



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Transitar la soledad: desde dentro hacia
afuera, integrando el mundo interno
para sentir cómodo el externo.**

Autora: Claudia Pascual Remón

Directora: Dra. Mónica Torres Ruiz- Huerta

Madrid

Mayo, 2022

Resumen

Se recoge el tratamiento psicoterapéutico humanista y de la psicoterapia del trauma llevado a cabo durante 18 sesiones semanales del caso clínico de una mujer de 23 años. Se emplean diversos métodos de recogida de información, la alianza terapéutica es clave en el proceso de re-vinculación, auto-consuelo y auto-compasión. La intervención tiene como objetivo que la paciente atraviese sus heridas nucleares de soledad y de apego para integrar en su mundo interno eventos traumáticos vinculares de su infancia y la toma de consciencia de sus necesidades a través del trabajo corporal. La evolución ilustra una reducción de su sintomatología negativa, la adopción gradual de un Self más agente y el tránsito desde un estilo de vinculación enfocado en los otros hacía uno desde ella misma y acorde a sus necesidades internas. Finalmente, la paciente encuentra espacios en los que ser ella misma y sentirse en calma física y mentalmente. No es común el tránsito de la soledad emocional desde la re-vinculación compasiva con el propio mundo interno, aspecto que merece reflexión en este momento en el que la tecnología crea la sensación de establecer vínculos que no generan conexión.

Palabras clave: Duelo emocional, trauma relacional, soledad, auto-consuelo, auto-compasión, integración mundo interno

Abstract

The humanistic psychotherapeutic and trauma psychotherapy treatment carried out during 18 weekly sessions of the clinical case of a 23-year-old woman is reported. Various methods of information gathering are used, the therapeutic alliance is key in the process of re-bonding, self-soothing and self-compassion. The intervention aims to help the patient overcome her nuclear wounds of loneliness and attachment in order to integrate traumatic bonding events from her childhood into her inner world and to become aware of her needs through body work. The evolution illustrates a reduction of her negative symptomatology, the gradual adoption of a more agent Self and the transition from a style of attachment focused on others to one focused on herself and in accordance with her inner needs. Finally, the patient finds spaces in which to be herself and feel physically and mentally calm. The transition from emotional loneliness to compassionate reconnection with one's own inner world is not common, an aspect that deserves reflection at a time when technology creates the sensation of establishing links that do not generate connection.

Keywords: Emotional grief, relational trauma, loneliness, self-soothing, self-compassion, inner-world integration

ÍNDICE

1. Introducción	4
1.1. Breve contextualización del caso.....	4
1.2. Conceptualización de conceptos clave y bases teóricas utilizadas en la evaluación y/o intervención.....	7
1.3. Objetivo del estudio y principales hipótesis planteadas	13
1.4. Relevancia estudio de caso	14
2. Diseño	15
3. Metodología de evaluación	17
4. Presentación del caso	17
5. Antecedentes	19
6. Formulación del caso	20
7. Tratamiento, curso y resultados	24
8. Discusión	38
9. Referencias bibliográficas	42
10. Anexo	44

1. Introducción

El presente trabajo presenta un estudio de caso clínico enfocado desde el modelo de intervención psicológica humanista y el abordaje desde la psicoterapia del trauma, aplicando la técnica del modelo EMDR (Shapiro, 1987) y de la terapia Sensoriomotriz (Ogden, 2006).

En primer lugar, se hará una descripción y contextualización breve del caso estudiado, en la que se aportará información transcrita de partes de las primeras sesiones de la paciente para ilustrar mejor su problemática al inicio del proceso. Así mismo, se expondrán los conceptos clave y las bases teóricas que han sido utilizadas durante el proceso, en las fases de evaluación e intervención, a partir de la literatura académica existente y relevante para la temática del caso. Más adelante, se concretará cual es el objetivo del presente estudio. Por último, se argumentará la importancia y relevancia del estudio de caso seleccionado para este proyecto atendiendo a razones del aporte a la comunidad científica tales como la relevancia de la temática del problema, una nueva forma de abordaje terapéutico, y el enfoque práctico del trabajo para facilitar su aplicación clínica posterior.

1.1 Breve contextualización del caso

El caso que se expone en este trabajo, trata de la intervención llevada a cabo entre octubre de 2021 y mayo de 2022 con una mujer de 23 años llamada M. Este proceso terapéutico que está llevando a cabo M, es la continuación de un proceso que empezó hace un año en el mismo centro (UNINPSI) y con la misma terapeuta (Mónica Torres Ruiz-Huerta) y con una nueva co-terapeuta (en este caso yo misma Claudia Pascual Remón). La paciente, en el comienzo de este nuevo proceso, refiere que quiere trabajar el duelo de dejar atrás lo que no le han podido dar sus padres para poder dárselo ella misma o encontrarlo en otros y soltar el miedo a confiar en los demás y que éstos puedan ver sus necesidades.

En el momento de inicio del tratamiento, la paciente se encuentra viviendo sola en Bruselas haciendo un Erasmus, donde realiza unas prácticas a nivel internacional en una empresa de relevancia. La adaptación al cambio de su nuevo rol de trabajadora y no de estudiante, y su nuevo entorno social, son las problemáticas que trae a las primeras sesiones. Fue posible ir conectando con M de qué manera este cambio tan grande le llevaba a dolores reconocidos en ella por su gran capacidad de introspección.

El trabajo terapéutico ha tenido una serie de retos ya que M ha cambiado de equipo terapéutico respecto al del curso anterior y de un periodo donde ha estado trabajando sin equipo solo con la terapeuta principal. Esto ha supuesto una pérdida de intimidad y de mirada

con la terapeuta (Mónica), un duelo de la coterapeuta anterior, a la vez que, un desafío respecto a la capacidad de confiar y abrirse con un equipo de terapeutas de edad similar. Sin embargo, se ha considerado relevante seguir con el trabajo en coterapia y en equipo, para ofrecer a M la posibilidad de volver a enriquecerse de otra vinculación como una oportunidad para construir nuevos espacios de seguridad donde ver que puede abrirse y también nutrirse del vínculo. Todo ello se valora idóneo por el buen vínculo que tiene con la terapeuta principal, porque los terapeutas valoramos sus recursos internos para adaptarse y consideramos que puede ser una oportunidad de intervención muy valiosa.

Es interesante ilustrar una de las primeras sesiones de la paciente en las que se abordó la temática de no ser suficiente para el puesto que debía desempeñar en la empresa de prácticas, a la vez que sentía que ella no pertenecía a ese mundo (de personas que valoraban más la productividad en el trabajo y la frialdad emocional que la calidez humana y la empatía) y refirió lo siguiente: *“no llego a todo en el trabajo e imagino que me van a echar”, “mi jefe es muy directo y no tiene en cuenta los sentimientos de los demás”, “yo no soy como ellos, siento que no pertenezco”, y “me sale mucho rechazo hacia él porque me impone mucho y me hago pequeña”*. M pudo ver cómo esta vivencia de aquí y ahora conectaba con su sensación de “allí y entonces” (Salvador, 2009). Lo que le estaba ocurriendo era una repetición de algo anterior. La sensación de no sentirse en pertenencia en su casa, tiene una relación directa entre la vivencia experimentada en la relación con su jefe con su vínculo con su padre que a veces parece y funciona como un “jefe”. Y su respuesta ya conocida por ella es de rechazo y hacerse pequeña. M ha podido ver una repetición de un patrón que según la terapia del trauma no tiene que ver con la experiencia actual sino con su herida de trauma de apego que le ha impedido sentirse segura en su entorno primario y repite el patrón en este nuevo escenario (Salvador, 2009).

En siguientes sesiones van apareciendo diversas situaciones traumáticas acontecidas en su infancia. Aparece una escena de M con mucho malestar físico al verse expuesta delante de toda la clase en una situación de comprensión lectora en el cual ella no siente que tenga derecho ni opción a pensar y vive con mucho rechazo a su valía su dificultad. En casa recuerda un padre muy exigente, que no legitima las emociones negativas (“hay que controlar los esfínteres emocionales”) y aparecen recuerdos de escenas, imágenes y sonidos (pisadas en escaleras) que activan mucho sistema de alarma de M con una respuesta corporal muy fuerte de temor. Aparece un sentimiento de culpa muy fuerte por no poder proteger a su hermano menor de esa vivencia de frialdad emocional. Le va viendo crecer en ese entorno y

endurecerse. Eso le duele y le hace sentir culpa y soledad. Además, hace unos años experimentó un accidente de tráfico de una amiga suya.

M ha evitado la gestión emocional de estos sucesos quedando atrapados en su cuerpo que reacciona con memoria bloqueándose (Ogden, 2006). Así como, la necesidad vincular que tiene hacia los demás, por la cual, M ha aprendido a funcionar cumpliendo las expectativas y demandas de su entorno y desconectando de sus propias necesidades y deseos.

El trabajo terapéutico muestra que ha mejorado la conexión con sus emociones respecto al proceso terapéutico que empezó el año pasado y la aceptación de las emociones desagradables (tristeza y vergüenza sobre todo). Esto especialmente lo advirtió la terapeuta que conocía el funcionamiento anterior de M, pero también la coterapeuta y el equipo ya que, la paciente hablaba de las emociones negativas que sentía y se permitía la expresión de la tristeza mediante lágrimas en sesión. Sin embargo, en otras ocasiones se autointerrumpía algunas emociones porque le sobrepasaban, y ha sido durante el transcurso de las sesiones, que ha podido encontrar un lugar seguro en el que ser acompañada (progresivamente mostrándose vulnerable y confiando en las terapeutas para expresarse en profundidad y que estas puedan ser validadas y sostenidas por un otro). M ha mostrado en todo momento mucha disposición a realizar las técnicas que le hemos propuesto y ha confiado en el proceso terapéutico, refiriendo en varias ocasiones confianza en los procedimientos que íbamos a seguir con ella *“me transmite mucha esperanza esto que me acabáis de decir que vamos a trabajar”*.

La paciente tiene capacidad para la simbolización y la escucha de su cuerpo, aunque en ocasiones esta última le genera un sentimiento de susto, en ciertos momentos tras haber realizado un trabajo de consciencia corporal invitando a algún movimiento le ha producido mucha conexión emocional y llanto que le ha descolocado expresando al terminar *“¿qué acaba de pasar? ¿Qué es lo que ha hecho mi cuerpo?”*. Por lo que paulatinamente vamos dejando que el dolor atrapado en el cuerpo se exprese a través del movimiento, dejando que se liberen las emociones.

Como he mencionado previamente, a raíz del trabajo en sesión se van identificando experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia que se encuentran desintegradas de la experiencia de su mundo interno (Shapiro & Maxfield, 2002) y que decidimos abordar desde el enfoque de EMDR (Shapiro, 1987) y terapia Sensoriomotriz (Ogden, 2006) para la integración de su mundo interno y que pueda reflejarse en un comportamiento libre y deliberado por parte de M.

1.2 Contextualización de conceptos clave y bases teóricas utilizadas en la evaluación y/o intervención

Los aspectos claves más relevantes para la conceptualización del presente proceso terapéutico son los siguientes: el trauma (especialmente vincular/relacional), la soledad, el auto-consuelo y la auto-compasión, y la relación terapéutica.

Para trabajar estos aspectos, las principales bases teóricas utilizadas para trabajar el trauma han sido: la Terapia Sensoriomotriz de Ogden, la Teoría Polivagal de Porges y el EMDR de Shapiro. Para acompañar a M en el proceso de transitar el dolor por la soledad emocional se ha tenido en cuenta la aportación teórica del Modelo Multidimensional de Antecedentes de la Soledad de Rokach (1988), y la evaluación de las dimensiones de la soledad propuestas por DiTomasso, Brannen y Best (2004). Para lograr el auto-consuelo y la auto-compasión, Greemberg y Kristin Neff. Y respecto a la relación terapéutica, el establecimiento de una alianza en la que trabajar la vinculación segura y el restablecimiento de un apego seguro.

