 14), las últimas descritas en este estudio de caso.

Los resultados positivos obtenidos al trabajar esta escisión son consecuencia de una serie de *Tareas* puestas en marcha que se han desarrollado por etapas. En una primera fase del tratamiento se busca conocer la autocrítica, en qué contexto aparece (lugares, personas, frente a qué estímulos reacciona...), qué mensaje (verbal o no verbal) transmite y cuál es el más doloroso (promoción de la consciencia emocional). Las *Tareas basadas en la Empatía* y el establecimiento de un fuerte vínculo terapéutico han sido imprescindibles para lograrlo (sesiones 1, 3 - 4, 5 - 6).

La segunda fase tiene como objetivo dar sentido a la emoción de vergüenza de Clara a través de la evocación y exploración del esquema de emoción desadaptativo nuclear. Para ello, mantuvimos las bases de la primera fase del tratamiento y añadimos las tareas enviadas para casa de las sesiones 9 y 10 (“*¿Estás siendo tú misma o es esa voz crítica la que se está apoderando de la identidad de Clara?*”; “*Intenta hacer el ejercicio (Diálogo en dos sillas) en casa, sola*”), así como un primer acercamiento al diálogo con su autocrítica de la sesión 10. En esta sesión decidimos no continuar con la *Tarea Activa*, por su estado emocional (había tenido muy buena semana y la idea de “criticarse” le estaba produciendo mucha angustia) podría ser contraproducente.

El punto de inflexión respecto a la *Escisión Autoevaluativa* llega en la tercera fase de transformación (sesión 11) con la *Tarea Activa* del *Diálogo de las dos sillas*. La paciente comienza la sesión describiendo una parte de sí misma siendo coercitiva con la otra (en el trabajo, “*Vaya tonta*”, “*No tienes ni idea*”, “*Qué torpe, haces todo mal*”). Es aquí cuando proponemos la tarea, que comienza con una de las terapeutas simulando esa voz autocrítica desde la silla de la *Crítica*. Clara, con los ojos cerrados y desde esta silla también, interioriza estos mensajes y decide añadir alguno, “*Se van a dar cuenta de que no sabes hacer esto*”. La paciente cambia de silla, esta vez a la silla del *Self*, y a pesar de que se debilita esta voz crítica, no se produce ninguna reacción afectiva contra ella (“*No sé si es para tanto*”, “*Podría ser más responsable*”). Llegados a este punto decidimos que se cambie de nuevo a la silla de la *Crítica*, con el objetivo de encontrar esa crítica específica que haga que reaccione y se movilice el *Self*. En esta silla damos con el mensaje concreto que refleja la EPD de vergüenza: “*No eres tan valiosa*”. Es en este momento donde la *Crítica* se empodera y revela también su función: “*Te digo esto para ayudarte*”.

El siguiente cambio a la silla del *Self* es donde observamos la reacción afectiva de enfado y su consecuente diferenciación respecto a la vergüenza: “*Así no me ayudas una mierda*”, “*Me haces sentir que no valgo para nada*”. En esta silla surge una nueva experiencia emergente que da lugar a un proceso de insight: “*Así es como me trató mi madre*”. Automáticamente termina el ejercicio para proceder a explorar la experiencia problemática emergente (*Asunto por resolver*), que decidimos no abordar mediante la *Silla vacía* por distintos procesos de autointerrupción que dificultarían la tarea y resultaría perjudicial trabajar.

El grado de resolución de la tarea, tal y como finalizó en la sesión 11, es *medio*: ha facilitado el surgimiento de sentimientos organísmicos (vergüenza, enfado y tristeza), ha creado un significado para ayudar a procesarlos (función desadaptativa de la crítica y asociación con el trato materno) y la autocrítica se ha suavizado. Sin embargo, teniendo en cuenta los cambios que verbaliza en las dos últimas sesiones (13 y 14), podemos confirmar que la resolución es *completa*, ya que existe un entendimiento sobre cómo satisfacer su necesidad vital de *poder ser ella misma sin sentirse juzgada* y de *sentir de que es valiosa*; es capaz de integrar ambas partes (negociación entre la *Crítica* y el *Self*) y existe una tendencia a la acción: “*Siento que ya o me callo las cosas y que he cambiado en muchas situaciones sociales*”, “*Ya no me siento insegura en el trabajo*”.

