



De la ansiedad a la psoriasis: Un estudio de caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Paloma Andrea Rojas González
Tutor: Ciro Caro García

28 de febrero de 2022

Índice

Resumen	1
Palabras clave	1
Abstract	1
Keywords	2
1. Introducción	2
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	8
2.1. Motivo de consulta	8
2.2. Historia clínica	9
2.3. Situación al inicio de la terapia.....	10
3. Estrategias de Evaluación	10
3.1. Temporalización	10
3.2. Instrumentos de evaluación	11
3.3. Resultados de las pruebas de evaluación	12
3.3.1. Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)	12
3.3.2. Resultados del Inventario de Alianza Terapéutica (versión corta) (WAI-S).....	15
3.3.3. Client Change Interview Protocol.....	16
4. Formulación clínica del caso	17
5. Tratamiento	20
5.1. Justificación del caso.....	20
5.2. Técnicas analizadas	20
5.3. Temporalización	22
6. Análisis y valoración del tratamiento: Proceso emocional	24
6.1. Análisis intra-sesión: Asuntos no resueltos.....	25
6.2. Análisis intra-sesión: Conversación con piel con psoriasis.....	28
6.3. Análisis inter-sesión de la autocrítica	31
6.3.1. Conflicto inicial: Sumisión de María ante la autocrítica	32
6.3.2. Primeros intentos de negociación entre María y la auto-crítica, en forma de psoriasis.....	33
6.3.3. Negociación más auténtica entre María y la auto-crítica.....	34
6.3.4. Integración de la auto-crítica como recurso personal de María	34
6.3.5. Síntesis del proceso	35

6.4.	Cambio en la sintomatología física	35
6.5.	Líneas futuras del tratamiento	36
7.	<i>Discusión y conclusiones</i>	36
	<i>Referencias bibliográficas</i>	40
	Anexo 1. Modelo de Pascual-Leone y Greenberg	44
	Anexo 2. Fotografías psoriasis	45
	Anexo 3. Consentimiento informado	47
	Anexo 4. MENSIT general para formulación de caso desde la TFE	48
	Anexo 5. MENSIT del caso estudiado	49
	Anexo 6. Fragmentos transcritos: Asuntos no resueltos.....	50
	Anexo 7. Fragmentos transcritos: Conversación con piel con psoriasis	61
	Anexo 8. Fragmentos transcritos: Autocrítica	75

Resumen

Introducción: Se informa un caso clínico desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), en una mujer que presentaba alta restricción emocional, falta de identificación de procesos conflictivos, ansiedad y psoriasis. La psoriasis tiene alta prevalencia de psicopatología. La TFE es un enfoque procesual-experencial de psicoterapia basado en la experimentación de las emociones como facilitadoras del cambio. Ante heridas relacionales de apego (abuso, rechazo, etc.) se desarrollan esquemas emocionales que protegen el *self* pero restringen la capacidad de experimentación emocional.

Objetivo general: Conseguir un afrontamiento emocional adaptativo, resolución de conflictos internos a través de la identificación y uso de información emocional y utilizar las emociones como guía y desarrollo de la identidad.

Metodología: Se realizaron diez sesiones evaluadas con el *WAI-S* y el *HAT* tras cada sesión; al finalizar se aplicó el *Client Change Interview Protocol*.

Resultados: Se evidenció la relación de la psoriasis con el malestar psicológico y necesidades vinculares no resueltas; a través de tareas terapéuticas, se consiguió aumentar la competencia emocional general y disminuir la psoriasis, con un alto grado de satisfacción con la intervención, los terapeutas y las técnicas empleadas.

Conclusión: Se concluye con la necesidad de realizar mayor investigación en causas/correlatos emocionales subyacentes y relacionados con la construcción del mundo y de las relaciones en pacientes con psoriasis.

Palabras clave

Ansiedad, Asuntos no resueltos, Autocrítica, Estrés, Psoriasis, Somatización, Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)

Abstract

Introduction: It is reported a clinical case from Emotional Focused therapy (EFT) in a woman who presented high emotional restriction, lack of identification of conflictive processes, anxiety and psoriasis. Psoriasis is a high prevalent of psychopathology. EFT is a processual-experiential approach to psychotherapy based on experiencing emotions as facilitators of change. Emotional schemas that protect the self but restrict the capacity for emotional experimentation develop due to relational attachment wounds (abuse, rejection, etc.).

General objective: Achieving adaptive emotional coping, internal conflict resolution through the identification and use of emotional information and using emotions as a guide and identity development.

Methodology: Ten sessions evaluated with *WAI-S* and *HAT* were carried out after each session, at the end, the *Client Change Interview Protocol* was applied.

Results: The relationship of psoriasis with psychological distress and unresolved bonding needs was evidenced; through therapeutic tasks, it was possible to increase general emotional competence and

decrease psoriasis, with a high degree of satisfaction with the intervention, the therapists and the techniques used.

Conclusion: It was concluded with the need for further research on underlying emotional causes/correlates related to the construction of the world and relationships in patients with psoriasis.

Keywords

Anxiety, Distress, Emotion-Focused Therapy (EFT), Psoriasis, Self-criticism, Somatization, Unresolved issues

1. Introducción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un enfoque procesual-experiencial de psicoterapia que se basa en la experimentación de las emociones como facilitadoras del cambio. La TFE incorpora los fundamentos teóricos de la Terapia Gestalt, la Terapia centrada en la Persona y la Terapia Experiencial, junto con otras aproximaciones humanistas y existenciales (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993). Desde este modelo se entienden las emociones como reacciones complejas, con base orgánica, e integradoras de la percepción del sí mismo y del mundo en que se vive; se consideran imprescindibles para comprender el funcionamiento humano de manera global e integran aspectos sociales, biológicos, motivacionales, cognitivos y fisiológicos en una única respuesta que supone diferentes niveles de procesamiento (Greenberg et al., 1993). Por tanto, las emociones no son tratadas como aspectos perturbadores de la conciencia que deben controlarse; por el contrario, otorgan a las personas el sentido inmediato de estar en el mundo.

Las estructuras cognitivo-afectivas que guían el significado emocional de la persona reciben el nombre de esquemas emocionales y son responsables de las respuestas emocionales del presente. Estos esquemas procesan preconscientemente diferentes fuentes de información (cognitiva, afectiva y sensorial), para formar modelos mentales de significado y acción determinantes de la experiencia holística del estar en el mundo (Greenberg, 2015b). A su vez, son organizadores y estabilizadores de las reacciones emocionales. Así, las personas pueden, a partir de la observación de sus reacciones emocionales, identificar lo que es importante para ellas y valorar la manera en que entienden y se enfrentan al mundo.

La identificación y la experimentación en sesión de estos esquemas emocionales proporciona la oportunidad para reorganizar los esquemas ya existentes en la persona y crear otros nuevos. Esto se consigue con la ayuda del terapeuta, cuyo papel es el de facilitar el procesamiento de la información experiencial, resaltando aspectos que permitan a la persona encaminar su atención hacia la construcción de nuevos significados personales (Greenberg y Goldman, 2019b). Para lograr esto, el terapeuta guía los procesos facilitadores de experimentación y vivencia emocional desde una postura de “no saber” (*“not knowing”*), con la asunción de que es la persona quien es experta en sus experiencias (Greenberg y Goldman, 2019). El terapeuta se sirve de tareas terapéuticas para generar la vivencia experiencial y el cambio emocional. Estas tareas se emplean en el momento en que los esquemas cognitivo-emocionales subyacentes a la dificultad que experimenta el cliente están activados; de modo que la parte del sí mismo que intenta resolver la dificultad de manera infructuosa (llamado auto-tratamiento) dialoga con otra que, hasta entonces, experimentaba el daño pasivamente (Greenberg y Goldman, 2019a). Estas tareas terapéuticas son, principalmente, seis: el despliegue sistemático evocador —para resolver reacciones emocionales problemáticas—, el diálogo de las dos sillas —para resolver divisiones del yo, facilitando el diálogo entre dos partes de la persona que entran en conflicto—, la actuación de las dos sillas —para solucionar auto-interrupciones del proceso emocional adaptativo—, el enfoque/*focusing* —que ayuda a simbolizar un sentido no percibido con una mayor claridad—, el diálogo de la silla vacía —para resolver asuntos inacabados con figuras relevantes— y el aprecio empático —útil cuando existen situaciones en que la persona experimenta una vulnerabilidad intensa— (Greenberg, 2015a). El terapeuta se ayuda de estas tareas y una actitud basada principalmente en la empatía y la genuinidad —de modo constante a lo largo de todo el proceso— (lo que se enriquece con el empleo de metáforas elaboradas que evoquen emociones diversas en la persona) para ayudar al cliente a procesar sus emociones.

En este punto es necesario diferenciar entre dos tipos de conceptos relevantes en este modelo teórico: por un lado, se distingue entre emociones primarias adaptativas (como pueden ser el miedo ante una situación de peligro o la tristeza frente a una pérdida) que son reacciones inmediatas a situaciones vitales, y emociones primarias desadaptativas, que, aunque también son reacciones inmediatas están basadas en esquemas de emoción disfuncionales generados en algún momento traumático de la historia de vida de la

persona y que, por tanto, ya no resultan de utilidad; por otro lado, las emociones secundarias (tales como la vergüenza, la rabia o la ansiedad) se generan como respuesta ante las emociones primarias.

La diferenciación de las emociones primarias —entendidas como aquellas que surgen de manera innata como reacción del organismo frente a una situación, sin verse condicionadas por la historia de vida— y secundarias (las que, como se menciona en el párrafo anterior, no surgen naturalmente, sino que son aprendidas en algún momento del pasado y quedan “adheridas” al organismo, de modo que reaparecen desadaptativamente en situaciones posteriores) es imprescindible para focalizar los objetivos del proceso terapéutico. Así, la vivencia de la emoción en el entorno terapéutico facilita un procesamiento adaptativo que modifica la reacción emocional actual (Greenberg, 2015c). Esta vivencia provocada terapéuticamente (por expresión corporal, gestual, teatral, etc.) y el consecuente proceso de atención y conciencia promueven el tratamiento del problema nuclear (necesidad del *self* no satisfecha), el cual se entiende como la herida, carencia o situación pasada que activa y condiciona las respuestas emocionales posteriores.

Pascual-Leone y Greenberg (2008) han desarrollado un modelo de análisis de tarea basado en el cambio emocional que se produce en el proceso terapéutico (Anexo 1). Este modelo enfatiza la necesidad de prestar atención al procesamiento emocional que ocurre momento a momento, *intra-sesión* y a lo largo del tratamiento (p. 876) y, teniendo en cuenta el rol del terapeuta, se describe en tres fases, dinámicamente relacionadas, a saber:

- En la primera fase (de aproximación a la emoción y exploración del malestar) la persona comienza con un malestar global difuso (e. g. dolor, desesperanza, confusión) que, por medio de la indagación y la atención, da paso a la identificación de las emociones primarias desadaptativas (“rabia rechazante” y miedo o vergüenza).
- En la segunda fase (de cambio de emociones desadaptativas hacia otras más adaptativas) a las emociones primarias anteriormente identificadas, en concreto, al miedo y la culpa, se añade la necesidad descubierta en la relación terapéutica (el problema no resuelto) y/o la evaluación negativa. En esta fase se realiza un proceso de diálogo constructivo dialógico que produce la

aparición de una autoevaluación positiva. Por otra parte, la rabia rechazante, con ayuda de tareas terapéuticas, se transforma en enfado auto-afirmativo o autocompasión.

- En este momento da inicio de la tercera fase (de facilitación de la aparición de emociones adaptativas que sustituyan a las desadaptativas previas que la persona posee en su esquema emocional), el trabajo con el dolor que la persona siente, sumado al trabajo con el enfado auto-afirmativo y/o los sentimientos de autocompasión que van aflorando en la persona, terminarán resultando en la aceptación y agencia sobre uno mismo.

Así, de manera global, el modelo plantea que la persona transita desde un bajo grado de procesamiento emocional a uno cada vez mayor cuya cúspide se ve representada por el momento de la aceptación y la agencia (integración de las partes del *self*). Al mismo tiempo, se mueve alternantemente dentro de un eje marcado por un polo de aproximación y otro de retirada a la emoción como puede verse en el esquema (Anexo 1).

En cuanto a la TFE y su eficacia en el tratamiento de los trastornos mentales, la mayor parte de la investigación se ha centrado, durante las últimas dos décadas, en depresión, obteniendo evidencia sobre su eficacia (Angus et al., 2015) y en trauma complejo (Mlotek y Paivio, 2017; Paivio y Nieuwenhuis, 2001).

Más recientemente, se ha trasladado el foco de interés hacia los trastornos de ansiedad (especialmente los problemas subyacentes de la ansiedad generalizada) obteniendo modelos de intervención e investigaciones que amplían el estudio de los trastornos afectivos desde este marco teórico (Timulak y McElvaney, 2017; Watson y Greenberg, 2017), evidenciando la dificultad psicológica y la influencia que este fenómeno tiene en la calidad de vida, funcionamiento laboral y adaptación social (Auerbach et al., 2018).

La ansiedad es la “aprehensión o anticipación de peligro o desgracia futura acompañada de un sentimiento de preocupación, angustia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo” (International Classification of Diseases, 2021, p. 17). La ansiedad se caracteriza por ser un estado mental de preocupación/miedo mantenido en el tiempo que puede conllevar a altos niveles de malestar y a la evitación de las situaciones temidas, posibilitando la generación de un trastorno. Asimismo,

puede presentar, a un nivel más profundo de procesamiento emocional, otras emociones como la tristeza, la ira o el (Elliott, 2013).

Desde el modelo de trabajo de la TFE se asume que los trastornos de ansiedad presentan respuestas emocionales secundarias o primarias desadaptativas que pretenden proteger el *self* de la persona formando, como se ha comentado anteriormente, esquemas emocionales que responden a heridas emocionales de apego (como abuso, rechazo, negligencia, abandono o acoso) y se mantienen en el presente. Dado que estos esquemas emocionales son idiosincrásicos en relación a cada individuo es necesario evaluar e intervenir en función de una formulación de caso individualizada y dinámica (Goldman et al., 2016).