La vivencia de un evento traumático, acontecimiento en el que se ve amenazada la vida o integridad física o el hecho de presenciar que le ocurre eso a otra persona, genera una respuesta involuntaria e inconsciente de inmovilización (correspondiente con la parte más primitiva del funcionamiento del cerebro reptiliano y del sistema nervioso). Esta sirve en el momento en el que ocurre la vivencia traumática como una estrategia de supervivencia ya que permite al organismo no experimentar dolor. Sin embargo, configura en el organismo una respuesta de escapatoria frustrada que desencadena una experiencia de miedo e impotencia. Es un mecanismo fisiológico, que interrumpe el proceso de descarga de energía producida en el momento del evento traumático, quedando esta atrapada en el sistema nervioso. Por lo que, los síntomas del trauma no son causados por el mismo suceso que los desencadena, sino por la no descarga de esta energía residual que conforma que el sujeto continúe experimentando angustia, miedo, ira e impotencia. Esa energía queda inmovilizada, acumulada en el cuerpo, y es necesario que se libere (que pueda ser una experiencia escapatoria activa) para que se pueda superar el trauma (Levine & Federick, 1999). De esta manera, la experiencia original quedará integrada con el resto de aspectos que conforman la persona y no aislada en el organismo. Por tanto, el mecanismo de funcionamiento del trauma explica la conexión entre la mente y el cuerpo (motivo por el cual se realiza trabajo corporal con M). Siendo fundamental reconocer los síntomas desencadenados por el trauma, como es la expresión en la actualidad de esa experiencia original que acumuló energía no procesada, para su

tratamiento. Que se basa en el acceso a la conciencia interna del cuerpo, a la sabiduría innata del organismo, para transformar la energía acumulada de la inmovilización, en un contexto de seguridad, tranquilidad y protección como es el espacio terapéutico (Levine & Federick, 1999).

La Terapia Sensoriomotriz de Pat Ogden, es un modelo de intervención basado en la neurobiología interpersonal, la neurociencia y la investigación sobre trauma y apego. Trata el procesamiento de la experiencia traumática a través del trabajo con el cuerpo y los elementos fisiológicos del mismo, mediante las sensaciones y movimientos corporales. De modo que influyendo en la experiencia momento a momento que tiene el paciente, se quiere que esta se reorganice y se favorezca el cambio en las emociones, cogniciones y capacidad de relación de los pacientes (Ogden, et al., 2009). Este modo de trabajo, es por tanto “ascendente”, desde las vivencias corporales hacia lo emocional y cognitivo (Rodríguez, 2011). También, se tiene en cuenta la relación terapéutica como medio para la reparación del apego, ya que la vinculación insegura supone la activación de sensaciones desagradables procedentes de experiencias traumáticas pasadas. El modelo está compuesto por tres fases: desarrollar los recursos somáticos necesarios para la estabilización, procesar los recuerdos traumáticos y restablecer los actos de triunfo, y la integración y el desenvolvimiento óptimo en la vida normal. El primero referente a la reducción de síntomas y a la estabilización, el segundo al trabajo con la memoria (recuerdos traumáticos) y el tercero a la integración del mundo interno de la persona (reorganización del sentido de la propia identidad personal) (Ogden, et al., 2009).

Por otro lado, la Teoría Polivagal de Porges, explica el funcionamiento del trauma a partir de la regulación del sistema nervioso autónomo (SNA) de las vísceras, la interacción social, el apego y las emociones. Esta teoría postula que el SNA está formado por dos ramas: la simpática relacionada con la respuesta de lucha/huida, y la parasimpática, que a su vez se divide en dos ramas: la que produce respuestas de calma (el nervio vago ventral), y la que genera inmovilización y desconexión (el nervio vago dorsal) (Porges & Buczynski, 2012). Además, esta teoría tiene en cuenta que los pacientes que han experimentado sensaciones de trauma tienen problemas para sentir la seguridad en los vínculos interpersonales, incluso cuando esta está presente. A esta evaluación automática de seguridad o riesgo de las situaciones, se le llama en esta teoría neurocepción. Ocurre por la observación de pequeños matices en el cambio de la expresión facial y el tono de voz entre otros, siendo un proceso sutil previo a la percepción que activa el sistema de alarma para la supervivencia (Porges &

Dana, 2018).

Por otro lado, esta teoría postula que esta sensación de seguridad en los pacientes con trauma se puede reparar con el vínculo terapéutico, especialmente la presencia terapéutica es la que influye en la neurocepción del paciente (con su presencia encarnada, acompañando y regulando desde el cuerpo y el tono de voz), y por tanto, en la mejoría de sus estados fisiológicos. M presenta dificultades para la regulación emocional apareciendo un estado elevado de miedo y necesidad de seguridad y protección. Ambas respuestas, se observan como consecuencia de eventos traumáticos relacionales los cuales han desarrollado el siguiente funcionamiento de activación neurofisiológica: su sistema nervioso simpático se sobreexcita, y como respuesta de esto se produce una activación del sistema nervioso parasimpático por el nervio vago dorsal que evoca un estado de desconexión e inmovilización en la paciente (Porges & Dana, 2018).

Así mismo se ha trabajado desde el modelo EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), que es un enfoque psicoterapéutico que trabaja el procesamiento asociativo espontáneo de los recuerdos traumáticos en ocho fases a través de la estimulación bilateral de los hemisferios cerebrales. Está enmarcado en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), que propone la existencia de un sistema fisiológico innato de procesamiento de la información procedente de las experiencias traumáticas en la red de memoria de modo adaptativo, es decir integrado (Shapiro & Maxfield, 2002). La concepción del trauma para este modelo, sería el de la no integración de los componentes de la experiencia traumática (imágenes, sensaciones, emociones y pensamientos) en la red de memoria que quedan fragmentados. Estos componentes que quedan aislados, pueden ser activados por estímulos (internos o externos) produciendo la sintomatología: flashbacks, pesadillas, y aumento de la ansiedad entre otras.

Por otro lado, el modelo distingue dos tipos de traumas (figura 1 en anexos): los “T grande” que se corresponden con la definición del TEPT del DSM5, y las “t pequeña” referidas a la identidad como respuestas comportamentales al estado emocional (Hensley, 2010). Esta distinción, ha servido fundamentalmente para identificar en la paciente las heridas de valoración importantes.

Las ocho fases del modelo son las siguientes: historia clínica preparación del paciente, evaluación, desensibilización, instalación, examen corporal, cierre, y seguimiento (Lupo, 2015). Por lo que, el objetivo es la trasmutación (cambio de significado) mediante el procesamiento reconsolidación/ re- memorización (almacenamiento en las redes) y la

desensibilización (Hensley, 2010).

En cuanto a la soledad, que es una de las heridas nucleares de M, aparentemente le ha acompañado hasta el momento actual de la terapia, por lo que es relevante trabajar esta actitud estrechamente relacionada con su estilo de apego (el cual le supone problemas vinculares) y su modo de afrontamiento (la desregulación y falta de consuelo hacia sí misma).

Es importante conocer que la soledad es una experiencia psicológica y emocional multidimensional y multicausada, derivada de sus experiencias, recursos y estrategias de afrontamiento, el significado dado y el entorno social en el que se ha desarrollado el individuo. Respecto a este último, es importante destacar que la paciente al tratarse de una mujer tiene una vivencia de la soledad desde los estereotipos sociales propios de su género que le dan una connotación negativa al hecho de estar soltera (Rios & Londoño, 2012). Concretamente M, en su sistema de creencias tiene la expectativa de que va a sentirse en un vínculo seguro a través de una pareja. Mensaje que ha sido introyectado también desde su entorno social y su núcleo familiar. “El siguiente paso es tener una pareja y casarse” y con ello todos los mitos asociados al amor romántico como salvador. Un ejemplo de las consecuencias de la interiorización de estos mitos, es un estudio que demuestra que el 73% de jóvenes opinan que el amor lo puede todo, dejando así a la mujer en una posición de inferioridad y sumisión (Marroquí, & Cervera, 2014).

En lo que al presente trabajo respecta, la paciente vive la soledad como un sentimiento de desvinculación hacia los demás, más allá de que exista o no presencia perceptible de otros. Un ejemplo de esta soledad acompañada es que se sentía menos sola en el contexto del Erasmus en el extranjero que posteriormente en su ciudad natal, donde incluso ha referido “*en Madrid es peor esta sensación, porque me siento sola estando con gente*”. Esta vivencia de la soledad, se corresponde al concepto teórico de la literatura denominado “*loneliness*” (que significa en castellano “tristeza porque uno no tiene amigos ni compañía”) derivado de la sensación subjetiva y experiencia de la paciente de temor a la ruptura de sus vínculos significativos o la imposibilidad de constituirlos (Zohn et al., 2018). Se puede observar esto ya que la paciente ha indicado en alguna ocasión la imposibilidad de ser ella misma en sus relaciones o de construir relaciones sociales que le satisfagan su necesidad vincular. Es decir, es una soledad experimentada desde la parte emocional de la persona donde se siente dolor, sufrimiento y angustia por la sensación de falta de vínculos significativos o un sostén.

El hecho de hacer terapia, ha sido un elemento que ha visibilizado en ella más la

sensación de soledad al ver cuántas cosas no era capaz de compartir y poder tener una experiencia significativa con otros más allá del espacio de terapia. En definitiva, la concepción y vivencia de la paciente respecto a la soledad es de una experiencia negativa relacionada con una discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y los contactos reales mantenidos de su red de apoyo social (Ríos & Londoño, 2012).

A su vez, la experiencia de soledad que tiene M está asociada al proceso de individualización que está realizando en el proceso terapéutico respecto de su entorno y el sentido de pertenencia a él, que lleva un dolor asociado por la separación (Zohn et al., 2018). En alguna de las sesiones ha expresado “*siento que no pertenezco a ese mundo*” refiriéndose a su familia, su grupo de amigos o el entorno en el que está trabajando.

Por último, es importante considerar que esta experiencia subjetiva de soledad se puede dar en tres aspectos: la soledad social, la soledad familiar y la soledad romántica o de pareja (Yaben, 2008). En este caso, mediante el método observacional durante el transcurso del tratamiento, se ha constatado que la paciente siente esta necesidad de intimidad interpersonal en los tres ámbitos específicos de la soledad. Además de que esta ha referido lo siguiente: “*no tengo a nadie de mi entorno con quien compartir mis inquietudes*”, “*siento que no pertenezco a ellos*” (haciendo referencia a su familia), y “*a veces siento que me voy a quedar sola y no voy a encontrar a nadie*”.

Por otro lado, se propone la Terapia de Auto-consuelo, actitud predictora de salud y bienestar, como proceso que desencadena experiencias emocionales correctivas tanto a nivel personal como interpersonal. Este término, también puede identificarse con el de auto-amabilidad y hace referencia al proceso de regulación emocional en el que tratándose a uno mismo de manera tierna mientras se está experimentando emociones desagradables intensas estas puedan transformarse (Neff, 2003). De modo que se facilita en los pacientes un diálogo interno más amable en los momentos que experimenta una gran auto-crítica o auto-desprecio, los cuales, le incapacitan a gestionar de forma adaptativa la angustia de un estado emocional desregulado. Este proceso genera la validación de las propias experiencias emocionales, además de que proporciona la sensación de vivirse a sí mismos con un Self más agente y valioso (Caro & Hornillos, 2015).

En lo que respecta a la paciente, este auto-consuelo se va a promover desde la relación terapéutica, en la que a través de la presencia se va a corregular las emociones de M para que esta pueda integrar una mirada amorosa interna que le permita poder autorregularse a sí misma. De tal modo que podrá darse a sí misma (acompañarse a sí misma, en vez de tirar

hacia delante experimentando malestar) lo que no puede recibir de otros y siente que necesita o podrá aprender a pedirlo. De esta forma, se repara su herida de apego: no recibir por parte de los otros la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto, no sentirse validada y segura en el vínculo.