La forma en la que la paciente ha logrado crear un nuevo significado también se refleja en la nueva experiencia correctiva de la EPD. Clara comienza el proceso terapéutico anteponiendo emociones secundarias de ansiedad, rechazo hacia “el otro” y frustración en contextos sociales concretos que opacaban la EPD de vergüenza (sentirse inferior, juzgada, no valiosa...). Esta herida nuclear ha ido ganando espacio y protagonismo a lo largo de las sesiones, en gran medida, gracias al trabajo dedicado a abordar los procesos de autointerrupción del enfado asertivo en este caso, que le impedían establecer límites sanos con otras personas, “escondían” la identidad de Clara y le impedían asociar el contenido de la crítica con los mensajes que recibía por parte de su madre sobre su valía personal. La comprensión de esta asociación también ha favorecido la transformación de la vergüenza como EPD a tristeza primaria adaptativa (“*Mi madre me trataba así*”).

Dificultades en la relación de pareja y dificultad de acceso al proceso experiencial

Este “Tema” también ha cubierto gran parte de la intervención terapéutica, pasando por distintas fases en la resignificación de la experiencia problemática y en la evolución de la relación con Jesús.

Clara comenzó la terapia hablando de las dificultades que estaba encontrando la relación en la convivencia juntos (sesiones 2, 3 y 4). Gracias al vínculo terapéutico, *Tareas basadas en la empatía* y las tareas puestas en práctica fuera de las sesiones (Tabla 1) para reforzar la comunicación en la pareja, conseguimos que llegadas a las séptima sesión comprenda que también existen dificultades de la pareja a un nivel relacional y de proceso, más allá de las tareas de casa. En esta sesión llegamos a la conclusión de que están evolucionando de la adolescencia a la adultez de formas opuestas, donde Jesús valora aspectos más *superficiales* de la vida (“*Todo lo que hablamos terminado girando en torno a dinero, derecho, el estilo de vida que quiere...*”) y Clara prioriza la autocomprensión, el crecimiento personal y las relaciones íntimas y de confianza con sus iguales. En las sesiones 8 y 9 expresa una mejoría importante en cuanto a la relación (“*Estamos mucho mejor, aunque siento que aún hay cosas que hablar*”) y pone nombre a aquellas emociones secundarias (ansiedad, culpa y miedo) que se han activado con las dificultades que han vivido y ante la idea de una posible ruptura. Por último, en la sesión 13 expresa de nuevo sentirse “muy quemada”, llegando a evitar el contacto con su pareja en casa y hacer actividades juntos. No existe una relación directa entre un evento concreto y el estrés que le produce de nuevo la relación, a partir de aquí no conocemos nueva información.

El cambio en el proceso experiencial y emocional de Clara en torno a este tema se produce en gran medida gracias al trabajo con las *Escisiones Autointerruptoras* del enfado y la tristeza. Cabe remarcar que no se han añadido en la Tabla 1, ya que se trata de autointerrupciones leves e intermedias, en las cuales la paciente es capaz de identificar las emociones que interrumpe (“*Me enfada que sea así, no se da cuenta*”, “*Me pondría muy triste dejarlo con él*”) y expresar lo que necesita (“*Necesito que me vea, que me tenga en cuenta*”, “*Necesito que seamos un equipo de nuevo*”) sin la necesidad de implicarnos en una *Tarea activa*. Sin embargo, este grado de autointerrupción se refleja en la forma de anteponer que “*A pesar de esto, es muy bueno, es una persona increíble*”, “*No quiero ser una pesada*”, “*Lo hace todo desde la bondad, es muy inocente*”, después de sentir y comprender que se siente sola en la relación. La autointerrupción también toma

forma cuando se distancia física y emocionalmente de Jesús, como en las últimas sesiones del proceso terapéutico, encubriendo el enfado y la distancia con rechazo.

La resignificación de esta experiencia problemática y la consecuente evolución en la pareja no hubiera sido posible sin el uso de *Tareas basadas en la empatía* cuyo objetivo principal ha sido validar las emociones secundarias para dar salidas a las emociones interrumpidas y contactar con la EPA de tristeza por una posible pérdida significativa (“*Me siento sola*”) y una ruptura de su proyecto de vida; y del enfado al poner límites en la convivencia. Además, es capaz de dejar de relacionarse con Jesús desde sus emociones secundarias y compartir sus necesidades (“*Necesito que seamos un equipo*”, “*Necesito sentirte más presente en casa*”, “*Necesito que me tengas en cuenta*”) individuales y de la pareja (tendencia a la acción). Es por esto por lo que considero que la resolución de esta problemática es completa a nivel individual, ya que la paciente es capaz de experimentar con la expresión apropiada de la emoción, se siente empoderada y les da un nuevo significado a los problemas en la relación. Sin embargo, existen una serie de factores externos ajenos al contexto terapéutico que hacen que la paciente no termine de sentir un vínculo seguro, como antes de mudarse, tales como: la incompatibilidad en aspectos de convivencia y de caracteres, la forma de comunicarse y los distintos proyectos de vida que imaginan.