Muchos trastornos orgánicos presentan comorbilidad con trastornos emocionales y, en concreto, existe un alta tasa de problemas psicológicos en pacientes que presentan enfermedades de la piel (Aslam et al., 2007; Jafferany y Pastolero, 2018), las que suelen ser de tipo crónico y desfigurantes. Se han encontrado evidencias acerca del papel que juega el estrés psicológico en la exacerbación de los síntomas en la psoriasis, urticaria, dermatitis atópica, etc. (Aslam et al., 2007). Dentro de las afecciones de la piel, la psoriasis presenta una mayor prevalencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos (Basavaraj et al., 2011; Kirby et al., 2008; Madrid Álvarez et al., 2018; Olivier et al., 2010). Dowlathshahi et al. (2014) informan que más del 10% de los pacientes con psoriasis padecen depresión clínica, mientras que Lamb et al. (2017) han reportado tasas del 13,1% de ansiedad.

La psoriasis es una “enfermedad no transmisible crónica, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura” (Organización Mundial de la Salud, 2014) que se caracteriza por la aparición de lesiones numulares rojas y escamosas que se ubican en distintas partes de la piel y generan principalmente prurito, dolor y sangrado, pudiendo llegar a ser mortal debido a la alteración de la barrera dérmica (OMS, 2013) y produciendo un fuerte impacto sobre la apariencia física.

Basavaraj et al. (2011) han hecho hincapié en el doble papel que tiene el estrés en la aparición y mantenimiento de la psoriasis, haciendo necesario prestar atención, por una parte, a los factores externos estresantes y, por otra, al estrés generado por la propia experimentación de la psoriasis. Además, añaden

“el tratamiento del estrés es beneficioso para el pronóstico cuando los pacientes comprenden el fenómeno de los brotes de estrés y obtienen una idea de la naturaleza de cualquier trauma emocional que hayan reprimido” (p. 789). En este mismo sentido, , Caro y Rojas (2021) plantean que la alta restricción emocional que la persona con ansiedad/estrés presenta, junto a la falta de identificación de los procesos conflictivos, facilitan la aparición y curso de la psoriasis como modo de expresión desadaptativo de dichos conflictos internos y como intentos fallidos de resolución del trauma relacional.

Por lo tanto, los objetivos terapéuticos generales, en este caso, son disminuir el malestar psicológico, y desarrollar una capacidad de afrontamiento emocional que le permita regular sus emociones y utilizarlas como fuente de información útil para guiarse y desarrollar su identidad. En cuanto a los objetivos específicos, cabe subrayar los siguientes: 1) facilitar la creación de un foco atencional en la experiencia interna; 2) potenciar sus capacidades para crear significado a partir de la experiencia sentida corporalmente; 3) formular un foco terapéutico en el que se identifiquen los esquemas emocionales relevantes y responsables del dolor nuclear, así como las formas de auto-tratamiento que lo perpetúan sin resolverlo, y que crean nuevos síntomas y 4) acordar con la paciente las maneras de abordar estas formas de auto-tratamiento en la sesión (e.g., auto-interrupción de la emoción y autocrítica), de modo que pueda acceder a las emociones primarias desadaptativas, explorarlas y transformarlas.

De modo más específico, a través de la toma de conciencia y de procesamiento emocional sobre las necesidades no satisfechas que presenta la cliente, se pretende facilitar tanto un reprocesamiento emocional como un *insight* en relación con los traumas vivenciados en la historia vital, que permitirán una mayor conciencia de la manera de procesar y el desarrollo de formas saludables de este procesamiento emocional.

Más específicamente, se pretende: resolver la autocrítica (para reducir, así, la ansiedad); afrontar los asuntos interpersonales no resueltos (es decir, transformar el dolor nuclear y lograr una liberación existencial, así como procesar los traumas relacionales que subyacen al cuadro psicósomático para mejorar la psoriasis); resolver la auto-interrupción (para ganar autonomía emocional) y desarrollar competencia emocional a través de la apropiación de su historia (para empoderarse y lograr una posición de autoría). De este modo, y tomando conciencia de la parte emocional interrumpida –que actualmente se presenta en

forma de psoriasis— se espera que la clienta recupere autonomía personal, al reprocesar las situaciones traumáticas que experimentó en etapas vitales anteriores.

Las hipótesis que guían el proceso terapéutico informado, redactadas en forma de supuestos funcionales (Fernández-Ballesteros, 2013), son los siguientes:

- La hipótesis inicial de este estudio de caso es que, por medio de la profundización en el procesamiento emocional, la clienta logrará reprocesar sus esquemas emocionales disfuncionales y conseguirá un mayor bienestar emocional.
- Además, se espera que mediante esta profundización se consiga, por medio de diálogos con distintas partes del self, la identificación/resolución de las necesidades no cubiertas en su historia relacional, lo que conllevará a un mayor bienestar emocional.
- Secundariamente, se espera que la profundización del procesamiento emocional produzca una disminución en la somatización (en forma de psoriasis) que la clienta presenta.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Ana María¹. Mujer de 28 años.

2.1. Motivo de consulta

Motivo de consulta: Acude a consulta para mejorar su gestión emocional —no desbordarse— y para “enfadarse libremente”. Refiere un alto nivel de estrés debido a la exigencia que le demandan sus superiores en el trabajo; comenta tener dificultades para poner límites a otras personas, lo que influye en que le sobrecarguen de tareas. Dice estar “haciendo el trabajo de cinco personas, pero cobrando como una”.

¹ Por motivos de confidencialidad y anonimato, todos los nombres empleados en este informe son ficticios.

2.2. Historia clínica

Área familiar: Es criada en una ciudad mediana de la costa del Mediterráneo y residente en una gran ciudad. Sus padres se divorciaron cuando tenía 6 años, momento en el que se queda al cuidado de su madre, mientras su padre se hace cargo de su hermano, cuatro años mayor. Refiere que la relación materna se basa en el control y la invalidación, mientras la paterna se caracteriza por una mayor conexión emocional, pero estando su padre mucho más ausente en su vida. Describe la relación fraternal como altamente conflictiva y de no entendimiento (comenta episodios de agresividad de él hacia ella y favoritismo hacia él por parte de su madre). Hace seis años, Pepe, su hermano sufre un accidente que le deja secuelas físicas (33% de discapacidad) y psicológicas por traumatismo craneal prefrontal (irascibilidad y agresividad), por lo que su madre se muda para cuidar de él y la cliente se queda a cargo del alquiler de la casa en la que ambas vivían. Comenta que, desde el accidente, apenas le reconoce.

Comenta tener dificultades para expresar el dolor generado por dos duelos: la muerte de un tío (figura de apoyo y protección) hace tres años y la de Pita, su perra “de toda la vida”.

Área académica-laboral: Tiene estudios de Formación Profesional de 2º grado. Comenta que “nunca le han dado nada gratis” y refiere haber empezado a trabajar a los 14 años y ahorrar.

Trabaja de responsable de ventas desde hace ocho años, donde comenta sentirse desmotivada por tener un jefe invalidante y altamente demandante. Cambió a la modalidad de teletrabajo en septiembre de 2020.

Área social: Comenta tener relaciones sociales satisfactorias. También menciona a Laura, su pareja, con quien dice sentirse cómoda y feliz; comenta tener amistades satisfactorias aunque refiere deseos de salir de la ciudad en que vive y “cambiar de aires”.

Área clínica-médica: Ha realizado tres tratamientos psicológicos: con 13 años, porque no quería ir al colegio (diagnóstico de Ansiedad Social y estuvo un año en terapia); con 15, durante otro año, para trabajar sobre el rechazo que sentía hacia su familia (a petición de la madre) y con 17 acudió a cinco sesiones, tras presenciar una escena de violencia machista por parte de su hermano. Nunca ha recibido tratamiento psiquiátrico.

En octubre de 2020 (hace 16 meses) presentó psoriasis (placas eritemato descamativas, según informe médico), que persiste hasta la actualidad (puede observarse en el Anexo 2). Al preguntarle por los eventos

ocurridos en ese tiempo responde que se inició tras un mes teniendo sarna y que se complicó en el transcurso de un confinamiento por ser contacto estrecho de persona con COVID-19; Refiere acumulación de: el estrés de tener un trabajo nuevo y exigente, vivir en un piso donde no estaba cómoda y no encontrarse socialmente satisfecha. Tras algunas sesiones también comenta que su perra murió poco antes de iniciarse la enfermedad.

Los tratamientos dermatológicos que ha recibido son: Decloban (en clínica privada) con mejoría a corto plazo, pero ineficaz a medio; Enstilar, tras 6 meses; Sandimmun Neoral, 100 mg –inmunodepresor que, según comenta, le dejaba sin energía–; decidió dejar de tomarlo y el médico de cabecera le ofreció Bromazepan, el cual rechazó. Comenta que ha tenido varios tratamientos experimentales.

2.3. Situación al inicio de la terapia

Comparte piso con un amigo y Laura. Tanto sus padres como su hermano residen en su ciudad natal. Presenta psoriasis persistente. Refiere que las demandas desproporcionadas de un superior hacia ella le generan mucho estrés e insatisfacción laboral, lo que influye en el bienestar personal que siente en el área personal, porque dice ser muy autoexigente y perfeccionista. Además, comenta que no es capaz de enfadarse y que, en su lugar, se bloquea, frustra y llora.

Comenta que la relación con la familia ha mejorado algo, pero que las invalidaciones por parte de su madre continúan existiendo.

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Temporalización

La intervención de este caso se lleva a cabo de manera presencial, en el centro IDP Psicología, en el contexto de las prácticas del Máster Universitario de Psicología General Sanitaria. Se ofrece una *co-terapia* breve, cuyos integrantes son el tutor de prácticas, psicólogo doctorado, y la alumna en prácticas.

La clienta llega a la terapia para participar en un proceso, en un contexto de prácticas, de manera gratuita.

Se firma el consentimiento informado (Anexo 3) tanto para el estudio de caso como para la grabación de las sesiones y el uso de imágenes.

Como parte del programa de prácticas de la alumna, se opta por ejecutar esta *co-terapia* con modelado gradual, con el objetivo de mejorar su autonomía en el rol de terapeuta. Asimismo, se realizan sesiones de supervisión periódicamente —tanto en formato individual como grupal, con el equipo de prácticas como participantes— para asegurar la calidad del proceso terapéutico.

3.2. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos a utilizar para evaluar el proceso terapéutico y los cambios producidos a lo largo de la intervención son:

- La versión española del *Inventario de Alianza Terapéutica (versión corta) (WAI-S)* (Horvath y Greenberg, 1989); adaptación española de Corbella et al., 2011), para el cliente. Consiste en un instrumento cuantitativo estructurado y autoaplicado para población adulta, que evalúa los componentes que configuran la alianza terapéutica. Consta de 12 ítems con una escala Likert de 7 puntos (nunca-siempre) y tres subescalas: tarea, vínculo y objetivos, cada una de 4 ítems. La fiabilidad general del instrumento ha sido de $\alpha = 0,91$; mientras que la de las subescalas ha sido $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,84$ y $\alpha = 0,88$, respectivamente (Corbella et al., 2011). En este informe se suman los valores dados a cada ítem y, posteriormente, se obtiene la suma total de cada subescala.
- el *Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)*, (Llewellyn et al., 2006; traducido por Caro, s.d.). Este instrumento autoaplicado, de formato mixto (preguntas abiertas, ítems de escala Likert y un ítem en formato de diferencial semántico de Osgood), se emplea para obtener una descripción cualitativa de los eventos de la sesión que el cliente considera que han sido útiles, así como aquellos que ha vivido como un estorbo para su proceso.
- El *Client Change Interview Protocol, V5* (Elliot y Rodgers, 2008), un protocolo de entrevista semiestructurada de 60 minutos, que se administra al final de la terapia y/o en intervalos regulares durante el tratamiento. Las preguntas intentan explorar los cambios que una persona ha notado desde que comenzó la terapia, a qué los atribuye, así como los aspectos útiles e inútiles de la intervención. En

la versión actual de la entrevista también se pregunta a los pacientes sobre qué recursos (fortalezas personales o elementos de su situación vital) creen que les han ayudado para beneficiarse de la terapia, así como sobre las limitaciones (debilidades personales o dificultades en su situación vital), que puedan haber entorpecido el proceso.

Tanto el *Inventario de Alianza Terapéutica (versión corta) (WAI-S)* como el *Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)* se cumplimentaron post-sesión en formato online, en un período de tiempo de 24 horas desde el final de cada sesión. Por su parte, el *cuestionario PAI* se cumplimentó una vez iniciada la terapia (entre la sesión 9 y 10). Por último, en la sesión 11 se empleó el *Client Change Interview Protocol* como medida final del proceso de cambio a registrar en este informe.

Paralelamente, a lo largo de todo el proceso terapéutico se realizó un registro de la información intra-sesión, donde cada sesión fue grabada en audio y vídeo para realizar, posteriormente, un análisis siguiendo la técnica del Análisis de Tareas de Pascual-Leone y Greenberg, (2008).

3.3. Resultados de las pruebas de evaluación

3.3.1. Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)

A continuación, se muestran las respuestas a los dos primeros ítems del cuestionario HAT (“De los eventos sucedidos en esta sesión, ¿cuál sientes que fue el más útil o importante para ti personalmente?” y “Por favor, describe qué hizo que este evento fuera útil o importante, y qué sacaste de él”) y se relacionan en términos de efectividad (¿Cómo de útil dirías que fue ese evento en particular? (siendo 1 “fue un estorbo en grado extremo” y 9 “fue extremadamente útil”), es decir, con la percepción que tiene María sobre su utilidad.