La auto-compasión ha sido otro de los aspectos incluidos en esta intervención, ya que se ha considerado importante que la paciente integre en el funcionamiento de su mundo emocional interno una mirada de aceptación, consuelo y amor. De este modo, la paciente podrá experimentar una vivencia de amor hacia sí misma, que le permita sentirse reconocida, en calma y amada, y que por tanto, se pueda desprender de buscar esta necesidad en los demás significativos (Timulak, 2015).

Como último concepto clave, es importante destacar que desde el inicio del tratamiento se tuvo muy en cuenta la calidad de la relación terapéutica basada en la transmisión de seguridad, como en la creación de un espacio donde reparar el dolor de las heridas de apego de la paciente. En este ambiente, la presencia terapéutica es sanadora para la correulación de la paciente, la cual, puede darse permiso para expresar sus emociones y poder conectar con su experienciar interno sin amenazas que lo interrumpan. Además, desde la nueva vinculación con las terapeutas en la que M no solo siente legítimo expresar sus emociones sino también recibir el afecto, puede trabajarse su estilo de apego (se evaluó inicialmente y se interpretó clínicamente como evitativo), que no le permite confiar en los demás ni esperar nada de ellos (Garrido, 2006). Este estilo de apego se hipotetiza que se configuró en la primera infancia, donde M estableció sus primeros vínculos afectivos y aprendió que no podía recibir de sus figuras de referencia la satisfacción de las necesidades que ella percibía. Configurando de esta manera su funcionamiento interno (ella no puede satisfacerse sus propias necesidades, “no puedo confiar y estar segura de mí misma”) y su funcionamiento respecto a los demás (“los demás no me pueden satisfacer mis necesidades, no puedo confiar en ellos”) (Bowlby, 1969, citado en Halty, 2017).

Por ello, en la relación terapéutica se repararán estas heridas relaciones que le generan problemas vinculares en la actualidad y desencadenan la anteriormente explicada sensación de soledad y necesidad de auto-consuelo.

Es importante destacar, que además de los conceptos clave anteriormente mencionados que han sido trabajados en la paciente, también se ha tenido en cuenta a lo largo de todo el tratamiento la importancia del trabajo con el cuerpo y de la presencia terapéutica

online.

En primer lugar, se ha considerado de gran relevancia utilizar el trabajo con el cuerpo como marco teórico para la intervención de este estudio de caso. Esto, permitiría a M enfocarse su atención a lo implícito, a la sabiduría de su propio cuerpo, a lo físico, en vez de atender a la experiencia mental, a lo explícito. Este trabajo se realiza mediante el desarrollo de una consciencia corporal en los pacientes a través de la distinción entre las diferencias de las sensaciones físicas experimentadas (Gendlin, 1978). Este acceso a la sabiduría que está acumulada en el cuerpo, esta sensación sentida, está bloqueada en el cuerpo y al ser escuchada fluye en el aquí y el ahora, siendo un proceso facilitador de la aproximación del mundo interno (Briz, 2011). Cuando esto sucede, se aprecia en los pacientes suspiros profundos o relajaciones de su cuerpo (como una tensión que se acumulaba en los hombros). Por tanto, permite una vivencia más integrada y una vida sentida con congruencia

Finalmente, es importante tener en cuenta que la intervención desde septiembre hasta febrero se realizó en formato online. Por lo que en las sesiones que transcurrieron en ese periodo se prestó especial hincapié en el desarrollo y mantenimiento de la presencia terapéutica a través de la pantalla por ser premisa necesaria para establecer un vínculo terapéutico eficaz y una alianza positiva. La presencia terapéutica consiste en mostrar una actitud de implicación total por parte de las terapeutas respecto a los niveles emocional, cognitivo, relacional y espiritual. Para de este modo poder sintonizar la experiencia momento a momento de ambas partes implicadas y facilitar así en la paciente la sensación de “sentirse sentido” (Geller, 2021). En formato online, la capacidad de expresión de la presencia a través de todo el cuerpo (expresión facial, movimiento en tiempo real, prosodia y postura corporal entre otras) se ve reducida, lo que afecta a la transmisión de seguridad, intimidad y confianza por parte del terapeuta. Es importante conocer estas limitaciones, para poder reparar las posibles rupturas que se den en el vínculo terapéutico.

1.3 Objetivo de estudio

La finalidad principal del presente trabajo, es la de contribuir a la comunidad científica y compartir entre los profesionales del campo de la salud mental diversas técnicas y líneas de trabajo de interés que puedan ser efectivas para la intervención en la integración del mundo interno de la paciente. En concreto, respecto al tránsito de la soledad y de las

experiencias traumáticas del pasado.

Como objetivos más específicos, se quiere ilustrar un estudio de caso desde el modelo de práctica clínica humanista y el abordaje desde la psicoterapia del trauma, que permite el trabajo de las heridas nucleares de la paciente respecto a la soledad y a traumas, especialmente vinculares. Con el propósito, de reparar estas heridas vinculares desde un apego seguro en el que se incorpore la autorregulación desde una experiencia de integración de la auto-compasión y auto-consuelo en su mundo interno.

Por otro lado, se quiere ofrecer la documentación de la efectividad clínica del proceso de tratamiento terapéutico y cambios dados en la paciente. Y por último, ofrecer nuevos desafíos en la práctica de la psicología clínica, destacando el modelo humanista y el abordaje desde la psicoterapia del trauma, con técnicas como el EMDR, la Terapia Sensoriomotriz y la Teoría Polivagal. Además del trabajo de la reparación de las heridas vinculares de apego a través de la presencia terapéutica, el auto-consuelo y la auto-compasión. Así mismo, se considera parte esencial de este proceso la expresión emocional y la aceptación de las mismas. Poder estar con lo que ahí desde una mirada de conexión, aceptación y auto-consuelo para poder transitar procesos dolorosos y facilitar la integración del mundo interno aliviando el sufrimiento.

1.4 Relevancia del estudio de caso

Uno de los principales motivos de la elección de este estudio de caso, fue su relevancia en la aportación científica de la psicología, ya que es un proceso terapéutico que ilustra varios de los problemas de la sociedad actual: el tránsito de la soledad (en una población joven con un círculo de relaciones amplio), el contacto con el mundo interno para su integración, y la reconstrucción de la identidad a través del reprocesamiento de experiencias traumáticas.

La paciente, refiere sentirse al inicio del tratamiento muy sola con sus problemas y sin poder apoyarse en otras personas de su entorno, por lo que, le resulta difícil sostenerse a sí misma en esa soledad y estar en contacto con esas emociones desagradables que se le despiertan. A su vez, estas tienen que ver con experiencias traumáticas de su pasado en las que la paciente se relacionó de forma disfuncional con personas significativas.

Además de la problemática tratada, la combinación de los modelos Humanista y el abordaje desde la psicoterapia del trauma en este tratamiento, también son de gran interés para la comunidad científica por la novedad de estudios de caso existentes desde estos

enfoques aportando así una nueva forma de intervención clínica. En este caso, ambos modelos procuran facilitar el procesamiento emocional (sobre todo las emociones de miedo, vergüenza y soledad) que le genera malestar a M para que pueda atravesar las experiencias traumáticas de su pasado y las pueda sostener en el presente para poder ser integradas en su identidad. Así como el acercamiento al mundo interno y la obtención de sabiduría de él, a través de las sensaciones sentidas en el cuerpo y el trabajo entre hemisferios con la técnica de reprocesamiento y las tandas de sets con el movimiento de los ojos del modelo EMDR. Con el objetivo de que así M pudiera tener ella misma los recursos necesarios para poder gestionarse a sí misma de forma más adaptativa.

2. Diseño

El estudio de caso presentado se basa en un formato denominado naturalístico o estudio de caso sistémico. Su estructura está formada por la información verbal proveniente de la paciente, por los instrumentos cualitativos utilizados en el proceso de evaluación del caso y por la interpretación y exposición de los resultados obtenidos tras la intervención.

El lugar de aplicación de la intervención del presente estudio de caso corresponde a la UNINPSI (Unidad de Intervención Psicosocial), centro sanitario de psicología y psicoterapia clínica situado en el centro de Madrid (Comunidad de Madrid). A su vez, el trabajo corresponde a una de las asignaturas que forman parte del itinerario del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas, concretamente al Prácticum. La intervención se llevó a cabo durante 5 meses (octubre a febrero) de manera online y 3 meses (marzo a mayo) de forma presencial.

La UNINPSI está asociada como centro de investigación, intervención y formación en psicología, a la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia de Comillas. Como tal y a lo que interesa respecto al estudio de caso, el centro ofrece procesos de psicoterapia de manera multidisciplinar e integradora, basada en la atención de los diferentes enfoques de la psicología clínica (Humanista, Cognitivo-Conductual, Sistémico y Psicodinámico, además ofrece una mirada desde la vida religiosa para aquellos que requieran este enfoque), está destinada a todo tipo de población (infanto-juvenil, adultos, personas mayores) y en diferentes formatos (terapia individual, de pareja o familiar).

La asignación del caso de M para la realización del presente trabajo se realizó a

principios del periodo de prácticas de la alumna de manera aleatoria, sin considerar variables de inclusión o exclusión. Además, fue considerado que el contenido de la problemática de la paciente resulta interesante para el aprendizaje e interés científico, siendo de relevancia el caso para la aportación a la comunidad científica y la sociedad actual.

El proceso terapéutico que se llevó a cabo en este caso, fue en formato de co-terapia con la tutora del prácticum Mónica Torres Ruiz-Huerta y la alumna del mismo Claudia Pascual Remón, que a su vez es autora del presente trabajo y cursa el 2º curso del Máster en Psicología General Sanitaria y Máster Propio de Especialización Terapéutica en Psicoterapia Humanista, Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción. Además, este formato ha contado con un equipo terapéutico formado por otros tres alumnos que cursan los mismos Máster de la universidad y cuya función era la supervisión del caso.

La tutora Mónica Torres Ruiz -Huerta, se licenció y doctoró en la Universidad Autónoma de Madrid, además cursó el Máster en Psicoterapia Humanista individual y de grupo en psicoterapia psicodramática. Trabaja desde hace años ejerciendo la psicoterapia desde una perspectiva dinámica y humanista en diferentes centros, entre ellos destacan los psicosociales, comunitarios y penitenciarios. En 2009, comenzó a trabajar como docente de la Universidad Pontificia de Comillas impartiendo algunas asignaturas de los Grados y de Máster de Psicología, Criminología, Trabajo social y algunas de la facultad de ICAI. Años más tarde, concretamente en el 2018, se integró en el grupo de psicoterapeutas de la UNINPSI para trabajar tanto de modo individual con los pacientes, como en equipo siendo tutora de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria.

Respecto a mí, soy graduada en Psicología por la Universidad de Navarra (Pamplona) y actualmente estoy finalizando los estudios de doble Máster, anteriormente mencionados, en la Universidad Pontificia de Comillas. Mi experiencia clínica hasta el momento ha sido muy variada y enriquecedora en cuanto a lugares geográficos, población en la que he intervenido y enfoques de la psicología. Comencé el centro vinculado a la Universidad de Navarra (Clínica Universitaria de Navarra) y continué en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra interviniendo desde el enfoque cognitivo-conductual. Más adelante, realicé intervención psicosocial y clínica en un centro sanitario de Santiago de Chile donde descubrí los enfoques sistémicos y psicodinámicos. Finalmente, las prácticas vinculadas al Máster de Psicología General Sanitaria fueron el primer año en un centro de la

Comunidad de Madrid donde trabajé con familias y parejas desde el enfoque sistémico. Y, actualmente estoy en la UNINPSI trabajando de manera individual desde el enfoque humanista experiencial.