Autocrítica en la relación yo – identidad y yo – yo corporal

Este “Tema” ha cobrado especial importancia en la sexta sesión, donde la paciente asocia el complejo que sufrió por el acné en la adolescencia con la sensación de sentirse “apagada”, “pequeña”, poco valiosa frente a chicas divertidas y superficiales cuyas vidas parecen muy interesantes, según nos cuenta. Recordemos que Clara pasó muchos años de su vida asociando su aspecto físico a su valor como persona (“*No entiendo por qué la gente quiere ser mi amiga si tengo granos y doy asco*”, “*La gente no era capaz de ver mi valor por mis granos*”), de ahí su inseguridad frente a chicas que representan lo que ella deseó ser durante tanto tiempo (“*No podía salir de casa sin maquillar*”). Es por esto por lo que se espera que la *Tarea del Diálogo en dos sillas* de la sesión 11 sobre la crítica catastrofista ayude a Clara colateralmente a aportar un nuevo significado a su valor como ser humano. Esto debería explorarse y confirmarse (o no) en sesiones posteriores, ya que desde la sexta sesión no se ha vuelto a traer en sesión.

8. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta toda la información recopilada, desarrollada y analizada en este estudio de caso, queda reflexionar sobre las fortalezas y debilidades de la aplicación del tratamiento ante la problemática presentada y el grado de adecuación al marco teórico desde el que se ha abordado el caso (TFE), así como las limitaciones que hemos encontrado en el uso de una metodología de investigación cualitativa.

El presente estudio de caso ha tenido como objetivo principal la descripción del proceso de intervención desde la Terapia Focalizada en la Emoción sobre un caso clínico real. El tratamiento seleccionado se aplicó con la intención de lograr el procesamiento emocional esquemático desadaptativo mediante la auto-reorganización de las estructuras de memoria emocional y su consecuente resignificación. Esto se ha conseguido gracias a la consecución de objetivos concretos como la transformación de la vergüenza como EPD a enfado asertivo adaptativo en circunstancias específicas. Gracias a esto, ha disminuido la *Escisión Autoevaluativa* que anulaba la identidad de Clara ante contextos sociales y personas concretas. Además, el tratamiento ha ayudado a la paciente a crear un puente entre los mensajes que componían esta crítica y el origen de la misma. Este *insight* sienta las bases de una futura adaptación al vínculo con su madre, que comienza a trabajarse en la etapa final del estudio del caso (no del tratamiento, el cual continúa con una de las terapeutas). Esta comprensión se ha favorecido gracias a las habilidades terapéuticas desplegadas en las *Tareas basadas en la empatía*, que han permitido fortalecer suficientemente el vínculo como para que Clara suavice las autointerrupciones de emociones que le asustaba sentir originalmente. El trabajo indirecto dedicado a las *escisiones autointerruptoras* ha permitido que clara ajuste la adaptación al vínculo con Jesús y reconozca sus necesidades en la relación.

También nos encontramos con objetivos que no se han alcanzado, principalmente por las dificultades descritas en los resultados del tratamiento, que podrían convertirse en futuras líneas de intervención, tales como: trabajo en detectar los nuevos contextos en los que aparece la EPD y poner en práctica lo aprendido originalmente para suavizar la autocrítica; orientar hacia mantener el uso de una comunicación asertiva (expresión de enfado y tristeza adaptativa) desde sus emociones y necesidades con Jesús; y el trabajo activo en la autointerrupción del enfado y tristeza hacia la madre, junto con la resolución del *asunto no resuelto* en caso de que se convierta en una experiencia problemática de nuevo. Otros directamente no se han evaluado en estadios final del tratamiento, ya sea

porque la paciente no lo ha considerado trascendental (acné, autoestima asociada a la imagen) o bien porque no hemos explorado en profundidad (posible *asunto no resuelto* también con el padre) al no considerarse pertinente.

Valorando conjuntamente los objetivos alcanzados y aquellos que podrían abordarse en futuras sesiones, podemos confirmar un pronóstico favorable guiado por una mayor consciencia emocional e integración de la información recibida por estas emociones; un mayor contacto con las EPAs; la consolidación de un nuevo esquema de emoción que proporcione respuestas ajustadas a la situación estimular, prepare a Clara para la acción adaptativa en el mundo y le ayude a satisfacer sus necesidades relacionales.