- Sesión 1:
 - “El ejercicio de respiración (inspira y expira con la "a")”
 - “Hizo que pudiera hablar sobre temas que hacen que me desborde emocionalmente y sienta un bloqueo en la garganta que no me deja ni hablar. Me lo apunto para hacerlo discretamente en otras ocasiones”
 - 8/9

- Sesión 2:
 - “Cuando hablé sobre mi hermano, el momento en el que tuvo el accidente; más concretamente, sobre el sentimiento de soledad que tenía en ese momento”
 - “Darme cuenta el dolor que todavía me produce ese recuerdo. Me ha hecho reflexionar sobre mi miedo a la soledad”
 - 7/9
- Sesión 3:
 - “Cuando mi parte reprimida y represora hablaron en la silla vacía”
 - “Sentir que ambas partes se conciliaban, escuchaban y entendían hizo que llegara a un momento de calma maravilloso”
 - 9/9
- Sesión 4:
 - Cuando hablé de cómo me he sentido esta última semana.
 - Porque es muy gratificante para mí darme cuenta de mi propia evolución. Permitirme ser yo misma; sentir que me estoy reencontrando. Poder decir que me siento feliz; sintiéndolo por todo mi cuerpo.
 - 9/9
- Sesión 5:
 - “El ejercicio de siéntate/levántate”
 - “Ver que tipo de actitudes hacen que pierda mi voluntad, mi capacidad de decir NO. Al hacerme consciente de eso, me he ido sintiendo más segura de mi propia importancia. Y que lo que necesito/quiero/expreso sí es importante”
 - 9/9
- Sesión 6:
 - “En el momento en el que me puse en la silla como si fuera mi madre, para darme una respuesta sobre lo que estaba contando”

- “Hizo que sintiera que me estaba escuchando...sobre un tema que ella ni si quiera ha querido hablar, en realidad”
- 9/9
- Sesión 7:
 - “En el momento en el que estaba en la silla vacía siendo mi "psoriasis", verbalizar lo mucho que había estado atormentándome por la muerte de mi Pita. La culpabilidad que sentía”
 - “Darme cuenta que había sido como una madre y llorar su perdida. Decir cosas que nunca pude decirle. Me ha hecho sentirme muy liberada”
 - 9/9
- Sesión 8:
 - “Cuando estaba en la silla siendo "mi picor" y he sentido que por fin "marga" escuchaba activamente lo que le estaba diciendo que necesitaba. Que no se durmiera en los laureles”
 - “Al principio me he sentido descolocada, escuchar lo que una parte de mi me esta gritando. Ha sido como liberarse de una sordera”
 - 9/9
- Sesión 9:
 - “Hablar sobre el miedo que me produce el enfado”
 - “El hecho de verbalizarlo ha hecho que me sintiera mas compasiva conmigo misma”
 - 9/9
- Sesión 10:
 - “En el momento de hablar con mi yo presionadora”
 - “Sentí una conciliación interna muy agradable”
 - 9/9

María ha evaluado contenidos cognitivos, corporales y emocionales que han sido efectivos en cada una de las sesiones realizadas. Por tanto, la cliente evalúa el proceso terapéutico como altamente útil; en relación con los episodios compartidos, identifica las emociones emergidas y las hace conscientes.

Respecto al ítem 4, “¿aproximadamente en qué momento de la sesión tuvo lugar ese evento?”: dos eventos se dieron justo al comienzo de la sesión; uno, a lo largo del primer cuarto de la sesión; dos, a lo largo del segundo cuarto; uno, a lo largo del tercer cuarto y cuatro eventos se dieron a lo largo del último cuarto de la sesión.

En respuesta al ítem 5 “¿cuánto tiempo duró el evento aproximadamente”, María respondió: en 3 sesiones, el evento duró alrededor de cinco minutos; en otras 3, alrededor de tres minutos; en otras 3, entre cinco y diez minutos y en una sesión, más de diez minutos.

Ante el ítem 6 “¿Ocurrió alguna otra cosa durante la sesión que pudo haber sido un estorbo?, la clienta contesta “No” el 100% de las veces. Por tanto, nunca realizó la “parte B” del cuestionario HAT, orientada hacia la evaluación de los estorbos percibidos durante la sesión.

3.3.2. Resultados del Inventario de Alianza Terapéutica (versión corta) (WAI-S)

Ítem	Ses1	Ses2	Ses3	Ses4	Ses5	Ses6	Ses7	Ses8	Ses9	Ses10
1	5	6	7	7	7	-	7	7	7	7
2	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
3	6	6	6	6	7	-	7	7	7	7
4*	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1
5	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
6	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
7	6	6	6	6	7	-	7	7	7	7
8	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
9	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
10*	2	2	1	1	1	-	1	1	1	1
11	4	6	7	7	7	-	7	7	7	7
12	6	6	7	7	7	-	7	7	7	7
Tarea:	Total= 27,00;		DT= 2,00							
Objetivos:	Total: 27,11;		DT= 1,83							
Vínculo:	Total=26,67;		DT= 1,73							

*: Escalas inversas. Para realizar los cálculos se han invertido los valores

-: datos ausentes

En este informe se presentan estos datos, dada la importancia clínica de la evaluación de cada uno de los elementos que conforman el proceso de alianza terapéutica, si bien se recuerda que los autores de la

versión española (Corbella et al., 2011) concluyen que la estructura factorial del instrumento es unidimensional.

3.3.3. Client Change Interview Protocol

A través de esta entrevista semiestructurada observamos los cambios que María ha percibido a lo largo del proceso terapéutico. Se presenta a continuación una síntesis de las respuestas dadas por María ante las diferentes áreas que indaga el instrumento:

En respuesta a “Preguntas generales”, comenta que esta terapia le ha servido más que las anteriores. Dice que poder verbalizar ella misma cuestiones que piensa (guiada por los -terapeutas) hace que se crea más lo que oye y tome más en serio el proceso que está ocurriendo en la sesión. Dice estar contenta y orgullosa de crecer. También comenta estar tranquila, a pesar de que la situación en el trabajo está actualmente peor (el jefe con el que tiene conflictos actualmente no le habla, por lo que no tiene apoyo ante dudas técnicas y específicas de su puesto de trabajo).

En relación con los “cambios y calificaciones de cambios”, comenta varios: estar disponible para ella misma en vez de para otros; haber podido empezar a poner límites en el trabajo sin desbordarse emocionalmente, de manera asertiva; haber ganado perspectiva de cómo afrontar cuestiones que le parecían un problema y haber podido dejar las pastillas para la psoriasis. Ante todos ellos, comenta: estar desde algo sorprendida a muy sorprendida; creer que estos cambios improbablemente se habrían dado sin terapia y considerarlos de muy a extremadamente importantes para ella. Comenta que su entorno ha notado también su mejoría (“mi novia me dice que estoy muchísimo mejor” –hablando de la psoriasis y del ámbito emocional–). Comenta que, específicamente, algunos ejercicios vivenciales de la terapia le han sido útiles para diferentes cosas, como uno que le hizo concienciarse de las respuestas pasivas que da ante personas que le dan una orden, sin cuestionarlo; o los suspiros con distintas vocales, que le ayudan a desbloquear la garganta cuando la situación le sobrepasa emocionalmente y no le sale la voz por la angustia que llega a sentir.

Aunque comenta que no ha habido ninguna cuestión referente a la terapia o a los terapeutas que haya visto que dificulta su proceso terapéutico, comenta que el tema familiar (la importancia que le da y el rechazo que siente hacia los otros miembros) no ha sido tratado en profundidad todavía.

En cuanto a la parte correspondiente a “Atribuciones”, refiere que poder experimentar nítidamente la emoción y ser coherente con el descubrimiento que surge de ello le ha sido muy útil y se ha visto potenciado por las orientaciones de los terapeutas. Además, comenta que escuchar ciertas aclaraciones entre ambos terapeutas también le ha servido para entender mejor su esquema de funcionamiento.

Como “Recursos” (es decir, aspectos personales que han facilitado la terapia), se considera abierta a escuchar y escucharse, además de permitirse tener ese espacio de debate consigo misma. También dice que es capaz de hacer frente a cuestiones rápidamente para cambiarlas. Además, se considera lista, en el sentido de que puede captar y apropiarse de lo que le sirve y desechar lo que no.

Por otra parte, como “Limitaciones” (personales o del entorno) que cree que han dificultado el transcurso de la terapia comenta el hecho de que su familia esté lejos, por lo que no siente que haya podido aplicar los cambios terapéuticos a estas relaciones.

En relación con la sección de “Aspectos útiles”, dice que tomar conciencia sobre el parecido entre su parte crítica y su madre le ha servido para decidir que “la quiero fuera de mí” e identifica este proceso como clave en la disminución de la sintomatología de la psoriasis, concretamente, el escozor.

María no encuentra ejemplos que evidencien “Aspectos problemáticos” sobre la terapia. Comenta que, incluso las situaciones más difíciles de tratar en las sesiones (la agresión de su hermano a su novia, la muerte tanto de su tío y la de su perra) le sirvieron para dar cabida al dolor que sintió y no fue capaz de compartir con otras personas posteriormente.

En cuanto a “La investigación”, refiere haberle servido contestar a los cuestionarios “porque era la parte en que me esforzaba por sacar conciencia de qué me había aportado esa sesión”. También comenta como aspecto negativo las pausas de la cámara de grabación, aunque dice no haberse sentido cohibida por haber sido grabada.

Por último, no refiere “Sugerencias” para la investigación o la terapia.

4. Formulación clínica del caso

Con la intención de identificar los esquemas emocionales nucleares se procede a realizar una formulación de caso que, junto con la *co*-construcción de temas relacionados, se va desarrollando a lo largo de las

sesiones terapéuticas en colaboración con la cliente. Desde esta perspectiva el objetivo de la formulación de caso es la creación de un relato global –la formulación de caso en sí misma– que permite a la cliente identificar cómo eventos situacionales activan sus esquemas emocionales nucleares y cómo sus modos de responder a ellos de manera automática cronifican el malestar, además de servir de guía para el trabajo terapéutico.

Los datos que se recogen para la creación de la formulación de caso provienen de la observación y escucha empática del dolor expresado en el relato de la cliente y los elementos expresivos que lo acompañan: cualidad vocal, expresión gestual, postura corporal, etc.; dentro de un proceso que persigue la identificación conjunta (terapeuta-cliente) de cuál es la historia que subyace al relato.

Desde el modelo de la TFE se entiende la Formulación de Caso como un proceso dinámico de co-construcción en cada sesión que no solo explica el proceso clínico general, sino que, además, explica y enmarca el proceso de cambio terapéutico, diferenciándose de otros modelos de formulación de caso que constan de información global y general de inicio (estática).

Por tanto, se procede a la realización de una formulación de caso basada en el acrónimo MENSIT, cuyo esquema general puede verse en el Anexo 4 (Goldman et al., 2016, citado en Caro, 2017) y que se compone de los elementos más relevantes (desde el modelo de la Terapia Focalizada en la Emoción) para entender la problemática específica de la persona y poder adaptar la intervención terapéutica a su caso concreto, en función de su funcionamiento emocional: (M) marcadores de tarea –que orientarán el trabajo terapéutico–; (E) emociones primarias que experimenta la persona, tanto adaptativas como desadaptativas; (N) necesidades ligadas a la emoción primaria que, debido a la historia relacional de la persona, no han sido satisfechas; (S) emociones secundarias, que generan malestar y gastan recursos de la persona; (I) procesos interruptores que la persona ha ido generando para sobrellevar el dolor que le causan las emociones primarias desadaptativas, poder gestionar la disonancia emocional que le causan las emociones secundarias y/o impedir la conciencia de las necesidades no satisfechas y que, en esencia, impiden o dificultan la transformación de los esquemas emocionales disfuncionales y (T) temas relevantes en base a los que la persona genera sus esquemas de emoción –tanto en la historia pasada como en el presente– en

función de los tipos de relación que desarrolla entre aspectos del *self*, en la relación con otros significativos, basándose ambos, a su vez, en la experiencia y conciencia existencial del individuo.

En nuestro caso, por tanto:

María presenta, en el momento inicial del proceso terapéutico, ansiedad y desregulación emocional como **emociones secundarias (S)** por miedo a fallar y a ser incomprendida; emociones a las que subyace la **emoción primaria (E)** de soledad, de la cual no es consciente al inicio del proceso.

Las emociones que presenta se dan como respuesta ante la **necesidad no satisfecha (N)** de validación y reconocimiento por parte de su madre en la historia pasada, lo cual hace que María experimente dolor ante las situaciones del presente en que otra persona se muestra impasible a sus necesidades y se siente ignorada (jefe), en forma de reactivación repetida del esquema nuclear.

Para afrontar el malestar emocional que presenta, ha desarrollado, a lo largo de su vida, dos formas de **auto-tratamientos (I)** (intentos de la persona de afrontar la situación pero que, paradójicamente, contribuyen al mantenimiento de la problemática): por una parte, la interrupción de su propia consciencia emocional (incapacidad para mostrar enfado) y, por otra, la autoexigencia (escisión autocrítica) elevada que presenta, sobre todo en el entorno laboral.

Como **temas emergentes (T)** se incluyen aspectos en tres niveles de consciencia: uno más identificado, *intra*-personal, en el cual aparece la autoexigencia, especialmente en el trabajo; un plano medio, experiencial, caracterizado por el bloqueo emocional ante la capacidad de enfado, que se ve, a su vez, dificultado por la auto interrupción que la clienta presenta; un plano subyacente o profundo, interpersonal, marcado por los asuntos no resueltos con su familia, primordialmente con su madre, aunque también con su padre y su hermano.

De este modo los **marcadores de tarea (M)** que se obtienen y guiarán el trabajo terapéutico son: la autoexigencia en el trabajo –para no sentir rechazo–, la somatización en forma de psoriasis –por bloquear el dolor primario, al no ser capaz de procesarlo–, la auto-interrupción –ante las sensaciones de enfado– y los asuntos no resueltos –con las figuras relevantes de su historia relacional pasada–.

Un esquema de esta formulación de caso puede verse en el Anexo 5.

En particular, la psoriasis que sufre la clienta se entiende, desde esta formulación, como un proceso psicósomático reactivo que corresponde, por un lado, a un modo de auto-interrupción crónica, es decir,

una protección frente a la emoción primaria que no está siendo identificada ni procesada; por otro, a una reacción a situaciones con fuerte carga emocional (estrés) y, por último, a un elemento distractor de la conciencia del problema nuclear.

Desde este modelo, además, se realiza una deconstrucción del motivo de consulta explicitado por el cliente, que consiste en lograr un cambio desde una narrativa inicial –externa e irreflexiva– hacia una operativa –más interna y reflexiva– donde se toma conciencia del dolor emocional y las dificultades de adaptación, facilitando, de este modo, las oportunidades de procesamiento.