Finalmente, destacar que como el presente trabajo se realiza dentro del marco de una institución universitaria, se ha requerido la aprobación del mismo por parte del comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas, quien determinó que se podía llevar a cabo este proyecto.

3. Metodología de evaluación

El objetivo de recoger información de M, se ha llevado a cabo con diferentes metodologías de evaluación, es decir, multimétodo. Especialmente, los procedimientos y fuentes de datos más utilizadas han sido de carácter cualitativo mediante medidas observacionales, entrevistas clínicas, notas del caso y registros clínicos. Todo ello, enriquecido desde la información de terceros que aportó al proceso de evaluación el equipo terapéutico que se encontraba en el otro lado del espejo unidireccional. Esta metodología, se siguió para evaluar la evolución de la paciente desde el estado inicial de M, hasta el final del proceso terapéutico que se expone en el presente trabajo.

Por otro lado, cabe destacar que no se le administraron a la paciente instrumentos de evaluación psicométricos, por lo que no existen datos cuantitativos de la línea base o de la sintomatología de la paciente.

4. Presentación del caso

La paciente, es una mujer joven de 23 años en el inicio del tratamiento, actualmente 24. Se dedica a terminar una asignatura y dos TFG de su titulación de Doble Grado, a la vez que cursa desde septiembre a marzo unas prácticas en el extranjero, motivo por el cual, durante esos meses la terapia se realizó en formato online.

Su familia de origen está formada por el sistema parental (su padre y su madre) así como por el filial (su hermana cuatro años mayor que ella, y su hermano pequeño cuatro años menos que ella). Respecto a su nivel socio-económico, se podría clasificar como medio-alto.

M comenzó la terapia con Mónica el anterior curso académico con el motivo de

consulta de afrontar el duelo tras una ruptura amorosa, por lo que al tratarse de la continuación de un proceso terapéutico ya empezado, actualmente su motivo de consulta ha evolucionado. Se establecieron nuevos objetivos para ella: abordar el dolor y la vivencia de necesidad que la paraliza y soltar el miedo a confiar en los demás y que puede comunicar sus necesidades que son más visibles y legítimas para ella.

La paciente es una mujer extrovertida con facilidad para la comunicación en terapia que se encuentra motivada e implicada en su proceso. Sin embargo, al iniciar esta segunda fase de su proceso terapéutico con un nuevo equipo de psicólogos y con una nueva co-terapeuta, se mostraba más reservada al hablar de algunos temas o incluso refería *“me siento tonta al llorar por esto, nadie más lo hace”*. Por ello, en algunas de las sesiones, el equipo terapéutico inició las citas con la cámara puesta para que la paciente les pudiera ver e incluso una sesión se hizo con todo el equipo, no solo con las co-terapeutas para consolidar el vínculo y sentirse acogida en la mirada de cada miembro del equipo. La ausencia del otro, que está pero no acompaña, es algo muy presente en su vida y se podía resignificar en esta relación terapéutica donde hay muchas personas pero de las cuales no obtiene presencia real. La paciente logró sentir calma y pudo expresar y recibir validación afectuosa por todos los miembros del equipo. También se trabajó desde la vinculación de las terapeutas, ofreciendo un espacio de seguridad, confianza, alianza y presencia terapéutica. Tras varias semanas con esta dinámica en las que se abordó esta dificultad, la paciente volvió a mostrarse con confianza absoluta y seguridad con el equipo pudiendo abrirse más que al inicio.

La paciente cuenta con una gran capacidad de insight que se nota que ha sido desarrollada en el proceso terapéutico del pasado año, la cual ha facilitado la mejora terapéutica de M ya que se conoce a sí misma y los mecanismos internos que rigen su comportamiento. M muestra mucho interés en profundizar durante las sesiones de terapia, no queriéndose quedar en aspectos superficiales, y desea resolver cuestiones del pasado que es consciente que le están afectando en el presente.

A pesar de que M cuenta con el apoyo económico de sus padres para poder realizar la psicoterapia, al sentir tan poco respaldo emocional no puede recibir este apoyo como algo de cuidado y valor. En el transcurso del proceso mostró mucho deseo de independencia económica para poder desligarse de este vínculo “en falso” con sus padres a través de lo material. Confiamos en que M poco a poco pueda sin duda adquirir su solvencia económica y ser dueña de su proceso también en lo económico y que además, pueda valorar y sentirse

agradecida por la forma en que sus padres pueden cuidarla. Que pueda ver el afecto en la forma que ellos tienen para darlo. Y darse ella misma o a través de otras formas de vinculación espacio para un encuentro emocional nutritivo y pleno. Aceptar lo que existe en el otro, poder recibir desde lo real, consideramos que es un paso más en su camino terapéutico.

Finalmente, cabe destacar que se obtuvo de la paciente el consentimiento informado para la participación en el presente trabajo (estudio de caso) y para su publicación. En este documento, M declaró haber recibido información suficiente acerca del estudio, haber tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre él, haber sido libre y voluntaria en la participación del estudio de caso conociendo que puede retirarse de este en cualquier momento del mismo por cualquier razón y sin penalización alguna en su tratamiento psicológico. Además, se le aseguró a la paciente la total confidencialidad de lo ocurrido en sesión, así como el trato anónimo de la información teniendo únicamente acceso a él las terapeutas (Mónica Torres Ruiz-Huerta y Claudia Pascual Remón) así como el equipo terapéutico. De todo ello, se dejó constancia por escrito mediante un Documento de Consentimiento Informado firmado por la paciente y por mí misma a fecha de 16 de enero de 2022.

5. Antecedentes

En cuanto a lo que ha sucedido hasta el momento de inicio del tratamiento, cabe indicar que la paciente ha crecido en un ambiente familiar en el que la expresión emocional y el afecto han sido muy limitados o asociados a un autoconcepto de debilidad y vulnerabilidad. Por lo que, con esta carencia de validación y regulación de sus emociones la paciente tiene una percepción de que sus necesidades emocionales no han sido cubiertas en su infancia. Esto está ligado en M, en que al no recibir esta actitud de calidez y amabilidad por parte de sus figuras de referencia, vive en la actualidad una desconfianza hacia la vinculación con los demás. A esto, se le suma que M ha vivenciado eventos traumáticos en lo que a la vinculación se refiere (explicado anteriormente respecto a su padre y su profesor de primaria, figuras con estilo invalidante y autoritario) que no ha podido procesar y reorganizar en su mundo interno, manifestándose en la actualidad como inmovilización o bloqueo cuando se relaciona con figuras de autoridad. Tiene interiorizado que no es seguro mostrarse tal y como es con los otros, ya que estos no van a reconocer sus necesidades y por tanto no se las van a satisfacer, por lo que se protege de este daño que percibe en los vínculos

distanciándose. Sin embargo, esta actitud desencadena en la paciente una vivencia de soledad emocional ya que no logra experimentar la conexión con el otro y esto le genera un gran vacío. Esta sensación M la percibe como más intensa tras el trabajo terapéutico del anterior proceso en el que se ha podido poner más en contacto consigo misma y que le ha generado mayor necesidad de expresar su mundo emocional con un otro. En relación con esto, es de interés rescatar de una sesión clínica, los siguientes mensajes expresados por la paciente: “*me siento sola en esta profundidad* (referida a lo que está aprendiendo de sí misma en terapia) y *necesito saber que los demás también viven esto*”, y “*necesito contárselo a alguien para enseñar esta parte de mí*”. A su vez, esta desconexión con los otros que vive M, le hace sentirse diferente a ellos generando en ella una sensación de no pertenencia tanto en su familia en la que refiere “*con mi familia también me pasa que no me siento a la altura*”, como en el ambiente laboral del que indica “*siento que no estoy a la altura*”, “*tengo miedo a que descubran que no tengo el nivel*”, y “*tengo la sensación de no pertenencia con ellos*”.

Por lo que, ante las expectativas que M tiene del mundo externo: por un lado, hace que renuncie a su propia escucha interna y a la aceptación de los propios deseos o necesidades, y por otro, que se perciba a sí misma como menos valiosa y renuncie su auténtica forma de ser por enfocarse en la satisfacción de las expectativas de los otros. En definitiva, la paciente se ha mantenido hasta el momento actual de la terapia en una postura de inmovilización y reclamando desde el dolor respecto a lo que desearía que le hubieran dado en su infancia y no fue.

Consideramos que una vez visibilizado este dolor, habiéndolo sostenido y acompañado para poder transitarlo, es la oportunidad para dejarse ir a otro estado emocional de mayor agencia y autoregulación. Saber que no necesita esto para poder continuar será el foco de nuestra intervención en este momento del proceso de M que sabemos preparada para colocarse en una posición de reparación desde la adulta capaz que es. Hemos visto y acompañado el dolor de su niña y ella ha podido acompañarla desde una presencia amorosa. Ahora ella puede avanzar sin sentir que necesita tener lo que no ha existido para continuar.

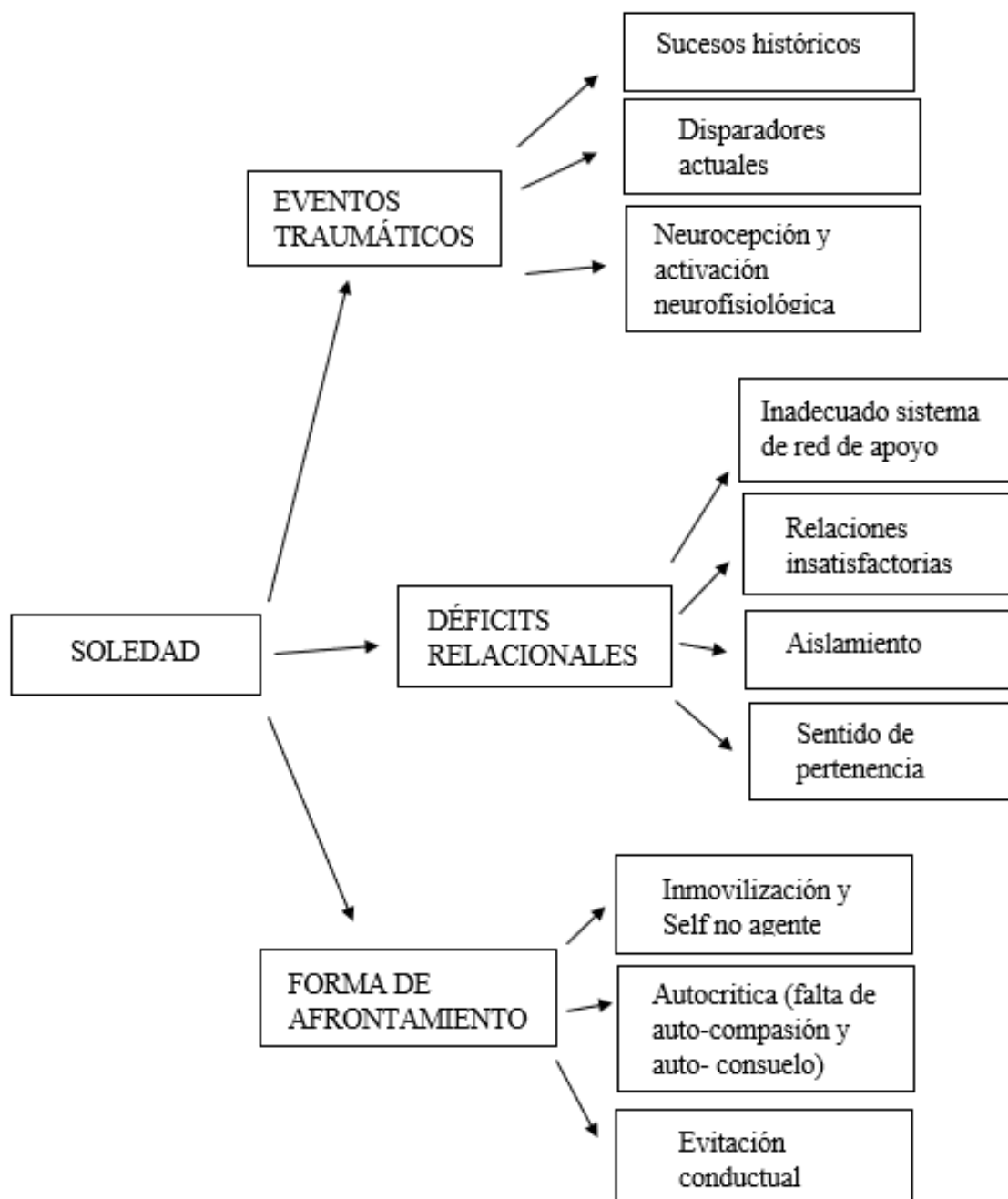
6. Formulación del caso

En la situación presente de M, la soledad es la experiencia dolorosa más nuclear. Esta soledad implica en ella la vivencia de las relaciones sociales como una desvinculación afectiva, en la intimidad, el amor y el afecto. Siendo un proceso que tiene antecedentes (eventos traumáticos y trauma relacional), manifestaciones y consecuencias, que varía en

función de diversos factores físico-situacionales, socio-culturales y de personalidad, que han acontecido en la vida de la paciente (Rios & Londoño, 2012). Esta sensación de soledad se ha originado y mantenido a lo largo del tiempo por varios factores (eventos traumáticos, déficits relacionales y forma de afrontamiento) que se explican a continuación y se representa con el siguiente esquema (figura 2.) de formulación de caso basado en el modelo específico planteado por Rokach (1988) llamado *Modelo Multidimensional de Antecedentes de la Soledad*.