La evolución del caso, así como los resultados obtenidos forman parte de lo que cabía esperar al analizar el caso desde un enfoque procesual-experiencial de la psicoterapia (Elliot et al., 2004). Durante este proceso hemos trabajado con la percepción (¿qué señales percibe Clara de su entorno? ¿Y de ella misma?), cognición (pensamientos y voz de la crítica), conducta (rechazo, evitación, retirada...), experiencia corporal simbolizada (nudo en la garganta y opresión en el pecho), y sobre todo, con las emociones (primarias, secundarias, adaptativas o desadaptativas), que han dado una nueva forma a la reacción de Clara en su entorno, constituyendo procesos propios de auto-organización y construcción de su *self* (Caro y Hornillos, 2015). Gracias a este análisis, también hemos aprendido que una misma EPD puede tomar distintas formas y generar experiencias problemáticas muy diversas: inseguridad social, complejos físicos, problemas relacionales, y miedo irracionales, como el miedo a expresar emociones por el daño que podamos causar o un miedo generalizado a *no ser suficiente*.

El presente estudio de caso también confirma su teoría principal de que las experiencias afectivas que vivimos en etapas tempranas del desarrollo madurativo forman memorias emocionales que se organizan en esquemas de emoción, dando lugar a reacciones emocionales desajustadas e intensas en aquellos contextos que activan dichos esquemas (Greenberg et al., 2009). Muchas de las experiencias problemáticas o relevantes que ha traído Clara a las sesiones representaban la activación de este esquema de emoción desadaptativo debido a la internalización de mensajes coercitivos y el desarrollo del *self* en un contextos de invalidación personal. Otro de los hallazgos que observamos es una sensación de tranquilidad y empoderamiento en Clara, explicado en gran medida por la *Teoría de la Personalidad* (1959) de Carl Rogers. La discrepancia que existía entre su verdadero *self* (“yo soy” introvertida, tranquila, responsable...) y el *self* ideal (“yo

debería ser” divertida, guapa, interesante, graciosa, más divertida...) se ha reducido a lo largo del tratamiento, dando lugar a una mayor congruencia consigo misma (menor *neurosis*) y mayor sensación de valía personal.

En definitiva, podemos confirmar que el estudio de caso nos ha permitido conocer cómo se siente, piensa y actúa Clara en su propia realidad determinada, y a partir de ahí, construir una intervención basada en sus necesidades momento-a-momento; lo cual cumple con uno de los principales objetivos de esta investigación. También hemos logrado documentar la viabilidad y la eficacia preliminar de la TFE como intervención novedosa ante problemáticas basadas en problemas interpersonales. Sin embargo, también existen una serie de limitaciones propias de este método de investigación que cabe destacar. La falta de una recogida sistemática de información (recogida estructurada y registro de datos cuantitativos) puede que haya propiciado cierto subjetivismo a la hora analizar y extraer las conclusiones, ya que el análisis de los datos es descriptivo y su interpretación está basada en la reflexión desde la perspectiva del terapeuta/investigador. Sin embargo, esta limitación se ha tratado de contrarrestar analizando los resultados cualitativos desde los presupuestos teóricos del modelo de intervención adoptado y desde la evidencia más reciente sobre el proceso psicopatológico analizado.

El presente estudio de caso se suma a las escasas pero relevantes aportaciones científicas que destacan la Terapia Focalizada en la emoción como tratamiento empíricamente validado para el tratamiento de la Autocrítica (*escisión autoevaluativa*) y la reducción del malestar producido por problemas interpersonales en adultos. Se recomienda para la futura práctica el uso de medidas estandarizadas que nos permitan concluir resultados positivos del uso de tareas concretas y el éxito del tratamiento de forma cuantitativa.

9. REFERENCIAS:

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Bühler, C., & Allen, M. (1972). *Introduction to humanistic psychology*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Caro, C., & Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción. *Acción Psicológica, 12*(2), 73-94.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia, 27*(104), 23-45.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review, 1*(3), 205-220.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín científico, 142*.
- Greenberg, L. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción. Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 7*(1), 32-42.
- Hillner, K. P. (1984). *History and Systems of Modern Psychology a Conceptual Approach*.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and brain sciences, 38*.
- Ortiz López, M. T. (2010). *Relación de ayuda significativa y tendencia actualizante*.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 115-133.

Pereira, M. L. N. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas/Adequate human relationships through an assertive conducts and communication. *Actualidades investigativas en educación*, 8(1).

Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875.

Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*.

Rogers, C. R. (1990). *Psicoterapia centrada en el cliente* (No. 616.6 R6311p Ej. 1). Paidós.

Rosso, M. A., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Revista Ajayu*, 4(1), 90-117.

Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.

Zalbidea, M. A., Carpintero, H., & Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.