5. Tratamiento

5.1. Justificación del caso

Se realiza una selección de tratamiento a través de la Terapia Focalizada en la Emoción, basado en el criterio de mayor efectividad (Buela Casal y Sierra, 2002) para la demanda de la cliente (gestionar sus emociones y ser capaz de enfadarse). Además, dada la relación existente entre la psoriasis como sintomatología física y el estrés-ansiedad, anteriormente desarrollada, se considera esta terapia como adecuada para este caso. En este sentido y acorde con lo expuesto por Sachse, R. (1998), se procede a tratar la somatización a través de dos fases: en primer lugar, desarrollando la capacidad de procesamiento emocional de la cliente; en segundo, tratando temas interpersonales y de apego subyacentes que puedan estar relacionados con la somatización.

5.2. Técnicas analizadas

La técnica de la silla vacía, desarrollada por el creador del Psicodrama, Jacob Levy Moreno (Hackmann et al., 2011) y frecuentemente utilizada en las terapias de corte humanista, se emplea en terapia para generar un diálogo entre la persona y otro significativo imaginado. Este otro puede ser tanto una persona que forma parte de la vida actual del cliente, como alguien que ya no está presente o un ente imaginario que

representa una parte del sí mismo de la persona. Esta tarea terapéutica se lleva a cabo cuando existe un conflicto sin resolver entre la persona y otro (sea, este otro, externo o interno).

Cuando aparece un sentimiento doloroso persistente, que se relaciona con una figura de apego o relevante para la persona, trabajaremos con el marcador “asuntos no resueltos con otros significativos”. Mediante el uso de la técnica de la silla vacía, se anima a la persona a tener una conversación con esa figura relevante imaginada o a replicar una situación traumática, con la intención de que esta interacción provoque la activación y expresión de las emociones que no han podido ser expresadas libremente en el pasado (Greenberg, Rice, y Elliott, 1993b). Así, gracias a la experimentación de esa expresión se movilizará la necesidad no cubierta. Además, la persona cambiará la visión que tiene de sí mismo, de la figura relevante o de la situación. Estos objetivos se logran por medio de diferentes fases: 1) primero, se representa a la figura problemática y se evocan las emociones primarias que experimenta la persona en relación con ella; 2) la persona será capaz de articular las necesidades que han sido vulneradas en su historia pasada y 3) finalmente, tras la obtención de una reacción del organismo (como, por ejemplo, tristeza, enfado o merecimiento), el *self* se verá fortalecido y la persona podrá resolver la necesidad que no se cubrió en su historia de vida.

Por otro lado, cuando una parte del *self* desprecia o critica a otra, provocando culpa, parálisis, ansiedad o un intenso dolor emocional, trabajaremos con las “escisiones autocríticas”. Esta intervención se lleva a cabo por medio del diálogo entre dos sillas: una, en la que se sitúa la parte del *self* que está siendo oprimida y otra, en la que se sentará la escisión autocrítica (Greenberg, Rice, y Elliott, 1993a). De esta manera, se accederá, por medio de este diálogo, a un conflicto nuclear entre ambas partes.

Esta representación de la voz crítica, así como la comunicación entre ambas partes, permitirá a la persona explorar la necesidad y el impacto de la crítica, promover sentimientos de autocompasión e identificar el dolor intenso que ésta produce, integrando el *self* para que la persona pueda hallar una solución (escuchando y respondiendo a las expresiones de la escisión autocrítica). En definitiva, que reprocese y afronte el conflicto para poder lograr un sentido más unificado del *self* (Segrera et al., 2014).

En el ejercicio de diálogo con la enfermedad (psoriasis, en este caso), una parte del *self* que se encuentra disociada se vive a nivel físico de un modo silencioso y como un reducto de un proceso bloqueado (Caro y Rojas, 2021). Partiendo de la queja o el malestar que se siente frente a la enfermedad, se inicia un diálogo

entre la persona doliente y la reacción defensiva no mentalizada de la enfermedad, así como de las necesidades no simbolizadas que se ven actualmente reflejadas en la sintomatología física.

La persona responde mostrando el dolor de la interacción actual entre su cuerpo y su enfermedad y articula la necesidad existencial (a veces por medio de recuerdos episódicos) para reprocesar el dolor escindido y liberar, así, al *self* actual, quien será capaz de asumir responsabilidades (en este caso, de autocuidado) (Caro y Rojas, 2021).

5.3. Temporalización

El tratamiento plasmado en este informe consiste en diez sesiones, que se desarrollan entre los meses de julio y diciembre de 2021. Cada sesión tiene una duración de entre una hora y 90 minutos.

A continuación, se muestra una tabla-resumen de las técnicas terapéuticas realizadas a lo largo del proceso:

Intervención empleada	Ses1	Ses2	Ses3	Ses4	Ses5	Ses6	Ses7	Ses8	Ses9	Ses10
Exploración	X		X		X					
Foco terapéutico	X									
Auto-interrupción		X			X					
Escisión auto-crítica			X	X					X	X
Asuntos no resueltos		X				X	X			
Diálogo con enfermedad							X	X		

Sesión 1 – Fase de contemplación: Presentación inicial de la clienta y su problema (ansiedad por auto-exigencia en un contexto de sumisión-sacrificio con los jefes). Al explorar, aparece una dinámica relacional de auto-interrupción del enfado.

Sesión 2 – Fase de preparación: Se trabaja con esta auto-interrupción, lo que va mostrando la existencia de heridas vinculares con las figuras de la madre, el padre y el hermano de María. Se contempla un proceso en el que su persona ha ido perdiendo sus derechos por medio de invalidaciones provenientes de su entorno cercano.

Sesión 3 – Fase de preparación: Se explora la escisión de María (una figura que le exige hasta la extenuación, en un contexto de apego con invalidación). Se va creando el vínculo terapéutico y se genera un foco interno en la experiencia que permite a María simbolizar lo que siente realmente (desde emociones primarias). Por último, María comienza a confrontar la realidad de su historia: un padre presente de manera intermitente, aunque menos confuso y más seguro emocionalmente que su madre, quien ha sido defensiva, invalidante y crítica con María (en contraposición con cómo ha sido con Pepe, su hermano, a quien sí ha protegido y entregado cariño incondicional).

Sesión 4 – Fase de acción: Se profundiza en la escisión auto-crítica y el perjuicio que ésta produce en María, lo que facilita un fortalecimiento del *self* y un empoderamiento, en forma de enfado asertivo, que se manifiesta en la necesidad y elección de poner límites a sus jefes para que no se aprovechen de ella y su autoexigencia en el trabajo (la cual supera los niveles adaptativos).

Sesión 5 – Fase de acción: Se exploran las novedades que María experimenta en su conducta, a través de experimentos vivenciales de dramatización, que desembocan en una conciencia del proceso auto-interruptor, el cual afecta a que se muestre sumisa ante figuras o situaciones en que se ejerce poder contra ella.

Sesión 6 – Fase de acción: A través de la re-narración de un trauma de la adolescencia, se focaliza la psoriasis como expresión del dolor emocional no procesado. Para trabajar la respuesta traumática actual, se trabajan asuntos no resueltos con la madre de María: situaciones de negación de su experiencia y desautorización, unidas a la auto-interrupción del enfado primario asertivo.

Sesión 7 – Fase de acción: Se genera un diálogo con la “piel enferma con psoriasis”, que facilita la integración de aspectos infantiles disociados (falta de cuidado y validación y reacción defensiva, a modo de protección, que genera un “caparazón” en el que vive María). Se procesa la memoria del trauma relacional y se genera una conversación con la perra fallecida de María, que realizó funciones maternas sustitutivas de cariño, consuelo y apertura al mundo y a la socialización.

Sesión 8 – Fase de acción: Se genera otra conversación con la piel con psoriasis, que facilita la conciencia de que el picor es un modo de expresión de la auto-crítica de María, que le presiona para “hacer muchas cosas y que no se acomode”. María intenta negociar con esta parte crítica, comprometiéndose a no acomodarse.

Sesión 9 - Fase de acción: A través del trabajo con la autocrítica se logra rebajar la ansiedad de María respecto a una reunión de trabajo en la que va a pedir mejoras de calidad. Ha logrado poner límites a sus jefes, lo que ha aumentado su empoderamiento, facilitando que le pida a su parte autocrítica tomar ella las riendas de las situaciones en que la auto-interrupción está presente (para ser capaz de pedir lo que considera que merece sin quedarse bloqueada porque aparezca la auto-crítica).

Sesión 10 – Fase de acción: Se dialoga con la autocrítica (ahora más una parte subordinada de María que se activa en momentos que requieren eficacia y concentración, pero que no le inflige daño, según comenta). Se genera una integración de esta parte como parte del *self* y aumenta la agencia personal.

Sesión 11 - Fase de evaluación de la intervención: Se pasa el *Client Change Interview Protocol* (Elliott y Rodgers, 2008), con el fin de recabar información sobre la percepción de los resultados terapéuticos, como evaluación final de la etapa informada en este trabajo.

6. Análisis y valoración del tratamiento: Proceso emocional

El proceso terapéutico llevado a cabo, en cada una de las diez sesiones descritas se ha desarrollado tal y como se tenía previsto según el modelo teórico-práctico de la TFE: una vez que la paciente vivencia e identifica, con ayuda de las tareas terapéuticas, las emociones primarias y secundarias – adaptativas y desadaptativas– (arraigadas a las necesidades nucleares no cubiertas en la historia de vida) se realiza un procesamiento y un cambio emocional, el cual se evidencia en la reflexión consciente sobre el mismo y en el uso de esta información de manera adaptativa para el

afrontamiento de situaciones similares. Además, en este caso clínico se puede observar cómo el proceso *intra-sesión* e *inter-sesión* responde a la formulación a través del MENSIT.

El dolor vincular, las estrategias de auto-tratamiento y la enfermedad física de la clienta emergen en el diálogo terapéutico, lo que permite contemplar cómo la identificación de las emociones potencia el dinamismo de estas tres partes y confluye en una nueva construcción cognitivo-emocional más adaptativa y una narrativa más reflexiva y operativa.

Para mostrar este cambio detalladamente, se han escogido dos episodios *intra-sesión* (diálogo en base asuntos no resueltos y a la enfermedad) y uno *inter-sesión* (evolución de la auto-crítica), cuyo análisis descriptivo se presenta a continuación:

Para un mejor entendimiento de los fragmentos transcritos, se emplearán las siguientes abreviaturas: “T”, para terapeuta (indistintamente para ambos *co-terapeutas*); “S1”, para María; “S2”, para la silla vacía. Asimismo, se indicará a quién va dirigida la frase mediante el símbolo “→”.

6.1. Análisis intra-sesión: Asuntos no resueltos

Se inicia la sesión hablando sobre lo perturbada que María se siente por el picor de la piel y por no obtener un tratamiento médico eficaz (“voy saltando de médico en médico”). Comenta que la semana pasada se le ha reducido el malestar que le produce la psoriasis por haberse inyectado un tratamiento, a lo que añade, frustrada, que en cuanto se pasa el efecto de este, le vuelven las heridas.

Refiere que no le pica tanto desde que trabaja en casa, en vez de ir a la oficina, “aunque sigue siendo un estrés de vida” y “creo que me rasco de puro nervio (...) como impulsivo”. Comenta especial agobio por constantes comentarios de su entorno cercano.

Al preguntarle por el inicio de la psoriasis y posibles aspectos relacionados con esta, María comenta que fue un cúmulo de: comenzar un nuevo trabajo, cambiarse de piso (dejar el que estaba pagando desde que se fue su madre –por no poder permitírselo económicamente– y mudarse con dos chicas –una amiga y una conocida–), llegar a sentirse incómoda en este nuevo piso, no sentirse bien con sus relaciones sociales del momento y sentirse insegura frente a las decisiones de proyecto vital que estaba tomando.

Al indagar más sobre la sensación de incomodidad que sentía en el piso nuevo, surge una sensación de “haber permitido cosas que yo no estaba dispuesta a permitir” y de desprotección [Anexo 6, Fragmento 1]. Ante ese recuerdo se observa cómo María comienza con un **malestar global difuso** y un sentimiento de **vergüenza** asociado, que activa sentimientos de soledad y desprotección materna.

Se le ofrece “traer a su madre” a la sesión, colocándola en una silla vacía, a lo que María accede. Se le pide que evoque la presencia sentida de su madre y le diga lo que se ha estado hablando, desde sus emociones. Comenta el dolor que siente al recordar cómo la invalidó por proteger a su hermano [Anexo, 6; Fragmento 2].

Añade “tenía ansiedad del hecho de compartir espacio con vosotros porque me dabais asco, me daba asco cómo pensabais” (**rabia rechazante**). Me daba rechazo que pudieras dudar de lo que estaba diciendo”.

Al pedirle que busque una imagen/sensación de sí misma, comenta verse muy incomprendida y con mucha ira (**autoevaluación negativa**), momento en el que surge una **necesidad**, que se verbaliza gracias a la facilitación del terapeuta para “darle forma” [Anexo 6, Fragmento 3].

Aquí, el terapeuta le pide que cambie de silla y sea su madre, la cual responde con invalidaciones y minimizando el asunto (“eso es solo una opinión”, “cada uno tiene su verdad”, “eso ya fue hace diez años”). Este proceso facilita que María se posicione más en su postura e identifique la necesidad no cubierta por parte de su madre.

En este momento de la sesión el terapeuta, acorde con la Fase 2 del análisis de Pascual-Leone y Greenberg (2008), fomenta la expresión completa de María hacia el otro significativo (su madre), desde la emoción primaria y adaptativa con la ayuda de experimentos graduales de expresión (utilizando el símil del agua derramada con María no siendo protegida por su madre), hasta lograr que María le verbalice la necesidad no satisfecha de protección materna [Anexo 6, Fragmento 4].

Al volver a pedirle que se siente en la silla vacía, haciendo de su madre, ésta se responsabiliza de su negligencia, lo que facilita que María siga expresando su necesidad [Anexo 6, Fragmento 5].

En este momento a María le empieza a doler la cabeza, por lo que el terapeuta opta por fomentar la emoción dándole voz a ese dolor de cabeza, el cual, según hipotetiza, está frenando la vulnerabilidad ante la expresión de la necesidad [Anexo 6, Fragmento 6].