Figura 2.

Esquema de formulación de caso de la paciente basado en el modelo específico planteado por Rokach (1988).



En primer lugar, los eventos traumáticos hacen referencia a tres aspectos: los sucesos históricos, los disparadores actuales, y la neurocepción y activación neurofisiológica. En cuanto a los sucesos históricos estarían los eventos traumáticos que vivió M durante su

infancia como puede ser la relación con su padre en la que no estaba permitida la expresión emocional, la separación traumática (sin información y en silencio) de su perro y recuerdos vividos como traumáticos.

Por otro lado, los disparadores actuales, corresponderían a las situaciones que vive la paciente en el día a día que le activan estos eventos traumáticos que en su momento no se pudieron elaborar. De esta manera, para la vivencia de M es como si aquello que sucedió en el pasado se volviera a repetir. Esto explicaría a su vez el por qué la paciente se encuentra desconectada de sí misma en estas situaciones y responde de manera automática, no ha podido procesar estas experiencias pasadas e integrarlas en su mundo interno.

Por último, la neurocepción y activación neurofisiológica correspondiente a la Teoría Polivagal de Porges, explicaría la configuración del funcionamiento del sistema nervioso de M que tras haber vivenciado eventos traumáticos, tiene sobreactivado el sistema nervioso autónomo (SNA). En este caso, la paciente experimenta como amenazantes las situaciones interpersonales y se le activa el sistema nervioso simpático de lucha y huida y el nervio dorsal del parasimpático que le induce en un estado de desconexión y bloqueo.

En segundo lugar, los déficits relacionales son otro de los factores que han resultado claves para el proceso de comprensión del caso de M. La paciente, refiere que ha tenido un inadecuado sistema de red de apoyo, tanto referido a su familia, pares y parejas afectivo-sexuales, en cuanto al ámbito emocional. A la paciente no se le ha permitido expresar sus emociones hasta el momento en el que ha empezado la terapia y ha aprendido a hacerlo; tampoco éstas han sido validadas, sobre todo por sus figuras de referencia (sus padres), ni han sido contenidas.

Por otro lado, la paciente también ha indicado a lo largo del proceso terapéutico que no ha tenido muchas relaciones satisfactorias, *“con mis amigas no puedo ser yo misma”*, *“no tengo los mismos intereses que ellas, lo que hacen no me llenan”*. En cuanto a la relación con sus hermanos, M se siente muy lejos de ellos emocionalmente a la vez que preocupada por su bienestar psicológico sin poder hacer nada con esta vivencia. Todas estas sensaciones en la vinculación con diversas personas esenciales la llevan a aislarse y cerrarse en sí misma. Ha referido que no se siente comprendida por las relaciones de su entorno y que está llevando de forma aislada todo el proceso de tratamiento, sin compartir con los otros lo que estos cambios que está experimentando le generan. Además, esto se acrecenta con algunas personas como son los miembros de su familia, necesitando espacios de soledad física en su hogar para poder conectar con su vivencia interna sin que el vínculo con otro pueda ser

amenazante. La paciente refiere que en determinados contextos no tiene sentido de pertenencia, concretamente esto se hizo muy explícito en la estancia en el extranjero. M no se sentía parte del equipo en el que se hallaba trabajando expresando “*yo no soy como ellos, son muy estirados y solo hablan de temas de la Unión Europea*”.

Por último, para la comprensión del estado en el que se encuentra M actualmente es imprescindible tener en cuenta la forma que está afrontando su situación vital. En cuanto a su Self, se encuentra en una posición de inmovilización en la que demanda de los demás significativos afecto. Lo vive en forma de necesidad para poder estar ella bien internamente y desde la queja de no haberlo obtenido en la infancia. Aunque cabe destacar que está comprometida con el proceso terapéutico y con la sanación desde ella misma, el compromiso con una actitud de responsabilidad hacia sus heridas emocionales no se advierte en el momento inicial de la terapia. Y esto se advierte como una de las dificultades del tratamiento ya que supone un mantenimiento de su malestar. La autocrítica es otro de los modos de afrontamiento que tiene M, sobre todo, en cuanto a sus capacidades laborales y de estudio. Ésta, se asocia a la interiorización de los mensajes que le han dado otras personas, especialmente en momentos claves de la vida de la paciente como es el recuerdo con el profesor de lengua de la infancia. Destacando por el contrario, la falta que tiene de una mirada hacia sí misma de compasión y validación de sus estados emocionales internos, es decir, de auto-consuelo. Y por último, el modo de afrontamiento de la soledad de la paciente es en cierta medida la evitación conductual respecto a mostrarse como ella misma es en situaciones en las que se puede ver expuesta al rechazo de un otro significativo.

7. Tratamiento, curso y resultados

En este apartado, se expondrá el tratamiento y curso que se ha seguido para este estudio de caso atendiendo a los objetivos propuestos de intervención. Por ello, se contextualizan los modelos teóricos utilizados que proveen técnicas concretas para el logro de los objetivos (resumidos en la Tabla 1), y a continuación, se explica más detalladamente una serie de sesiones clínicas significativas con sus respectivos resultados obtenidos.

El marco de intervención que se ha propuesto para este estudio de caso, se corresponde con la intervención psicológica humanista experiencial y el abordaje desde la psicoterapia del trauma. El trabajo con las emociones de la paciente y con las experiencias

que esta está sintiendo en las sesiones, es la base fundamental de esta intervención. Por ello, se ofrece un espacio terapéutico seguro en el que se facilita la evocación y trabajo con emociones, que es esencial para producir cambios a nivel profundo y sobre el mundo interno (implica la creación de sentido de los procesos emocionales por medio de la integración de emoción y significado) de la paciente con el fin de que se integre sanando así sus heridas emocionales nucleares (herida de apego y herida de soledad). Sobre todo, en lo que respecta a lo que le ocurre a M cuando se vincula con figuras significativas (núcleo familiar y pares) y no significativas (su jefe y profesores). De tal modo, ambas perspectivas de intervención repararán el estilo de apego de la paciente, a la vez que, le ofrecerán la interiorización de formas de afrontamiento más saludables como es el auto-consuelo.

Todo ello, sumado a que a lo largo del proceso terapéutico se ha tenido muy en cuenta la calidad de la relación terapéutica con M como herramienta para facilitar su cambio emocional. En ella, se han manifestado habilidades como la presencia terapéutica, la autenticidad y la escucha activa. Siendo especialmente la presencia terapéutica sanadora para la coregulación de la paciente que aprenderá así a autorregularse y a incorporar una mirada amorosa interna (Self compassion). Además, del modelo humanista de Terapia Focalizada en la Emoción, se han incorporado las habilidades terapéuticas que requieren de una actitud empática en sesión como son: la escucha, los reflejos, las exploraciones, y las conjeturas empáticas. Todas ellas, ayudan a que la paciente se permita la manifestación de su mundo interno para que este pueda ser explorado y reparado mediante un proceso de integración. De todas ellas, la escucha empática es una herramienta muy importante ya que, dignifica a la persona al centrarse en ella misma, haciéndole sentir “soy importante para el otro”, en vez de solo soy vista a través de sus problemas (Greenberg et al., 2015).

Asimismo, las metas y cambios más significativos que se esperan alcanzar durante el tratamiento, son: (1) reparación de las heridas nucleares de apego y soledad reconstruyendo una vinculación segura (mediante la relación terapéutica) que le permita poder encontrarse con “el otro” desde la confianza para mostrarse y abrirse sintiendo que puede hacerlo sin ser amenazante, (2) sanar las heridas traumáticas de la infancia que se activan en la actualidad a través de la neurocepción y le generan inmovilización, (3) aumentar la escucha y conexión emocional desde el cuerpo para la toma de conciencia del estado de su mundo interno y sus necesidades, (4) e integrar una mirada amorosa interna de sostén emocional (auto-consuelo) soltando la idea de que necesita desde un sentido profundo limitante la presencia empática y emocional de sus padres, es decir, vincularse consigo misma desde ahí aceptando lo que el

otro es y tiene para dar.

Es preciso señalar de nuevo, que el proceso terapéutico de este estudio de caso se ha llevado a cabo durante el periodo de prácticas curriculares del Máster cursado, por lo que la intervención que se desarrolla en el presente trabajo corresponde a una parte del total del tratamiento de M (debido a la limitación temporal impuesta por los plazos oficiales referentes a la entrega del Trabajo Fin de Máster). Su proceso terapéutico comenzó hace un año desde el momento en el que me incorporé en él y continuará de manera natural tras la finalización de mi periodo de prácticas. Por lo que, el presente trabajo de estudio de caso consta de 18 sesiones clínicas, desde el 14 de octubre de 2021 hasta el 5 de mayo de 2022, de 60 minutos. La periodicidad de las mismas ha sido de una vez a la semana, en formato online hasta marzo, momento en el que empezaron a transcurrir presencialmente.

Con el objetivo de ilustrar el curso del tratamiento, se adjunta a continuación una tabla (Tabla 1) con información referente a las secuencias de las sesiones, contenidos, objetivos y técnicas aplicadas.

Tabla 1.

Descripción del proceso terapéutico: secuencia de sesiones, contenido, técnicas aplicadas y objetivos perseguidos.

Número de sesiones	Contenido	Técnicas	Objetivos
1	Conocer a la nueva coterapeuta. Necesidad de saber que podía equivocarse sin que pasara nada y que podía mejorar ella misma sin que los errores le afectarían.	Presencia terapéutica. Respiración abdominal.	Crear alianza terapéutica con la nueva co-terapeuta y establecimiento de un vínculo seguro. Que la sesión fuera un espacio para parar y poder autocuidarse.