Como se puede observar, esta expresión emocional permite que María sienta una autocompasión (inicio de la Fase 3 del análisis). A partir de este momento el terapeuta tratará de facilitar la emergencia de la emoción adaptativa para afianzar el cambio emocional, producido durante esta sesión, en el modo de procesamiento emocional de María. Para ello, potencia el enfado auto-afirmativo (que se diferencia de la rabia rechazante que aparecía en la Fase 1 en que aquella rabia era una emoción secundaria e indiferenciada que aparecía en respuesta a la vergüenza que sintió en el pasado ante una situación de invalidación, mientras este enfado auto-afirmativo está libre de condicionantes –es primario y adaptativo–). Así, la persona no lo percibe como disonante a su *self*, por lo que puede permitirse ser autocompasivo, facilitando, finalmente, el reprocesamiento emocional [Anexo 6, Fragmento 7].

A partir de este momento el terapeuta fomenta que María llame a su madre, buscándola (**dolor/duelo**) adaptativo, que permitirá la posterior aceptación y agencia con las que concluirá la sesión [Anexo 6, Fragmento 8].

Ante la última pregunta de este fragmento, María responde que su tío Miguel, que murió de cáncer hace tres años (se descubre que tiene este duelo sin resolver). Comenta que, si viera esta conversación que está teniendo con su madre, “no sería muy cariñoso, pero me sentiría comprendida”. Se inicia entonces una conversación con él en la silla vacía, en la que Miguel le pide perdón por haberle dejado sola y en la que María tiene la oportunidad de decirle que le echa de menos y de llorar (momentáneamente) su pérdida. Se comenta este duelo sin resolver y la posibilidad de trabajarlo más adelante en la terapia, debido a lo importante que fue Miguel en la vida de María [Anexo 6, Fragmento 9].

La silla vacía con la madre de María termina con la aceptación que caracteriza el final del reprocesamiento y que produce una sensación de alivio y cierre del “tema pendiente”.

Por último y para aumentar la **agencia personal** de María respecto a este tema (para que se pueda afianzar este reprocesamiento en sus recursos personales) se le pide que coloque a la dermatóloga en la silla vacía y le exprese sus emociones [*Anexo 6, Fragmentos 10 y 11*].

Se termina la sesión comentando la parte emocional que puede estar influyendo en el mantenimiento de la psoriasis y en la violencia que se está ejerciendo desde la medicina hacia su cuerpo, así como las cuestiones que puede y quiere aplicar en su vida, tras esta sesión, sobre lo que comenta que el cuidar más la alimentación para recuperar su flora bacteriana “mis bichitos”.

6.2. Análisis intra-sesión: Conversación con piel con psoriasis

En esta sesión, María viene contenta por verse más tranquila en distintos aspectos de su vida. Entre ellos, comenta “Me he dado cuenta de que cuantas más cosas que me gustan hago, menos me pica la psoriasis”. Paralelamente comenta que se siente a la defensiva con cómo se comporta su madre; dice angustiarle la atención constante que ésta le da a la psoriasis y a los médicos (“No me escribe en toda la semana y me pone un *whatsapp* ¿has ido al médico? Tal... ¡Pregúntame qué tal estoy! –se muestra frustrada–”). Por tanto, se propone a María tener una conversación con la psoriasis, a lo cual accede.

En un primer momento el terapeuta explora el malestar asociado y orienta a la persona hacia la aproximación a su emoción, pidiéndole que se imagine a su piel con psoriasis sentada en la silla vacía mientras presta atención a sus sensaciones corporales. Se acuerda del inicio de la psoriasis, cuando pensó que seguía siendo sarna (“Fue un mes después... Y nada, me ensañaba con mis picores... Maltrato total”). En este momento aparecen el **malestar global difuso** y la **rabia rechazante** [*Anexo 7; Fragmento 1*].

Se puede observar la amalgama de emociones asociadas a ese momento debido al estrés de la cuarentena (la cual, además, no era capaz de cumplir) y del trabajo, la sensación de no libertad, la incomodidad de vivir en una casa que no era suya y la experimentación de la propia psoriasis.

Aquí aparece el elemento del **miedo** a la enfermedad [*Anexo 7; Fragmento 2*].

Junto a este miedo se observa en María pasividad con respecto a la enfermedad (**rabia rechazante**), que dificulta un procesamiento emocional a un nivel más alto [Anexo 7; Fragmento 3].

En este punto de la sesión, el procesamiento emocional se bifurca en dos. Por una parte, la rabia rechazante que se observa en el cuadro superior desemboca en un **enfado autoafirmativo** (Fase 3) que facilitará un grado de procesamiento emocional mayor; por otra, el miedo que María siente hacia la psoriasis da lugar a una **autoevaluación negativa** que va ligada a la **necesidad no resuelta** de María (Fase 1).

En relación con el enfado autoafirmativo, María comenta sentir un rechazo hacia la psoriasis y hacia la posibilidad de tener que convivir con ella el resto de su vida [Anexo 7; Fragmento 4].

El terapeuta, entonces, continúa elaborando una metáfora en que la psoriasis es un caparazón “Mi piel se endurece, no sólo son las escamas, mi piel está dura... y me quedo dentro de ese caparazón” y le da la oportunidad a María de contarle a su piel cómo le afecta eso en su vida [Anexo 7; Fragmento 5].

El terapeuta pregunta a María qué ocurre en su interior cuando le dice a su piel con psoriasis “viviendo en tu caparazón me ahogo”, lo que facilita la aparición de la necesidad [Anexo 7; Fragmento 6].

A raíz de esta metáfora, María comenta que la psoriasis le quita su esencia vital, lo que le facilita posicionarse en contra de la psoriasis y verbalizarla que quiere que desaparezca [Anexo 7; Fragmento 7].

En este fragmento se puede observar cómo el terapeuta, validando la necesidad no satisfecha y las emociones de María (conflictuadas por la situación del momento de rechazo hacia la psoriasis y la incapacidad para dejar de tenerla), ayuda a María a rescatar un valor moral presente en María (**autoevaluación positiva**): ser “suave” (“buena”, “sin que se me agriete la piel”).

Al cambiar a la silla de la psoriasis, y ayudada por la evocación que hace el terapeuta sobre la madre no protectora, María encuentra similitud entre la constricción que le genera la psoriasis y la que le genera su parte opresora (autocrítica) y auto-asustadora (trabajada en la sesión 3, durante el ejercicio de asuntos no resueltos –momento en el que se da cuenta de que esa parte opresora es muy parecida a su madre–) y le permite reafirmar aspectos positivos de su persona (**evaluación positiva**) [Anexo 7; Fragmento 8].

En este punto María, como piel con psoriasis, se apiada de María (probablemente por conectar con esa María que sufre a su madre y a su parte asustadora, que, a la vez, se parece a su madre), por lo que se responsabiliza por haberla oprimido y le habla con ternura (**autocompasión**) [Anexo 7; Fragmento 9]. En este punto, la psoriasis se compadece de María y se posiciona a su favor, por lo que comenta querer desaparecer.

Nos encontramos ahora en la fase tres, puesto que tanto el miedo inicial como la rabia rechazante han resultado en un enfado auto afirmativo y compasión, por lo que se comienza a trabajar con la emoción adaptativa. Para ello el terapeuta empatiza con la psoriasis [Anexo 7; Fragmento 10].

En esta ocasión se observa como el terapeuta evoca una emoción primaria de tristeza –ligada a la soledad que sintió María cuando era pequeña, como se observa en la respuesta que da María– que provoca un alivio momentáneo, tras el llanto. Sin embargo, mientras sigue hablando, surge una emoción de culpa relacionada con la muerte de su perra. Esta culpa viene dada porque, cuando la madre de María se fue a cuidar a su hermano (y María se quedó en la ciudad), María pensó que Pita, su perra, iba a estar mejor cerca de la playa, por lo que se fue con su madre; pero hubo que sacrificarla y María no tuvo oportunidad de despedirse de ella [Anexo 7; Fragmento 11].

El terapeuta realiza una auto-revelación y propone “traer a Pita” a la sesión, colocándola en la silla vacía (“Entiendo esto que dices de toda la culpa de no haber hecho... está ahí metida, agarrada... Vamos a hacer una cosa... Vamos a poner a Pita aquí delante –S1 sonrío llorando, tensa– No sé si se subiría al sillón...” –S1 asiente–). Instantáneamente, María se dirige hacia Pita para pedirle perdón y agradecerle lo que hizo por ella [Anexo 7; Fragmento 12].

Surge, entonces, una **autoevaluación negativa** por haber elegido que Pita se fuera con su madre, en vez de cuidarla ella misma, que se mezcla con una emoción de tristeza ante la pérdida de todo lo que significó para ella: una figura relevante de amor y apoyo incondicional (**necesidad no satisfecha**) [Anexo 7; Fragmento 13].

María cambia a la silla de Pita para hablar por ella: “siempre has querido lo mejor para mí”, “(cuando no estaba) pensaba mucho en ti... En todo lo que eras... Pero yo estaba bien”. El terapeuta promueve que, ahora que Pita tiene voz, le comunique a María sus sentimientos más profundamente, a lo que María-Pita responde: “Me llega tu dolor”, “cuánto sientes no haberme acariciado”, “No estabas conmigo... Y sé que te parte el corazón (...) no haber estado cuando cerré los ojos (...) Te quiero”.

Se le pide a María que cambie de nuevo de silla y perciba qué siente al escuchar estas palabras de su perra, mientras le ofrece coger a Pita (le entrega un cojín para facilitar la evocación de emociones) [*Anexo 7; Fragmento 14*]. Desde ese momento, María no deja de acariciar al cojín, mientras continúa pidiéndole perdón por no haber estado a su lado (**autoevaluación negativa**) [*Anexo 7; Fragmento 15*].

Al momento de despedirse de Pita, María deja ver, una vez más, su **necesidad no satisfecha** [*Anexo 7; Fragmento 16*].

En este momento, el terapeuta recuerda a María que estuvo hablando con la piel con psoriasis, antes de hablar con Pita, con la intención de promover la aceptación y agencia, elementos propios del final de la Fase 3, que crean la sensación de cierre en relación al procesamiento emocional trabajo en esta sesión [*Anexo 7; Fragmento 17*]. Así, el procesamiento emocional que María experimenta en esta sesión con su perra—cada vez más complejo y elaborado—, sirve para lograr la **aceptación** de la situación actual frente a la psoriasis, así como la **agencia personal**. El amor incondicional de y hacia su perra resultó ser un elemento clave para el cierre del ciclo de procesamiento inicial de esta sesión analizada, que surgió en relación con la psoriasis como somatización —éste también, cada vez más complejo—.

6.3. Análisis inter-sesión de la autocrítica

A continuación, se realizará un análisis inter-sesión de la evolución de la voz autocrítica en el caso de María. Se ha elegido este elemento dado el interés clínico que suscita el cambio de narrativa a medida que el procesamiento emocional de la clienta va siendo más profundo, sesión a sesión.

6.3.1. Conflicto inicial: Sumisión de María ante la autocrítica

Al inicio de la terapia la voz autocrítica tiene un rol dominante, poderoso, inflexible y de experta en la vida de María, por lo que ésta se encuentra en una situación de subordinación absoluta frente a los juicios y las invalidaciones de la autocrítica.

La sumisión de María se observa en respuestas a la voz crítica (silla vacía) como “no te das cuenta de que tus expectativas son difíciles de cumplir porque siempre lo he hecho yo todo y me está costando la salud” [Sesión 3 –minuto 17:44] y parece existir desde la infancia, cuando, según relata María, “hacía todo más o menos bien, como más o menos se debía hacer” [Sesión 3, minuto 43:53]. La formulación del caso indica que esta sumisión (perfección del comportamiento) persigue resolver la necesidad no cubierta de cariño materno incondicional.

En el siguiente extracto se observa una interacción que fue precedida de un ejercicio vivencial en el que la autocrítica de María estruja un cojín situado en la silla vacía de María (S1), mientras le dice “No te cojas una baja, no seas tú misma”. Cuando lo hace cambia a la silla de María y, en respuesta, lanza el cojín: “¡Deja de hacerme eso!” [Anexo 8, Fragmento 1].

Se observa como el reconocimiento y expresión de necesidad va provocando alivio y facilita que la autocrítica se movilizara, aunque no de manera completamente adaptativa... aún.

En la misma sesión se observa cómo la autocrítica adquiere una voz culpabilizadora (de no merecimiento de cariño) e invalidante (“a ver, ¿por qué lloras? No es tan importante”) promoviendo así, que María reconozca y exprese su necesidad no cubierta; expresión que se acompaña de dolor y alivio [Anexo 8, Fragmento 2].

En el momento en el que María es capaz de interactuar con su parte autocrítica (es decir, a una parte no aceptada de su *self*) se producen sentimientos de compasión entre ambas [Anexo 8, Fragmento 3]. María se da cuenta de que esta voz autocrítica se parece a su madre, lo que permite a María pedir (satisfacción de necesidad) y a esta última apiadarse (autocompasión).

Comentario interpretativo: cuanto más reacciona María ante la autocrítica de la manera en que ha reaccionado en su historia pasada, más fuerte e intransigente se vuelve la voz de la autocrítica. En cambio, en los momentos en los que María es comprensiva y empática (movilizada a través de la necesidad) y trata

de integrar a la autocrítica como una compañera que le ayude a enfrentarse a las dificultades de la vida, más flexible, empática y cuidadora de ella se vuelve esta parte autocrítica.

A continuación, María continúa expresando necesidad y, al identificar dolor asociado a la soledad (ayudada de T), experimenta alivio y validación de la emoción [*Anexo 8, Fragmento 4*].

6.3.2. Primeros intentos de negociación entre María y la auto-crítica, en forma de psoriasis

En la sesión siguiente, cuando María tiene una conversación con su piel con psoriasis, ésta la presiona para no quedarse parada y tomar decisiones de su vida en relación a aspectos con los que no se siente cómoda. María toma conciencia de cómo esta voz de la piel con psoriasis se parece a su voz crítica, en la manera de comportarse con ella (“es que esta psoriasis me recuerda mucho a esa María opresora, ¿sabes?”; [*Sesión 7 – minuto 51:43*]). Paralelamente, se hace consciente de la similitud con su madre (se analiza en el segundo párrafo del siguiente subapartado).

Al parecer, a través de la psoriasis, la autocrítica tiene una mayor capacidad para responder compasivamente ante María, en vez de reactivamente (como está acostumbrada a hacer) en lo que respecta a la necesidad de María de no sufrir las consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad. Probablemente también influya (en la capacidad de la autocrítica-psoriasis de ser flexible) que María es capaz de enfadarse más fácilmente con su psoriasis, la cual exclusivamente sufre (hasta ese momento), que, con su autocrítica, tan integrada en su esquema cognitivo-afectivo [*Anexo 8, Fragmento 5*].

Tras el diálogo abierto desde la emoción primaria desadaptativa (facilitado por el terapeuta) entre María y la psoriasis, y el consecuente proceso de autocompasión (analizado en el apartado anterior de este informe), la autocrítica (todavía a través de la psoriasis) se hace consciente del daño provocado a María, por lo que deja de actuar de manera reactiva y “se retira” [*Anexo 8, Fragmento 6*].

Desde este momento, la psoriasis desaparece como foco de atención terapéutica, dando paso a la autocrítica como cuestión principal a trabajar; en paralelo, la piel de María sigue mejorando semana a semana.

En las siguientes sesiones, se identifica la función de la crítica (movilizar a María), lo que consigue oprimiéndola [*Anexo 8, Fragmento 7*]; con la diferencia de que María, ahora, intenta apropiarse de esa voz y usarla como un recurso para sentirse cuidada y potenciar su capacidad de enfado asertivo.

De a poco, la voz de la autocrítica se transforma en una voz menos dañina y comienza a adquirir una función protectora, de acompañamiento y empoderadora [Anexo 8, Fragmento 8].

6.3.3. Negociación más auténtica entre María y la auto-crítica

María acude a la décima sesión con la sensación de ansiedad que le produce una reunión que va a tener con su jefe, en la cual le va a pedir un aumento de sueldo y cobrar el trabajo extra que ha estado haciendo los últimos cuatro meses. Comenta tener miedo ante esta situación porque la crítica está agobiándola como en el pasado, dando por hecho que María va a actuar de la misma forma, es decir, quedándose bloqueada ante la situación de malestar que le provoca su jefe. María, ahora más empoderada, le intenta poner el límite, asertivamente, a la autocrítica cuando detecta que le está causando malestar [Anexo 8, Fragmento 9].

Dentro del proceso terapéutico, a través de varias sesiones, se produce un acercamiento a la identificación del patrón de similitud entre la psoriasis, la autocrítica y la madre de María (invalidante y controlador), enriqueciendo la formulación clínica dinámica, propia de esta perspectiva terapéutica. Podemos ver en otro fragmento, cómo María evoluciona en este camino, cuando la autocrítica “reconoce” esta similitud [Anexo 8, Fragmento 10].

Posteriormente, María rebaja los miedos expresados por la autocrítica, de tal modo que esta puede darle “un respiro”, expresando sus necesidades (apoyo sin agobio, no anticipación, confianza en sus capacidades); lo que, finalmente, se traduce en la expresión de la necesidad de afecto amoroso e incondicional [Anexo 8, Fragmento 11].

Puede verse como tanto el procesamiento emocional como la toma de conciencia de María respecto a esta similitud se produce, a lo largo de la terapia, de una manera cada vez mayor y más profunda, hasta llegar a la necesidad nuclear de “ser querida” y la creencia de que merece serlo [Anexo 8, Fragmento 12].

6.3.4. Integración de la auto-crítica como recurso personal de María

María acude a consulta tres semanas después (debido a las vacaciones de navidad). Comenta que consiguió la mejora de condiciones que quería pedir a su jefe y ha estado notando cambios en su bienestar, tanto emocional como físico. Se observa cómo María va teniendo mayor conciencia de su parte crítica y cómo su

discurso revela su sensación de bienestar y capacidad de decisión sobre los temas que le preocupan [*Anexo 8, Fragmentos 13 y 14*].

María agradece a su parte crítica que haya reducido su dominancia y le pide reconocimiento por haber logrado sus objetivos cuando la autocrítica ha aceptado “dejar al mando” a María [*Anexo 8, Fragmento 15*]. En ese momento se observa cómo María llega a un punto de claridad acerca de la relación entre los problemas identificados, el funcionamiento que tenían y el cambio producido entre ellos. De este modo, los integra en su conciencia y genera un nuevo esquema cognitivo-emocional, con un funcionamiento más adaptativo entre los elementos anteriormente problemáticos, y logra estrategias conscientes que le producen alivio y empoderamiento [*Anexo 8, Fragmento 16 y 17*].

Por último, se observa como la autocrítica se retira a una posición menos protagonista, reconociendo y validando las capacidades de María [*Anexo 8, Fragmento 18*]; en definitiva, siendo esa figura de protección y cuidado que María le fue pidiendo a lo largo de sus diálogos.

6.3.5. Síntesis del proceso

Al principio, ante la vivencia de su voz crítica, invalidante y con poder, María escucha su necesidad, aunque la crítica no cambia su posición dominante. Más adelante, mediante la voz de la psoriasis, la autocrítica va perdiendo fuerza, puesto que María es capaz de ponerle límites y lo hace de una manera asertiva y no demandante. Posteriormente, María ve y reconoce con mayor claridad a la autocrítica y a sus miedos, así que le pide espacio para poder reivindicar sus derechos en el trabajo, convenciéndola de que podrá expresar mejor sus necesidades si no la presiona, a lo que la parte crítica accede.

Finalmente, la parte crítica de María reconoce el logro de ésta y renuncia a la posición de poder (posiblemente por haber logrado auto-resolver su necesidad de aceptación incondicional). Se agradecen mutuamente los progresos conseguidos y María se apropia de la voz “crítica”, ahora más cariñosa, como un recurso personal con el que hacer frente a situaciones que requieran un rol más rígido de perfeccionismo y concentración.

6.4. Cambio en la sintomatología física

La sintomatología física de la paciente fue disminuyendo a lo largo de toda la terapia, tanto en relación al picor (constantemente referido por ella), como en la cicatrización de las heridas. A modo de evidencia pre-post, en el Anexo 2 se presentan fotografías comparativas de las piernas y los brazos de María.

6.5. Líneas futuras del tratamiento

Si bien se han logrado los objetivos principales del proceso terapéutico de María, este no ha terminado, por lo que será necesario trabajar con nuevos objetivos, ya comentados con ella (tanto en las sesiones como por medio del *Client Change Interview Protocol*).

La herida vincular con los miembros de su familia parece un foco importante, además de para la clienta a nivel personal, para la consolidación de esquemas cognitivo-emocionales más adaptativos que le permitan tener una mayor calidad de vida a nivel psicológico. Además, trabajar específicamente con la emoción de enfado y la capacidad de expresarlo asertivamente también se plantea como objetivo próximo en la terapia. Por último, debido a que el duelo de su tío tampoco está resuelto, puede ser otro foco a trabajar en sesiones próximas.

7. Discusión y conclusiones

Se analiza e informa el proceso y resultado de una intervención basada en el modelo TFE, de carácter breve, en un caso que presenta psoriasis, ansiedad, desregulación emocional y dificultad para expresar el enfado. Aunque el proceso terapéutico no está aún finalizado, la evolución y cambio producido –hasta la fecha– ha sido positivo, presentando evidencias clínicas que confirman el logro terapéutico junto con los altos niveles de satisfacción por parte de la cliente. Las hipótesis de trabajo, en forma de enunciados funcionales (Fernández-Ballesteros, 2013), se han visto total o parcialmente conseguidos (están en desarrollo).

En la intervención clínica llevada a cabo se toman, como punto de partida, las vivencias de la historia pasada de la persona para trabajar con los esquemas cognitivo-emocionales que esta presenta. En este caso, emerge el papel que el estrés emocional tiene sobre el proceso integrador de la experiencia y de la construcción de significados, a la vez que resalta cómo las necesidades psicoafectivas y el daño vincular

pueden estar asociados a la enfermedad “corporal”. La TFE toma la emoción sentida (surgida en un momento concreto de la sesión o debido al recuerdo de eventos episódicos simbólicos y/o traumáticos) como *input* básico para conseguir acceder a esquemas emocionales cargados de experiencias no verbales y afectivas; de información de tipo corporal, de acción, conceptual, etc. –todos ellos elementos básicos del *self*– y que producen respuestas automáticas frente a las demandas del medio (Greenberg et al., 2009), de manera reactiva debido a las experiencias vividas en la historia relacional. Así, la tensión emocional proveniente de las necesidades no cubiertas y de los diferentes procesos de bloqueo emocional han sido el núcleo de trabajo de este caso. En esta intervención, se hace evidente que las distintas partes del *self* se ven determinadas por la necesidad nuclear insatisfecha de la cliente: la necesidad de validación y merecimiento de amor incondicional. La existencia de alto nivel de autocrítica concuerda con la falta vincular que presenta María en relación con sus progenitores. Por tanto, la autocrítica (y la autoexigencia) que la cliente experimenta adquieren una forma similar a la de control y afecto condicional que recibe de su madre a lo largo de su vida. De este modo, y ante esta falta de aceptación en la relación de apego, la piel se convierte en un reducto expresivo de un sí mismo que no es contenido por la madre ni protegido por la presencia de un padre. El proceso terapéutico incide sobre las necesidades insatisfechas y promueve la identificación y posterior auto-satisfacción de las mismas, disminuyendo la tensión emocional; lo que finalmente se evidencia en mejoría o reducción del malestar psicológico –mejor regulación emocional y manejo adaptativo del estrés– y, consecuentemente, en la disminución de la sintomatología dermatológica.

La perspectiva vincular emergida en este caso, concuerda con la apreciación de Harth et al. (2009) que analiza los conflictos subyacentes en pacientes dermatológicos de difícil tratamiento; en concreto, se ve reflejado en el conflicto interior de proximidad-distancia expuesto originalmente a finales de la década de los 80, por Detig, y que se desarrolla entre la necesidad de proximidad con los demás, a la vez que dicha proximidad produce miedo. El daño vincular emergido en el proceso terapéutico puede también encontrarse recogido en por Crosta et al. (2018) quienes encuentran historias de trauma en la infancia y sugieren el papel en la etiopatogenia de la psoriasis por vía de alteraciones en el eje HPA y del funcionamiento autoinmune.

Por otra parte, el foco terapéutico sobre los procesos emocionales se encuentra apoyado, también, por recientes estudios que analizan el papel que estos juegan en la psoriasis. En concreto, Panasiti et al. (2020), a partir de una revisión de la literatura, expone el papel que juegan la reactividad emocional, la alexitimia y la regulación emocional en los pacientes con psoriasis. De manera específica, cabe hacer notar que Kotrulja et al. (2010) han encontrado en 140 pacientes con psoriasis que la afectación psicológica (medida a través de una amplia batería psicológica) no está en relación con la severidad de la psoriasis, sino con el nivel de estrés diario percibido; remarcando la necesidad de una detección e intervención en el ámbito médico de esta variable psicológica.

El proceso clínico descrito se encuentra en línea con la investigación actual que ha dejado de considerar a la psoriasis como una enfermedad dermatológica para atenderla como trastorno sistémico debido a la alta comorbilidad que desarrolla con otras enfermedades, entre ellas: artritis reumatoide, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, etc. y trastornos psicológicos como depresión y ansiedad (González-Parra y Daudén, 2019; Lutz y Banegas, 2013). En los últimos años comienza a tomar mayor relevancia el papel que juega la gestión emocional y la exacerbación de los síntomas en la psoriasis así como su posible relación con la etiología de la enfermedad (Korkoliakou et al., 2017).

Este trabajo adolece de diversas limitaciones: a) al ser un caso clínico no ofrece posibilidades a la generalización de los resultados; b) requiere de una evaluación pre-post más exhaustiva de las diferentes variables y áreas en las cuales el cambio puede evidenciarse, que incluya un método multimodal y multiagentes lo que aportaría mayor validez y fiabilidad a las conclusiones; c) un modelo de análisis del proceso de carácter multidisciplinar habría aportado mayor nivel de información global y específico acerca de la evolución del proceso de la cliente, que permitiese integrar información de las áreas médica, social, psico-afectiva y laboral de la cliente.

Los resultados de este estudio de caso clínico pueden orientar líneas futuras de investigación empírica controlada. En este punto parece relevante incluir medidas específicas de estrés emocional junto con medidas de sintomatología dermatológica que permitan comparar estado inicial (pre) con estado final (post-intervención). Al mismo tiempo, se propone continuar con la línea de investigación de la eficacia de la TFE en la identificación y cambio de esquemas emocionales en pacientes con psoriasis, y se plantea la

necesidad de futuros estudios comparativos de eficacia terapéutica frente a otras técnicas, como por ejemplo, la terapia cognitiva conductual o la atención plena (MBSR) (Bakhshi et al., 2020), probadamente eficaces para el manejo y afrontamiento del estrés.

Referencias bibliográficas

- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K. y Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Aslam, R., Qadir, A. y Asad, F. (2007). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 17(4), 235-239.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638.
- Basavaraj, K. H., Navya, M. A. y Rashmi, R. (2011). Stress and quality of life in psoriasis: An update. *International Journal of Dermatology*, 50(7), 783-792. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x>
- Buela Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Caro, C. (2017). *Evaluación del modelo de formulación de caso de la terapia focalizada en la emoción*. Universidad Pontificia de Comillas.
- Caro, C. y Rojas, P. (2021, septiembre 10). *Presentación de un caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción. De la ansiedad al proceso psicosomático: Un camino de autodeterminación*. Ciclo de sesiones clínicas (2021-2022), organizado por la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, Madrid. <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=001017512967247379949:c1obz143eyu&q=https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/new-canal-psicologia-tv/video/1023/presentacion-un-caso-la-terapia-focalizada-la-emocion-ciro-caro-paloma-a-rojas-100921&sa=U&ved=2ahUKEwjm3bzIp5H1AhXuEWMBHZj4D5UQFnoECAUQAQ&usg=AOvVaw3zSx>

gmf6duk3jce5PWuRYi

- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 298-301.
- Dowlatshahi, E. A., Wakkee, M., Arends, L. R. y Nijsten, T. (2014). The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, 134(6), 1542-1551. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.508>
- Elliott, R. y Rodgers, B. (2008). *Client change interview schedule: Follow-up version (v5)*. <http://www.drbrrianrodgers.com/research/client-change-interview>
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16-32. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. (2da ed.). Pirámide.
- Goldman, R., Greenberg, L. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Greenberg, L. S. (2015a). Case formulation and marker-guided interventions. En *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings, Second Edition* (2.ª ed., pp. 119-139). APA.
- Greenberg, L. S. (2015b). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings, Second Edition* (2.ª ed.). APA.
- Greenberg, L. S. (2015c). The nature of emotions. En *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings, Second Edition* (2.ª ed., pp. 37-68). APA.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. (2019a). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. APA.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. (2019b). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy.