2	<p>Miedo a que no le guste el trabajo y tenga problemas de relación con sus compañeros cuyos roles son de autoridad.</p> <p>Refirió lo siguiente: <i>“me estaba haciendo más pequeñita y me he dicho que no podía sentirme así”, “es muy directo y no tiene en cuenta los sentimientos de los demás”, “me sale mucho rechazo porque me impone mucho y me hago pequeñita”, y “no llego a todo en el trabajo e imagino que me van a echar”</i></p> <p>Habló de un peluche de su infancia y se hizo un ejercicio de auto-consuelo.</p>	<p>Presencia terapéutica.</p> <p>Validación del miedo.</p> <p>Respiración abdominal.</p> <p>Ejercicio de auto-consuelo a través de la imaginación.</p>	<p>Facilitar a la paciente que se pueda dar un momento a sí misma para parar.</p> <p>Seguir estableciendo alianza terapéutica con la co-terapeuta y establecimiento de un vínculo seguro.</p> <p>Ofrecer una mirada compasiva, amable y de amor para que M la pueda integrar.</p>
3	<p>Sentido de pertenencia de la paciente en el trabajo, <i>“tengo la sensación de no pertenecer a ellos”,</i> y se emociona al decir que no quiere ser como está siendo.</p> <p>Habla sobre si ella no está escogiendo otro camino en cuanto a su forma de ser, porque no le gustaría que fuera diferente o porque lo está evitando al sentirse incapaz y con miedo.</p> <p>También tiene esa sensación con su familia <i>“con mi familia me pasa que no me siento a la altura”</i>.</p>	<p>Facilitación de la expresión emocional.</p> <p>Exploración empática sobre el lugar/rol que desea adoptar.</p>	<p>Permitir a la paciente la expresión emocional de tristeza (llanto) en un entorno seguro sobre su falta de sentido de pertenencia.</p> <p>Escucha de su necesidad de pertenencia vinculada a su Self.</p>

4	<p>Su padre le visitó y se ha sentido muy querida (se fijó en actos de amor y los agradeció), <i>“entender su amor hacia mí y su forma de relacionarse conmigo me quitó un peso de encima”</i>, pero a la vez, le da pena y tristeza sentirse bien con su familia estando a distancia.</p> <p>Su niña interior se sintió vista porque estaban los demás pendientes de ella, pero a la vez se siente tonta por llorar por ello porque nadie lo haría <i>“me siento tonta, nadie más estaría llorando por esto”</i>. Además, se siente sola en la profundidad de tratar estos temas y le gustaría contarle a alguien esta parte de sí misma <i>“me siento sola, no se si esto le pasa a más gente y no se como lo pueden llevar otras personas”</i>.</p>	Validación de sus estados emocionales.	<p>Reparación del vínculo – Poder ver el afecto en lo que hay y aceptar lo que no hay.</p> <p>Mostrar aceptación por parte del equipo ofreciendo una mirada de compasión.</p> <p>Poder ser vista en su vulnerabilidad (algo negado en su familia).</p>
5	<p>Explorar su miedo actual a los adultos con rol de autoridad relacionado con la figura de su padre.</p> <p>Identificar a los adultos como seres que tienen la verdad absoluta y que no puede decepcionar, asociado a que no puede recurrir a sí misma como fuente de seguridad, mecanismo que le distancia de sí misma.</p>	<p>Diálogo con la paciente identificando sus mecanismos internos, en los que se observa la polarización de tener vínculos (rol de niña ante el rol de autoridad) o tener criterio</p>	<p>Explorar el mecanismo de desvalorización que se le activa en relación con figuras que ejercen un rol autoritario.</p>

		propio.	
6	Instauración el lugar seguro, explorando cual era un lugar agradable para fijar esa imagen con una palabra que le transmite seguridad, “tranquilidad”.	Técnica de EMDR, para fijar el lugar seguro neuronalmente.	Instalación de un recurso asociado a la sensación de tranquilidad para que recurra a él fuera del espacio terapéutico.
7	Trabajo de exploración de los traumas de la infancia. Trauma grande: escena familiar con el padre y el hermano, por lo que la paciente se siente muy culpable y responsable de que él esté bien en la actualidad, así como susto de que no lo esté. Trauma menor asociado a su identidad: no recibir apego emocional, no disponer de espacio para expresar el malestar.	Técnica de EMDR, concretamente la fase 1 del modelo.	Establecer una línea temporal con los sucesos traumáticos de la paciente para poder trabajarlos en futuras sesiones. Explorar el origen de la vinculación de M con su padre.
8	Sentimiento de malestar al pensar en volver a Madrid después del Erasmus asociado a sentimientos de asco. Refiere que se siente sola en Madrid y que no le gusta ni la gente ni los planes que sus amigos le proponen.	Validar sus emociones. Exploración de las diferencias en cuanto a cómo se vive a sí misma en cada contexto.	Favorecer la conexión emocional de lo que implica volver a Madrid. Identificar su actitud en el Erasmus para que pueda interiorizarla e integrarla en Madrid.
9	Sentimiento de inseguridad en el trabajo tras haber acabado las prácticas, que se exploró asociado a recuerdos de su infancia.	Técnica de EMDR, concretamente se hicieron las fases 4-7 de protocolo de procesamiento.	Identificación de eventos traumáticos del pasado asociados al presente para su integración.

10	Se siente preocupada por la vuelta a Madrid.	Técnica de focusing, trabajo emocional a través del cuerpo.	Facilitación de conexión emocional y expresión de sus necesidades.
11	Última sesión online en la que se trabajó la vuelta a Madrid, concretamente una escena temida.	Técnica de visualización de la escena temida y de qué actitud podría/ le gustaría tomar.	Trabajo con la escena temida para lograr en el presente recursos que pueda utilizar en ella para el futuro.
12	Primera sesión presencial. Habla sobre su vuelta a Madrid. Toma de contacto con los miembros del equipo.	Habilidades terapéuticas de presencia y autenticidad para trabajar la alianza segura. Uso del cuerpo y de la respiración para conectar consigo misma.	Afianzar la alianza terapéutica al cambiar al formato presencial. Permitir a la paciente un espacio para la conexión consigo misma.
13	Tratamos lo sucedido en la escena temida que se dió esta semana. La paciente estaba muy agitada y con anticipaciones del futuro respecto a su expareja.	Validación de la experiencia emocional.	Ofrecer un espacio de seguridad para favorecer la expresión del malestar y conexión con sus emociones desde la calma. Psicoeducar sobre el mecanismo del estrés, cuando es adaptativo o desadaptativo.
14	Sensación de no poder ser ella	Ofrecer permiso	Descargar

	<p>misma de vuelta en Madrid, de no poder permitirse conectar.</p> <p>Tras la técnica de conexión corporal y auto-consuelo, nos habla del perro que tuvo en la infancia y con el cual se sentía muy segura, era su refugio.</p>	<p>sin juicio de poder conectar con sus sensaciones, facilitar la descarga emocional a través de verbalizaciones empáticas y psicoeducación del mecanismo de estrés e integración de los eventos bloqueados.</p>	<p>emocionalmente lo que tenía bloqueado para que el cuerpo se liberara de ello y se pudiera integrar. Permitir la expresión del dolor por la pérdida de su perro para sanar sus heridas de pérdida en vínculos que suponen rupturas significativas. Integración de la mirada de amabilidad de su perro, así como de sostén y apoyo ante la sensación de soledad emocional.</p>
15	<p>Se trabajó con la metáfora de los tres cajones: el de la necesidad, el de las cosas que te gustan, y el de las cosas que quieres en tu vida.</p>	<p>Psicoeducación de la regulación emocional.</p>	<p>Soltar la necesidad que la deja pasiva en la espera de recibir de fuera para poder regularse desde dentro.</p>
16	<p>La paciente refiere que se tiene que despedir de su entrenador deportivo, quien le ofrece una mirada de orgullo que solo la recibe de él y de Mónica. Esto le supone una pérdida muy dolorosa.</p>	<p>Psicoeducación de la auto-compasión. Ejercicio corporal, movimiento en la sala de terapia.</p>	<p>Favorecer la incorporación de esta mirada de orgullo para dársela a sí misma (auto-consuelo).</p>
17	<p>Se trató en sesión que el padre de la paciente le iba a citar para tener una reunión sobre su futuro laboral y a M le enfadaba que él se</p>	<p>Psicoeducación sobre cómo trabajar la diferenciación de</p>	<p>Diferenciar a M en su relación vincular con su padre para que pueda ser ella misma y no actúe el</p>

	posicionara en ese rol de autoridad.	la dinámica relacional con su padre. Refuerzo positivo de las conductas que se han ido trabajando en terapia que suponen un aumento de su bienestar.	rol/lugar que este le da. Reforzar los avances de M en terapia, así como sus capacidades y su conciencia de los mecanismos internos que le acontecen.
18	La paciente refiere mejoría respecto a poder ser ella misma con los demás y sentirse más cómoda y en paz consigo misma, con más sensación de tranquilidad.	Ofrecer la conexión corporal con esta sensación positiva.	Reforzar su progreso y su posición actual de agencia, ya que los logros han sido gracias a su cambio interno tras el trabajo personal que ha hecho. Favorecer la conexión emocional y corporal de la calma y tranquilidad, para anclarla como recurso de regulación emocional.

Tras la exposición de la información más significativa del tratamiento terapéutico a través de esta tabla, a continuación se explica más detalladamente algunas de las sesiones y áreas trabajadas por su relevancia clínica conjuntamente con el análisis de los resultados obtenidos. Esto se va a agrupar en tres bloques, el primero respecto a las sesiones que se ha trabajado los objetivos (1) y (4), el segundo en cuanto a la línea de intervención del trauma e intervenciones específicas para conseguir el objetivo (2) y por último el trabajo corporal para el objetivo (3) presente en la mayoría de las sesiones. Es importante destacar que aunque se expone de este modo, todas las técnicas y procesos dados durante este trabajo se

interrelacionan afectando a la totalidad de los objetivos.

En primer lugar, es importante destacar que los objetivos de que M logre el auto-consuelo y la auto-compasión han estado presentes durante todo el transcurso del tratamiento favoreciendo a su vez indirectamente el logro de otros objetivos (los mencionados anteriormente). Se ha facilitado que incorpore estas actitudes, tanto a través de la relación terapéutica (que ofrecía una mirada amorosa y de aceptación), como mediante ejercicios concretos. Estas técnicas específicas para que M se vincule consigo misma desde esta mirada han transcurrido en las sesiones 2, 4, 8, 11, 14, 15, 16 y la 18.

De ellas, especialmente se destaca la sesión 2 en la que se trabajó con un peluche de la infancia de la paciente. Durante esta sesión se pudo ver que en la paciente se activaba una voz crítica en la relación con figuras de autoridad que concretamente le hacía sentir “pequeñita” (dolor intolerable para M ya que no estaba satisfecha su necesidad de amor y validación). Por lo que, se exploró qué figuras le daban a M una sensación de calma y de valía personal y esta indicó que esa sensación la tenía cuando abrazaba a un peluche de su infancia. Al no tenerlo en el Erasmus, se le propuso de forma respetuosa y colaborativa hacer un ejercicio de auto-consuelo compasivo en imaginación con él, para que pudiera volver a ponerse en contacto con esa sensación de calma y poder así tener una experiencia emocional correctora para regular ese estado afectivo de vulnerabilidad. Para que el ejercicio fuera más potente y desplegará la mayor activación experiencial posible, se le pidió a M que buscar un lugar cómodo de su casa en el que tumbarse y poder tener la misma sensación de estar apapuchada consigo misma abrazando al peluche como había descrito que hacía de pequeña. Con este ejercicio enmarcado conceptualmente en las terapias contextuales se persigue el principio de aceptación que implica que M abandone la lucha contra sus síntomas, además del principio de activación, que consiste en reorientar a M hacía el camino de la vida que quiere vivir a través del acceso a las necesidades subyacentes de su Self (Caro & Hornillos, 2015). Tras finalizar el ejercicio, se considera que M pudo llevarlo a cabo sin problema, pudo sentir realmente esa mirada de compasión y consuelo de su peluche. Sin embargo, en cuanto a la integración de esta vinculación consigo misma, refirió en sesiones posteriores que le resultaba muy difícil de generalizar a otros contextos que no fueran el de la terapia.

De igual modo, en la sesión 14 M indicó que de pequeña tenía un perro con el cual tenía una vinculación segura que le transfería seguridad, apoyo y no sensación de soledad. Por lo que, en esa sesión además de procesar el duelo por la pérdida del animal del que no se pudo despedir, también se trabajó la interiorización de esa vinculación de calma que le

transmitía su perro para favorecer la integración de una mirada compasiva. Para ello, las terapeutas tuvieron una actitud de afirmación empática de la vulnerabilidad de M y validación de la experiencia momento a momento, para que se pudiera desplegar todo su repertorio emocional, este se pudiera procesar (era la primera vez que hablaba de este duelo) para después poder co-construir esta mirada de auto-consuelo (Caro & Hornillos, 2015). El resultado fue favorable, ya que M descargó emocionalmente la tristeza que llevaba acumulada desde que su perro se marchó. A la vez que, pudo recuperar de esta relación una sensación de poder acompañarse a ella misma, interiorizada por la mirada que el animal le transmitía, que sanaba su herida nuclear de soledad.

La sesión 15 también fue relevante ya que en ella, se trabajó a través de la metáfora de los tres cajones (Timoneda, 2015) para que M soltara la necesidad de sostenerse por un otro. Esta metáfora consistía en que existen 3 cajones para la persona, en el primero se halla lo que la persona necesita, en el caso de M que los demás la sostengan y le apoyen emocionalmente, pero que a la vez te hace esclavo ya que te hace creer que sin el contenido de este cajón no puedes estar bien. El segundo cajón, sería el de las cosas que a la persona le gustan, que correspondería a la apetencia. Y por último, el cajón de las cosas que quieres para tu vida, que está relacionado con los valores e implica un esfuerzo para conseguirlo aportando así libertad. A M le encajó mucho esta metáfora en la que se vio identificada en el cajón de las necesidades y le gustó la idea de sacar contenido de este para ponerlo en el de las cosas que quiere para su vida.

Con todo este trabajo, se puede hacer referencia a la persecución de los objetivos: reparación de las heridas nucleares de apego y soledad reconstruyendo una vinculación segura (mediante la relación terapéutica) que le permita poder encontrarse con “el otro” desde la confianza para mostrarse y abrirse sintiendo que puede hacerlo sin ser amenazante, e integrar una mirada amorosa interna de sostén emocional (auto-consuelo) soltando la idea de que necesita desde un sentido profundo limitante la presencia empática y emocional de sus padres, es decir, vincularse consigo misma desde ahí aceptando lo que el otro es y tiene para dar. Por lo que, a continuación se va a hacer un análisis del logro gradual de ellos a lo largo del curso del tratamiento, exponiendo en última instancia al final de este apartado y a modo de cierre, lo sucedido en la sesión 18 al ser representativo de la enorme mejoría de M.

Resulta interesante señalar que, inicialmente, la paciente comenzó su proceso terapéutico en un estado de lejanía y desconocimiento hacia su propia capacidad de recurrir a ella misma como recurso de auto-consuelo. En una de las sesiones en la que se le explicó que podía darse a ella misma lo que estaba necesitando de los demás, reaccionó diciendo lo

siguiente “¿es verdad? ¿puedo ser yo misma y hacerlo sola?”. Sin embargo, a lo largo del tratamiento, se ha identificado un proceso de cambio significativo en el que, M ha podido ir soltando progresivamente la necesidad de sostén del otro y la postura pasiva de inmovilización, para poder adquirir una actitud de Self agente (ella misma como propia agencia de cambio) auto-compassivo. Por lo que, a lo largo del proceso terapéutico M se ha hallado en construcción de una nueva mirada propia (desde su mundo interno y no desde el externo) y de un Self más sostenido por ella misma, que aún después de lo recogido en este estudio de caso sigue formándose. Por el contrario, en cuanto a la integración de una mirada de auto-consuelo, sería un objetivo parcialmente cumplido, ya que, ha habido mejoras significativas en las últimas sesiones, pero se considera que se debe seguir con esta línea de trabajo. Esto es así, porque M percibe que no tiene una red de apoyo que satisfaga sus necesidades afectivas (sobre todo que validen y permitan la expresión de emociones negativas) y se considera por tanto, importante que ella misma integre este mecanismo de autoregulación.

Otro de los aspectos que se considera fundamental de este proceso, es el cambio de M en relación con la construcción de su identidad, en la que ha incorporado: el reconocimiento de los asuntos que quiere para su vida (trabajada explícitamente con la metáfora de los tres cajones), en cierta medida, una mirada más amorosa consigo misma (compassiva), y una mayor sensación de capacidad en cuanto a la valía de su Self. Esto último, lo refirió ella misma en relación al ámbito laboral “*después de todo lo que pasé allí (aludiendo a sus prácticas en el extranjero), estas prácticas en Madrid no me suponen nada*”.

En cuanto al contexto familiar, en concreto a la relación con su padre que activaba la vulnerabilidad y el sentimiento de no pertenencia de M, también hubo cambios significativos. La paciente, ha generado un aumento del entendimiento y consciencia de la dinámica relacional que se da entre ambos, identificando marcadores de parte de él que le generan malestar, además de aumentarse los recursos de afrontamiento con los que ella cuenta para su autoregulación emocional. Esto se aprecia según el último contacto que la paciente relató con él, en el que refiere que se pudo mostrar siendo ella misma en un estado de tranquilidad (sin posicionarse en un rol de inferioridad ante su rol autoritario).

Por último, el trabajo terapéutico realizado ha significado una oportunidad relacional para M como medio para lograr los objetivos de intervención propuestos. Esta relación ha demostrado resultados significativos, aunque no se ha medido estadísticamente, de modo observacional y explícito se han advertido durante las sesiones. Esto es así ya que, la conexión de M con su mundo emocional le resulta más fácil en sesión al encontrarse

sostenida por un otro que valida su experiencia y crea un espacio seguro para su expresión. Facilitando así, una experiencia emocional diferente en M, en la que las emociones desagradables ya no tienen una connotación negativa, ni generan tanto desbordamiento cuando son sentidas y que a su vez, ha podido generalizar a otros contextos (cuando se encuentra sola en su habitación). Asimismo, mediante la mirada de orgullo que M percibe de Mónica ha podido reconocerse a sí misma como valiosa y capaz, aspectos que han sanado su herida de apego además de abrirle la posibilidad a la integración de esa vinculación consigo misma.

Por otro lado, en las sesiones 6, 7 y 9 se implementó la técnica de EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), que trabaja el procesamiento asociativo espontáneo de los recuerdos traumáticos pasados, a través de la estimulación bilateral de los hemisferios cerebrales en el momento presente (Shapiro & Maxfield, 2002).

De las ocho fases propuestas por el modelo, concretamente se pudo trabajar con M hasta la fase 7. La primera fase del protocolo, consiste en realizar un historial completo de la paciente en el que identificar: recuerdos pasados que le generen síntomas actuales, estímulos desencadenadores actuales que generan perturbación, y capacidades del paciente para poder aprender conductas adaptativas en el futuro. Además de darse los siguientes requisitos: la paciente es capaz de acceder a recuerdos traumáticos, cuando habla de ellos se emociona y tiene la capacidad de autorregularse (Hensley, 2010). Al identificarse todo ello se consideró adecuado y beneficioso para M la aplicación del EMDR.

En la sesión 6 inició la segunda fase del tratamiento (preparación del paciente) consistente en la preparación para el reprocesamiento de recuerdos traumáticos y para mantener la atención dual (en el pasado y en el presente). Concretamente se instauró el lugar seguro, usado como herramienta de reducción de estrés. La paciente realizó unas respiraciones para relajar su arousal y se le propuso que imaginara una imagen agradable que le transmita sensación de calma. M fue describiendo la imagen (en la playa sola, leyendo, escuchando música, luego bajando a la plaza, la escuela de vela y con sus primos), a la vez que yo le iba haciendo tandas de sets con mis dedos que debía seguir con el movimiento de sus ojos hasta que finalmente se ancló la palabra “tranquilidad”, que era la que más le encajaba a M con ese estado para que recurra a él (tanto a la palabra como a la sensación) fuera del espacio terapéutico como recurso. Es importante destacar que M primero se situó en una imagen en soledad y luego en otra acompañada.

Con todo este trabajo, se puede hacer referencia a la consecución parcial del objetivo

de sanar las heridas traumáticas de la infancia que se activan en la actualidad a través de la neurocepción y le generan inmovilización. A través de estas técnicas de la psicoterapia del trauma sumada a la acción indirecta de otros modelos de tratamiento utilizados, se ha facilitado una aproximación gradual a la transformación emocional de las experiencias traumáticas de M. Sobre todo, en relación a las emociones de angustia, estrés y tristeza de la paciente. La cual, ha podido ir experimentando a lo largo del tratamiento una mayor sensación de paz y tranquilidad.

Por otro lado, durante el tratamiento se emplearon diversas técnicas y ejercicios vivenciales/experienciales que, para la exposición del caso, asumen cierto interés clínico ya que persiguen el logro del objetivo: aumentar la escucha y conexión emocional desde el cuerpo para la toma de conciencia del estado de su mundo interno y sus necesidades. Estas intervenciones tuvieron lugar en las sesiones número 2, 3, 8, 10, 11, 12, 14, 16 y 18 (Tabla 1). En todas ellas se ha dedicado un espacio para la respiración como mecanismo que guía la escucha del cuerpo, sobre todo en los momentos que M traía algo de carga angustiante en sesión, se le pedía parar por un momento y notar sus sensaciones corporales. En otros momentos, se usaba la respiración para simbolizar que la exhalación del aire era como deshacerse de una carga emocional dolorosa.

En cuanto al cuerpo la postura corporal también ha sido un componente para la toma de conciencia de los mecanismos internos que se estaban activando en M. Se le ha reflejado como esta en algunos momentos estaba más tensa, en otros más abatida, para que M advirtiera que el cuerpo era un medio de comunicación por el cual acceder a las emociones que a veces no sabía nombrar.

El proceso de darse permiso para la conexión y aceptación interna de sus emociones a través de la escucha corporal, ha generado un aumento de auto-conciencia sobre sus necesidades. Además de influir en la capacidad de autoregulación emocional de M, que ha integrado el trabajo corporal como una herramienta mediante la cual estar en contacto consigo misma y poder ofrecerse una actitud de auto-cuidado y auto-compasión. Esto lo hizo explícito en la última sesión recogida para este estudio de caso *“me he dado cuenta de que respirar me ayuda mucho y de que lo he hecho últimamente, sobre todo en los momentos en los que siento emociones negativas”*. Por lo que se considera que M cada vez es más capaz de atender a su mundo interno y de tener más recursos de afrontamiento adaptativos para la satisfacción de sus necesidades y por tanto, se halla en la construcción de un Self más integrado que le permite vivir en congruencia respecto a sí misma.

En definitiva y como se ha mencionado anteriormente, como cierre de este estudio de caso y en representación del cumplimiento exponencial de varios de los objetivos del proceso, se halla la sesión número 18 en la que M se encuentra significativamente mejor. En esta sesión, la paciente refirió que se encontraba mucho mejor desde las últimas semanas ya que había logrado llegar a un estado de paz mental y tranquilidad (sin tanta sensación de soledad o no pertenencia). Indicó: *“me siento más tranquila estas semanas”*. Además, explicó con mucha consciencia lo que internamente le había acontecido: había dejado de necesitar cosas de los demás y de exigirse a sí misma ser de una determinada manera delante de según qué personas para poder encajar. Verbalizando *“he sentido que he podido ser más yo misma”* y en respuesta a la terapeuta *“justo, me encaja eso de que he sacado cosas del cajón de las necesidades”*. A su vez, refirió que una de las herramientas que le ha aportado la terapia para haber logrado este estado de paz, ha sido la conexión a través del cuerpo, concretamente mediante la respiración como forma de autorregularse. Otra de ellas, fue que gracias al proceso terapéutico general en el que se ha hecho consciente de en qué lugar se estaba posicionando ella respecto a los demás, ha podido identificarlo en los momentos de interacción e introducir cambios con recursos como el humor para cambiar esta dinámica tan automatizada en M.