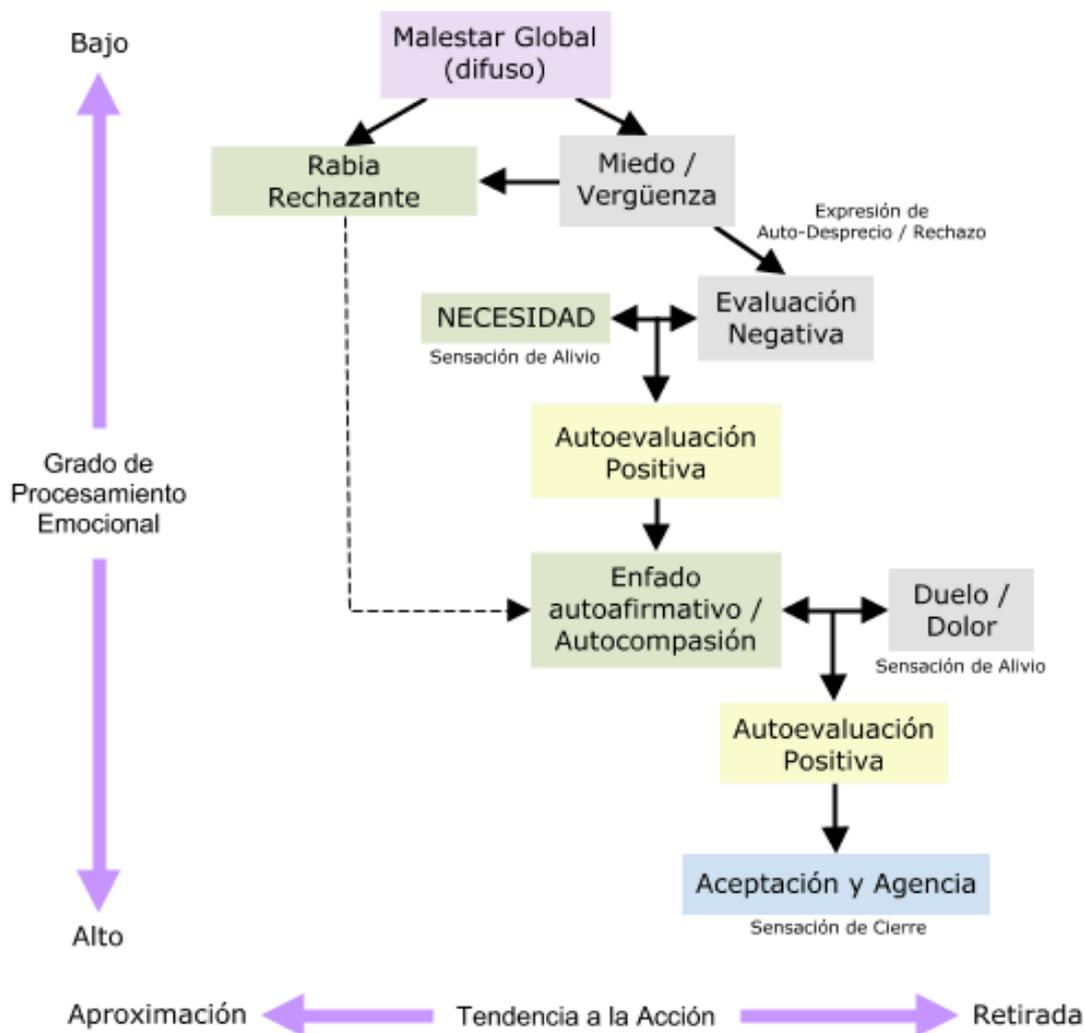
- En *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. (2019c). Theory of functioning in emotion-focused therapy. En *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (electronic, pp. 37-59). APA.
- Greenberg, L. S., Rice, L. y Elliott, R. (1993). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. y Elliott, R. (1993a). El diálogo de las dos sillas y las escisiones. En *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto* (pp. 221-251). Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. y Elliott, R. (1993b). El trabajo en la silla y los asuntos no resueltos. En *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto* (pp. 279-310). Paidós.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. y Holmes, E. A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. OUP Oxford.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- International Classification of Diseases. (2021, mayo). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>
- Jafferany, M. y Pastolero, P. (2018). Psychiatric and Psychological Impact of Chronic Skin Disease. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(2), 27157. <https://doi.org/10.4088/PCC.17nr02247>
- Kirby, B., Richards, H. I., Mason, D. I., Fortune, D. G., Main, C. J. y Griffiths, C. E. M. (2008). Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 158(1), 138-140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08299.x>
- Lamb, R. C., Matcham, F., Turner, M. A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., Barker, J. N. W. N., Jackson, K. y Smith, C. H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: A cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal of Dermatology*, 176(4), 1028-1034. <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>
- Llewellyn, C. D., Horne, R., McGurk, M. y Weinman, J. (2006). Development and preliminary validation of a new measure to assess satisfaction with information among head and neck cancer patients: The satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Head & Neck*, 28(6), 540-548. <https://doi.org/10.1002/hed.20450>

- Madrid Álvarez, M. B., Carretero Hernández, G., González Quesada, A. y González Martín, J. M. (2018). Medición del impacto psicológico en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 109(8), 733-740. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.007>
- Mlotek, A. E. y Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704>
- Olivier, C., Robert, P. D., Daihung, D., Urbà, G., Catalin, M. P., Hywel, W., Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P. y Gelfand, J. M. (2010). The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis: A Population-Based Cohort Study. *Archives of Dermatology*, 146(8). <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.186>
- OMS. (2013). *Psoriasis: Informe de la Secretaría* (p. 5).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *67.ª Asamblea Mundial de la Salud* (p. 17).
- Paivio, S. C. y Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133. <https://doi.org/10.1023/A:1007891716593>
- Pascual-Leone, A. y Greenberg, L. (2008). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why «the Only Way Out Is Through». *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 875-887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented client-centered psychotherapy of psychosomatic disorders. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 295–327). Guilford Press.
- Segrera, A. S., Cornelius-White, J., Behr, M. y Lombardi, S. (2014). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales: Fundamentos, perspectivas y aplicaciones*. Gran Aldea Editores. <http://0-site.ebrary.com.fama.us.es/lib/unisev/Doc?id=10957538>
- Timulak, L. y McElvaney, J. (2018). *Transforming Generalized Anxiety: An Emotion-Focused Approach*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315527253/transforming-generalized-anxiety-ladislav-timulak-james-mcelvaney>
- Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000018-000>

Anexos

Anexo 1. Modelo de Pascual-Leone y Greenberg

(original en Pascual-Leone y Greenberg, 2008, p. 877; modificado por autora)



Anexo 2. Fotografías psoriasis

Zona	Primeras dos sesiones	Sesión 10 y días posteriores
Mano izq.	 A photograph of a person's left hand and forearm. The skin is covered with numerous small, raised, scaly lesions characteristic of psoriasis, particularly on the back of the hand and wrist.	 A photograph of the same person's left hand and forearm after 10 sessions. The skin appears significantly clearer and smoother, with a marked reduction in the visible psoriatic lesions.
Brazo drch.	 A photograph of a person's right arm and hand. The skin shows several distinct, thick, scaly plaques of psoriasis on the forearm and hand.	 A photograph of the same person's right arm and hand after 10 sessions. The skin is much clearer, with the plaques almost completely resolved.



Anexo 3. Consentimiento informado

CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se detalla información relevante referente al empleo de los datos compartidos en las sesiones de terapia que se utilizarán para un estudio clínico (proyecto correspondiente al Trabajo de Fin de Máster de la investigadora) en el que participará. Por favor, léelo atentamente y, si tienes alguna duda, gustosamente la responderé:

- Con el único objetivo de transcribir y analizar la información, se grabarán en vídeo/audio todas las sesiones terapéuticas. A su vez, se informa que esta información sólo será manejada por la investigadora (Paloma Andrea Rojas González, titulada en Psicología y estudiante del máster universitario en Psicología General Sanitaria—Universidad Europea de Madrid—) y su tutor (Ciro Caro García, Dr. En Psicología, colegiado) y Director del centro IDP-Psicología, donde se llevarán a cabo las sesiones terapéuticas); por tanto, ningún tercero tendrá acceso a dichas grabaciones. Asimismo, estas grabaciones se guardarán de manera confidencial con la única intención de servir de apoyo en la realización de su Trabajo de Fin de Máster, por lo que serán eliminadas una vez logrado el propósito de la investigación.
- La investigadora podrá solicitar el cumplimiento de tests, cuestionarios y, en general, instrumentos de evaluación.
- En ningún caso se empleará la información personal obtenida con fines comerciales.
- Este proceso terapéutico respetará el anonimato de la participante, no divulgando, en ningún caso, datos que permitan identificar a la misma (nombre, documento de identidad, datos de contacto, información personal que permita la identificación de ésta...).
- Si se podrán emplear datos sociodemográficos, como edad y sexo, y/o información gráfica siempre anonimizando los datos.
- La investigadora también podrá plasmar situaciones, narraciones e ideas desarrolladas por la participante durante la terapia, siempre atendiendo al principio de confidencialidad, de privacidad, al anonimato de la participante y bajo los principios éticos de la investigación en Psicología y expresados en el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Por todo ello, yo, _____, con DNI _____
y correo electrónico _____, declaro:

- Haber leído y comprendido las condiciones de participación arriba expuestas
- Haber tenido la oportunidad de resolver todas las dudas posibles
- Aceptar voluntariamente participar en esta investigación
- Otorgar mi consentimiento para el empleo de mis datos con los fines arriba expuestos

Firma de la participante

Firma de la investigadora

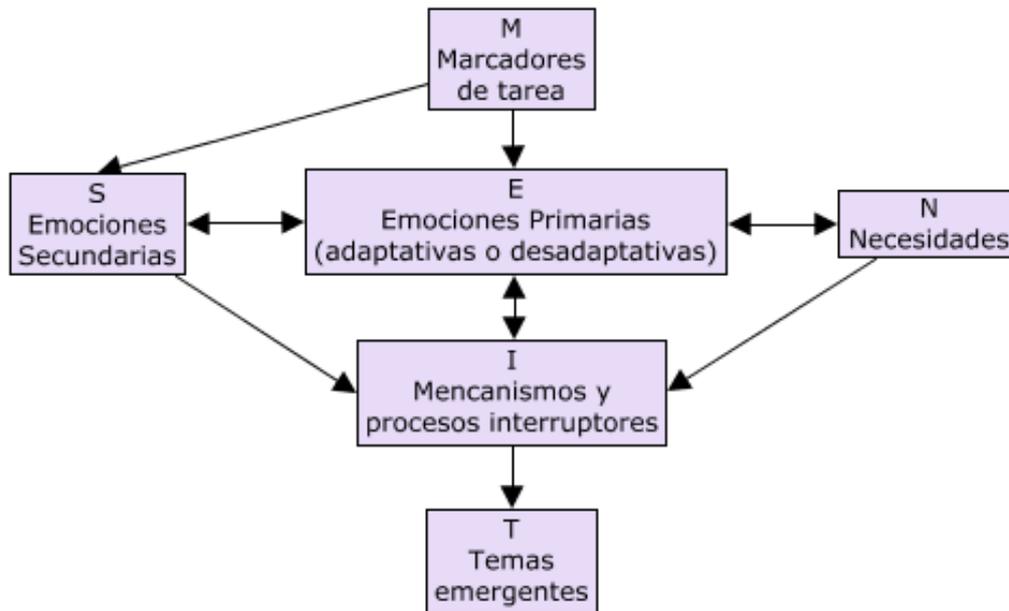
En _____, a _____ de _____ del año 202__.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos aportados a lo largo del proceso terapéutico se recogen exclusivamente para los fines de investigación expuestos, y que en este documento serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por Paloma Andrea Rojas González bajo las especificaciones acordadas en este documento.

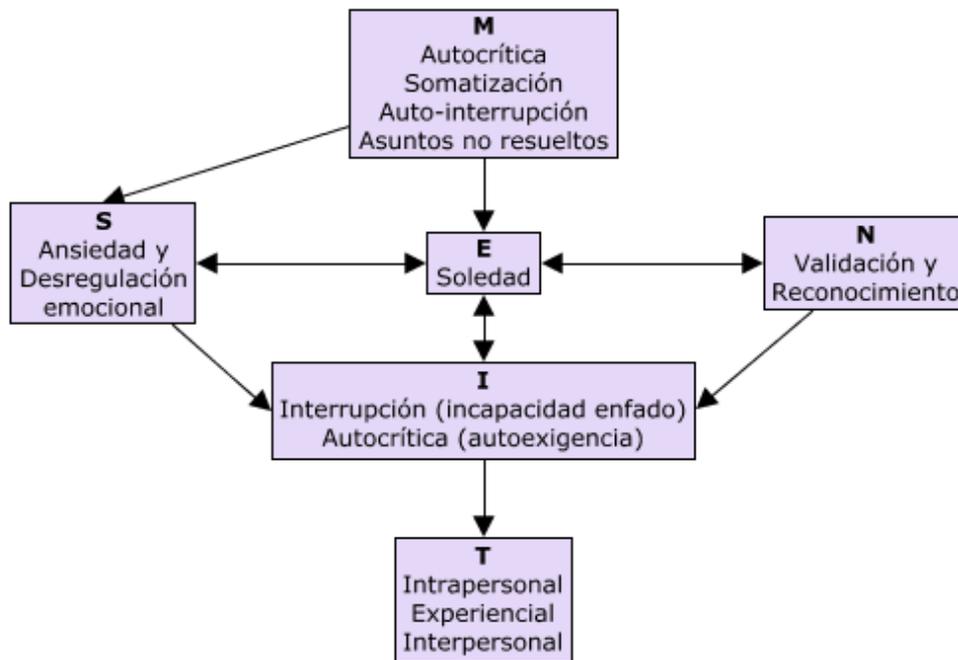
Podrá ejecutar los derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación del tratamiento de los datos u Oposición al tratamiento ante Paloma Andrea Rojas González, con e-mail _____ y dirección postal _____.