Finalmente, es importante destacar que en el presente documento se expone el tratamiento de M durante el periodo de prácticas de la co-terapeuta, y que este no finaliza aquí. El proceso de la paciente continúa con el objetivo de que logre las metas explicadas anteriormente y siguiendo la misma línea de intervención. Por lo que, en base a la información recogida durante las sesiones clínicas con la paciente y análisis de resultados, se predice un buen pronóstico de tratamiento psicoterapéutico. M tiene una óptima adherencia al tratamiento, destacando la confianza que tiene en el vínculo con las terapéuticas (que desde el inicio ha confiado para la realización de técnicas y ejercicios), especialmente con Mónica de la que puede integrar su mirada de orgullo, además de una enorme capacidad de autosuperación y desarrollo personal favorecido por su insight y motivación para el cambio.

8. Discusión

La intervención psicoterapéutica propuesta desde un enfoque basado en la Psicología humanista y psicoterapia del trauma, ha demostrado numerosos cambios a nivel clínico en el presente estudio de caso. Esta forma de tratamiento, revela cambios clínicamente

significativos en la paciente a pesar de no haber realizado un estudio rigurosamente estadístico que informe de dichos resultados.

Mediante el método observacional por parte del equipo psicoterapéutico y las verbalizaciones de la paciente, se determina en ella cambios significativos en cuanto a la reducción de su sintomatología de angustia y estrés en el plano individual y social, y al funcionamiento general de M que denota una mejoría transmitida en su bienestar subjetivo. Por lo que, los resultados quedan descritos en cambios conductuales y expresión de bienestar de la paciente *“estoy mucho mejor”*, *“como en otro lugar que hace unos meses”* lo expresa con una tremenda sonrisa y la postura corporal expresa calma.

En lo que concierne a los objetivos planteados al inicio del tratamiento, M ha podido encontrarse con “el otro” desde una postura de más confianza y apertura respecto a lo que era capaz al inicio del tratamiento sin que esto le supusiera una situación amenazante. Esto indica que durante este proceso se ha podido reparar sus heridas nucleares de apego y soledad además de reconstruir una vinculación más segura. Así mismo, se han generado cambios significativos a nivel neurofisiológico en cuanto a la activación del sistema de alerta que se activaba en M en relación a sus heridas traumáticas de la infancia.

La paciente ha producido una transformación en sus estilos de afrontamiento incorporando la tendencia a la acción y al movimiento, en lugar de la paralización. La escucha y consciencia corporal que M ha desarrollado ha sido otro de los cambios significativos que ha logrado. Aprendiendo así a sentirse más conectada con su mundo interno, lo que ha supuesto dejar de poner el foco en el externo, y sus necesidades, además de suponer una estrategia de regulación emocional. En cuanto al último objetivo propuesto, M ha podido ir incorporando a lo largo del proceso una mirada amorosa interna de sostén emocional (auto-consuelo) desde la facilitación por parte de las terapeutas. De tal modo, que ha ido soltando la idea de que necesita desde un sentido profundo limitante la presencia empática y emocional de un otro.

En cuanto a la alianza terapéutica generada con la paciente, basada en la presencia terapéutica, la vinculación segura y una mirada de orgullo (sobre todo por parte de Mónica establecida desde el año pasado), ha supuesto un motor fundamental en la evolución clínica de M. Ya que, ha podido integrar de manera parcial una mirada más amable y compasiva consigo misma, necesitando en menor medida esta mirada de los demás (figuras significativas esencialmente) para sostener de una manera autónoma y saludable su propio

Self. Sin embargo, se considera necesario seguir trabajando la integración del auto- consuelo como modo de afrontamiento ante la desregulación que vive M para que sus estados emocionales sean escuchados, validados o legitimados por ella misma sin depender de un otro. Por tanto, desprenderse así de su necesidad de regulación emocional anhelada en la infancia por parte de sus figuras de referencia (sus padres).

En la misma línea, también se considera que M siga trabajando desde la psicoterapia del trauma para que pueda ir procesando experiencias relacionales traumáticas de su infancia que le generan aún a día de hoy angustia, además de que esto ayudará a la integración de su mundo interno. Además, esto favorecerá un aumento de la confianza que la paciente pueda depositar en los demás, sintiéndose en relación con el otro segura y pudiendo mostrar cómo ella realmente es (liberada del cumplimiento de las expectativas de los otros), aspecto que anhela y considera que quiere para llenar el vacío que siente.

Por tanto, se considera necesario seguir trabajando estos aspectos como futuras líneas de intervención, destacando que M ya ha realizado cambios muy significativos en estos ámbitos, se perseguirá la interiorización de todos ellos y generalización a diferentes contextos de la vida de la paciente. M tiene capacidad y motivación para continuar su proceso de crecimiento personal y sanación, siempre se ha vivido diferente con respecto a su entorno, por lo que un proceso de diferenciación y construcción de una identidad que ella sienta más propia generada desde sí misma y no desde las expectativas de su familia de origen será otra de las futuras líneas de intervención.

Las limitaciones del presente estudio de caso se deben a su naturaleza dinámica y ajustada al recorrido natural del proceso de la paciente. Además de la delimitación académica por tratarse de un Trabajo Fin de Máster con fecha de entrega previa a la finalización del proceso terapéutico pudiendo realizar un seguimiento y estudio parcial de los resultados de la intervención realizada. Además que el tratamiento haya sido en formato online los primeros cinco meses, se considera que ha sido una limitación para el establecimiento de la alianza terapéutica con la nueva coterapeuta y con el nuevo equipo. La presencia terapéutica no se expresa de igual modo de manera telemática que presencialmente, además de no contar con el espacio físico de la Uninpsi en el que M había tenido terapia durante un año.

Este estudio ofrece un análisis teórico y una línea de intervención psicológica desde un modelo de trabajo basado en la Psicología Humanista y la psicoterapia del trauma en una

problemática de soledad emocional y desintegración del mundo interno de la paciente debido a experiencias relacionales traumáticas, que ha transitado hacia una vinculación con ella misma desde la auto-compasión y construcción de un Self más agente. Desde este enfoque de intervención, hay escasos estudios de caso publicados hasta el momento, por lo que, la exposición de este trabajo puede ser especialmente útil y aportar información clínica valiosa a la comunidad científica y a los profesionales clínicos de la salud mental. En relación a la vivencia de soledad emocional resultaría interesante seguir investigando su relación con las nuevas tecnologías. En concreto respecto a las redes sociales ya que estas generan una falsa sensación de establecimiento de vínculos que generan conexión por su condición de artefacto superficial que no permite una comunicación profunda y transformadora, la expresión de emociones y supone una pérdida del lenguaje corporal (Muñoz, 2010).

Finalmente, este estudio de caso representa una realidad existente en la sociedad “necesito de los demás para estar bien” que como en el caso de M, exime de la responsabilización del estado del propio mundo interno. A la vez que pone la mirada y el foco en el exterior de uno mismo, en los otros, siendo este un lugar desde el que no se puede trabajar terapéuticamente. Por lo que, esta intervención refleja un proceso de individualización y reconstrucción del Self y de la identidad desde la propia persona. Liberándose así de las limitaciones externas y de las necesidades que los otros pueden generar, para trabajar el desarrollo de recursos internos desde la escucha fiel a las necesidades propias. Destacando a su vez la relevancia no solo de la mente sino del cuerpo como sabio de los procesos internos que acontecen a la persona y que expresan sus necesidades.

M ha supuesto un ejemplo de la importancia de generar un cambio desde dentro, desde sí misma, en relación a cómo se vive desde su mundo interno para que este sea un lugar seguro del que disfrutar y sentirse cómoda, para no necesitar organizar su Self desde el mundo externo. En definitiva, de cómo vivir en congruencia.

9. Referencias bibliográficas

- Briz, C. A. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: la trayectoria de Eugene Gendlin. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 69(135), 443-469.
- Caro, C., & Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 687-703.
- Gendlin, E. (1978). *Focusing proceso y técnica el enfoque corporal* (9ª ed.). Ediciones Mensajero.
- Greenberg, L., Elliot, R., & Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5, 1-19.
- Halty Barrutieta, A (2017). La calidad de la responsividad parental: creación y validación de un instrumento observacional. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Levine, P. A., & Federick, A. (1999). El misterio del trauma. En *Curar el trauma* (pp. 35-45). Urano.
- Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (35), 23-31.
- Marroquí, M., & Cervera, P. (2014). Interiorización de los falsos mitos del amor romántico en jóvenes. *Reidocrea*, 3(20), 142-146.
- Muñoz, G. (2010). Las Redes Sociales: ¿fórmula mediática contra la soledad y el aburrimiento?. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 51-64.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Porges, S., & Buczynski, R. (2012). La teoría polivagal para el tratamiento del trauma. *Una Sesión de Tele Seminario. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de México*, 1-29.

Porges, S. W., & Dana, D. (2018). Therapeutic presence and polyvagal theory: principles and practices for cultivating effective therapeutic relationships. En *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed* (pp.106-126). WW Norton & Company.

Rios Zapata, P. C., & Londoño Arredondo, N. H. (2012). Percepción de soledad en la mujer. *El Ágora USB*, 12(1), 143-164.

Rodríguez, F. S. (2011). Terapia sensoriomotriz del trauma. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(2), 1-32.

Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.

Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology*, 58(8), 933-946.

Timoneda, C. (2015). Orientando la orientación: guía práctica de orientación educativa. *Documenta Universitaria*, 1-330.

Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy, An emotion focused approach*. Routledge.

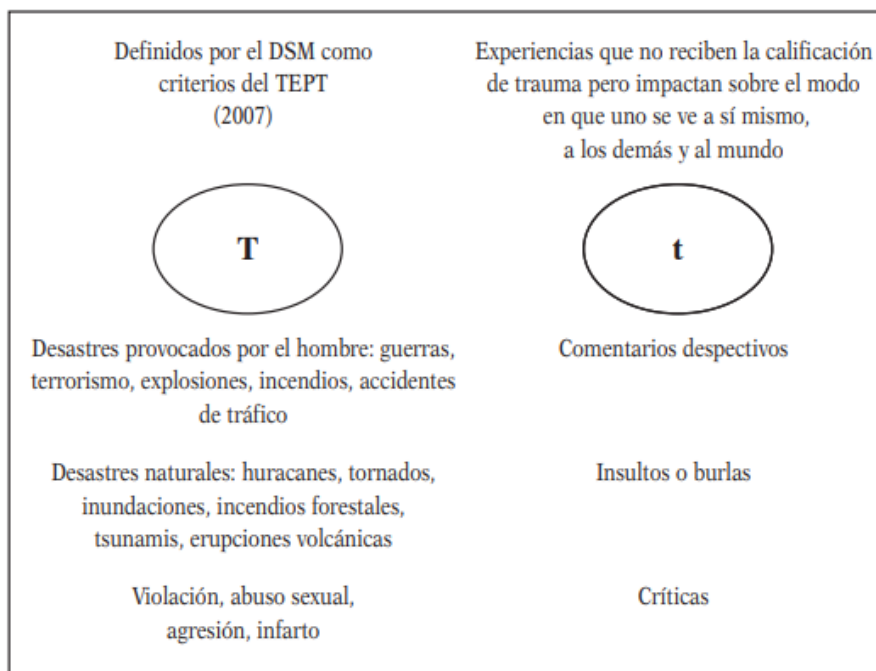
Yaben, S. Y. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103-116.

Zohn-Muldoon, T., Gómez-Gómez, E. N., Enríquez-Rosas, R. (2018). La significación de la soledad en adultos jóvenes. En *Investigación en psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión* (pp. 171-203). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

10. Anexo

Figura 1.

Tipos de trauma del Modelo EMDR.



Nota. Recuperado de Hensley, B. J. (2010). Manual básico de EMDR. *Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.