Anexo 4. MENSIT general para formulación de caso desde la TFE

(original Goldman et al., 2016, p. 36; modificado por autor)



Anexo 5. MENSIT del caso estudiado



Anexo 6. Fragmentos transcritos: Asuntos no resueltos

Fragmento 1 [sesión 6 – minuto 19:25]

T→S1: Te voy a hacer una pregunta un poco directa. Respira, deja que la pregunta se mueva por ti. **¿Habías experimentado alguna vez una desprotección parecida?** En la que alguien decide por ti, tú no puedes poner límites... Acabas tolerando cosas o alguien tolera cosas... o alguien a tu lado tolera cosas intolerables

Malestar
global
difuso

S1→T: –comienza a tocarse la oreja y el pendiente con la mano– Pues sí, claro que sí. A ver, lo que más se ajusta a lo que dices... yo creo que fue un momento en el que también me sentía desprotegida porque lo que yo había visto, realmente, todo el rato estaba puesto en duda por mi madre. Porque mi hermano, cuando era más pequeño, le puso la mano encima a su novia... Tuvimos mazo de movida en mi casa, en la que yo... *coño*, “que lo he visto”. No me tienes que decir por qué ha sido o cómo ha sido... Y la verdad es que eso **es un tema tabú**

T→S1: ¿Con tu madre?

Vergüenza

S1→T: Con mi madre y con mi hermano, **es que hasta me avergüenza hablarlo...** y no se, tuve que tolerarlo, decir “no te metas más en esto porque no es tu vida”, pero...

T→S1: ¿Qué toleraste? Dilo concretamente. Toleré...

S1→T: Toleré ese momento

T→S1: ¿El qué toleraste?

S1→T: Pues que pusieran en duda mi palabra, cuando yo había visto todo en mi cara...

T→S1: **Toleré que mi madre y mi hermano pusieran en duda mi palabra** (S1 lo repite) cuando yo había visto perfectamente lo que había pasado.

Fragmento 2 [Sesión 6 – minuto 29:02]

T→S1: ¿Cómo te sentías en esos momentos en que te invalidaba, en que no te creía?

S1→T: Pues, me sentía muy **frustrada**... muy...

T→S1: Díselo a tu madre: Mamá...

S1→S2: Mamá, me sentía frustrada, me sentía **poco protegida**, me sentía **rechazada**... Me sentía **sola**.

T→S1, mirando a S2: Sola es sola sin ti, ¿verdad?

S1→S2: Sola sin apoyo

T→S2: Sin tu apoyo

S1→S2: Sin tu apoyo

T→S2: De quien me tenía que cuidar

S1→S2: **Tú también me tenías que cuidar a mí**

T→S2: No solo a mi hermano

S1→S2: No solo a *tu hijito* –con retintín–

T→S2: Yo merecía también...

S1→S2: Yo merecía también tu apoyo

T→S1: ¿Lo merecías?

S1→T: ¡Claro que lo merecía!

T→S1: Díselo claro

S1→S2: **¡Claro que merecía tu apoyo, tu comprensión... que me escucharas!** –solloza–

Fragmento 3 [*Sesión 6 – minuto 31:21*]

S1→S2: Yo lo que necesitaba era que no rechazaras lo que decía, que no lo negaras

T→S1: Venga, qué necesitabas

Necesidad S1→S2: (mientras se acaricia la parte baja de la camisa con la mano izquierda) **Necesitaba que me escucharas y empatizaras** con cómo me podía estar sintiendo. Que yo no puedo entender el amor a tu hijito, porque no lo entiendo...

T→S1: ¿Qué hace tu mano izquierda, María?

S1→T: Me toqueteo

T→S1: ¿Qué te estás dando? ¿cariño, contacto?...

S1→T: No sé, creo que es más por nerviosismo y porque la camisa está suave

T→S1: *Aah*, eso es. Si: “Mamá, estoy tocando algo suave” (S1 lo dice) Como una piel suave (S1 lo repite) Mi piel está áspera, reseca... se me cae (lo repite) Le falta tu... **¿qué le falta de tu madre?**, ¿tu caricia?, ¿tu bálsamo?

S1→T: **¡Tu cariño!, tu atención.**

T→S2: Es como cuando... si me desparramaras y perdiera... como cuando se cortan los labios en el frío, ¿verdad? Así estoy yo, como unos labios cortados

S1→S2: Tengo los labios cortados, así estoy yo

T→S2: Lo que necesitaba de ti era que cogieras mis palabras, lo que te conté y las juntaras... –anima a S a sostener el aire con ambas manos, enseñándole cómo sostenerla–

S2 lo imita y añade: Que no las despreciaras como si yo estuviera atacando a tu hijo. **Yo solamente estaba contando una realidad que me producía rechazo y tu me rechazabas a mí por lo que decía.** ¡No me querías escuchar!

Fragmento 4 [Sesión 6 – minuto 38:51]

T→S2: Yo siempre he necesitado una madre que... me escuche y que me sostenga, como esa agua... que me cuide

Necesidad S1→S2: Yo siempre he necesitado una madre que... me escuche y que me sostenga... que me cuide

T: Y no eres tú...

S1→S2: Y no eres tú.

T→S1: Ahora siéntete como esa agua derramada –S1 suspira– y derramándose, sin que la sostenga su madre... Cayendo al suelo, perdiéndose. Nótalo en tu cuerpo... Esparrámate, tus lágrimas, todo... Ese desamparo, la desprotección... ¿puedes describirlo un poco corporalmente? ¿cómo eres ahora mismo? Tus ojos, tus lágrimas... ¿Cómo una presión en el pecho? No se cómo es... ¿algo que se escapa de tus dedos?

S1→T: Como **descorazonador**, ¿no?

T→S1, asintiendo físicamente: ¿cómo es?

S1→T: **Como si tuviera una brecha en el pecho.**

T→S1: Deja que hable... Mamá, me descorazono

S1→S2: Me descorazono, Mamá

T→S2: Me pierdo

S1→S2: Me pierdo

T→S1: Falta algo en mi pecho, ¿o qué pasa?

S1→S2: **Falta algo en mi pecho**

T→S1: Dile lo que falta... La seguridad que da... tener un apoyo, un confidente... Alguien a quien puedas contarle todo y no lo ponga en duda (T suspira exhalando un sonido vibrante, ella también)

Fragmento 5 [*Sesión 6 – minuto 41:37*]

S2→S1: –su tono cambia, ahora es muy sereno– María, soy incapaz de darte lo que necesitas

T→S2: ¿Por qué?

S2→S1: Porque no funciono así

T→S2: T: Porque estoy enferma... enferma en este caso significa “tengo una relación tóxica sustituyente con mi hijo en lugar de con mi marido”

María suelta una risita de confirmación y dice: Estoy enferma

T→S2: ¿María merece una madre enferma?

S2→S1: No te mereces una madre así, pero no puedo darte lo que necesitas

T→S2: En ese “pero no puedo” ... parecía haber un “lo siento” dentro (S2→T: sí). Díselo

Auto-
evaluación
positiva

S2→S1: **Lo siento, porque no puedo darte lo que necesitas**

T→S2: ¿Lo que ella necesita es algo válido?

S2→T: Claro

T→S2: Díselo

Necesidad

S2→S1: **Necesitas ser algo válido...** soy tu madre y no lo tengo

T→S2: Búscalos, ahí dentro –suspiran juntos–. Cambia (a S1)

T→S1: Deja que te llegue esta frase, que pase dentro de ti. ¿de qué te das cuenta? ¿qué sucede, qué ocurre en ti?

S1→S2: Me da como **envidia**

T→S1: Díselo

S1→S2: Tengo envidia de que en algún momento me demuestres lo que le demuestras a mi hermano –solloza–

T→S1: Busca esa envidia en ti

S1→S2: Es que **la siento por todo el cuerpo**

T→S1: Por todo el cuerpo, ¿verdad? me envuelve... Yo también lo quiero, díselo

S1→S2: Yo también lo quiero, joder; tu **comprensión irracional**

T→S1: Eso es. Total, entregada, radical

S1→S2: Claro, “todo-todo sea lo que tu digas, hijo”. Me da envidia no poder tener eso...

T→S1: –asiente– Yo también lo quiero, mamá

S1→S2: Yo también lo quiero

T→S1: Más alto

S1→S2: Yo también lo quiero, mamá

T→S1: De verdad, de verdad...

S1→S2: Yo también lo quiero, mamá...

T→S1: Quiero lo mismo que... ¿cómo se llama tu hermano?

S1→S2: Quiero lo mismo que Pepe

T→S1: Otra vez

S1→S2: Quiero lo mismo que Pepe –suspiran juntos–

Fragmento 6 [*Sesión 6 – minuto 43:37*]

S1→S2: Yo también lo quiero...

T→S1: Desde el fondo de tu ser

S1→S2: Yo también lo quiero –lo dice con mayor rigidez en la voz–

T→S1: Y no lo tengo

S1→S2: Y no lo tengo

T→S1: Y tengo que vivir así

S1→S2: Y tengo que vivir así

T→S1: Es como un llanto retenido ahí, ¿verdad? (S1 suspira) qué vacía estoy, mamá, ¿algo así?

Auto-
compasión

S1→S2: Qué **vacía** me siento...

T→S1: Y qué sola

S1→S2: y qué **sola**

T→S2: y sin esa protección, ¿verdad? Me arde todo el cuerpo... y esa envidia pica por la noche, mamá

S1→S2: Esa envidia pica...

T→S2: Nunca te lo había dicho, ¿verdad?

S1→S2: No...

T→S2: Y aquí estoy, tocando algo suave (haciendo referencia a que sigue sobando la camisa con las manos)

Fragmento 7 [Sesión 6 – minuto 44:38]

S1→S2: **Me agrieto de envidia**

T→S1: Ajá... otra vez

S1→S2: Me agrieto de envidia –emiten un rugido juntos–

T→S2: Ya está bien

S1→S2: Ya está bien

T→S1: Cuéntale lo que te están haciendo los médicos

S1→S2: Están experimentando... conmigo... De todo

T→S2: Con tu hija agrietada

S1→S2: Con tu hija enferma –suspiran–

T→S2: Ya está bien

S1→S2: Ya está bien

T→S1: **Ve un poquito hacia el enfado: “ya-está-bien”**

S1→S2: Ya-está-bien

T→S1: Otro poco más

S1→S2: YA-ESTÁ-BIEN. –suspiran juntos, exhalando el sonido “u”–

T→S2: Ya está bien

S1→S2: Ya está bien (traga saliva)

T→S1: *Uff*... ¿qué ha pasado ahora ahí dentro?

S1→T: Pues que, con el tema de la piel, ahora mismo, mi madre **no para de agobiarme**

T→S1: Cuéntaselo a ella

S1→S2: Ahora mismo no paras de agobiarme... **con que estás súper preocupada, que estoy mal**, que...

T→S2: ¡¿Estás preocupada?! –dramatizando para potenciar la expresión del enfado–

S1→S2: ¿Estás preocupada de que esté mal? Me estas preguntando todo el rato. Me agobias.

T→S2: Deja de preguntarme por la piel y pregúntame por mis sentimientos, venga... díselo

S1→S2: Deja de preguntarme por la piel y pregúntame por mis sentimientos

T→S2: Eso es lo que yo necesito, mamá

S1→S2: Eso es lo que yo necesito

T→S2: Y que te quedas a escucharme

S1→S2: *Pff*... es que no sería capaz de hablar con ella, ¿eh? Te lo juro

T→S1: Ya... venga... “y que te quedas a escucharme”

S1→S2: Y que te quedas a escucharme

T→S2: Que fácil es hablar de la piel, mamá

S1→S2: Qué fácil es hablar de la piel

T→S2: De MI piel

S1→S2: De mi piel...

T→S2: Pero, de mi yo agrietado, ¿qué?

S1→S2: (suspira) Pero de mi yo agrietado, ¿qué?

Fragmento 8 [Sesión 6 – minuto 46:34]

Duelo
Dolor

T→S1: Vamos a ir cerrando con **llamar a tu madre desde el fondo de tu corazón**, desde esta niña necesitada... mamá... pero grítaselo lo más profundo que puedas, sin interrumpirlo... desde la abandonada agua caída, derramada

S1→S2: ¡Mamá!

T lo fomenta varias veces diciendo “ahí, ahí”, “otra vez”, “de verdad”, “más desesperado”

S1→S2: ¡Mamá! –se le rompe la voz–

T→S1: ... No está, ¿verdad?... no estás, mamá. –suspira muy fuerte con la “a”; María le imita– mamá...

S1 suspira

T→S1: ¿Hay alguien en tu vida que haya sido mejor en ese sentido? ¿hay alguien que haya podido...?

S1→T: ¿A qué te refieres con mejor?

T→S1: Un poquito más... que te vea, que te escuche... que te crea... que oiga “mamá” y no se esconda

Fragmento 9 [Sesión 6 – minuto 50:09]

T→S1: Pues aquí tenemos otro ser que va a tocar que venga a terapia, porque aquí tienes un duelo a medias, ¿sabes? Además, de una persona que ha sido un apoyo muy grande en tu vida

S1→T: Pues sí, porque era el único que me protegía con mi hermano

T→S1: Y **has tenido que aguantarte sin él**, ¿Verdad?

Aceptación

S1→T: –gime– Pues si

T→S1: Ya... *Ufff* –ella repite el sonido– cuánto llevas encima... **E intentando, encima, sonreír y estar fuerte**

S1→T: intentando estar entera

T→S1: Entera... cuando estabas tan agrietada

[Hablan sobre Didier Anzieu, un psicoanalista francés que estudiaba la piel y las manifestaciones psicósomáticas. T comenta que éste observaba cómo muchas madres de pacientes con problemas de piel no lograban recoger a sus hijos. Explica, desde su punto de vista, que es una experiencia de desprotección y agrietamiento, sentida en el cuerpo porque no puede ser sentida en la mente. Le da el mensaje esperanzador de que, tratando esto en terapia y pudiendo expresarlo podrá haber beneficios mejores que los obtenidos por los médicos]

T→S1: Mira a ver si quieres despedirte de tu madre de alguna manera

S1→T: Gracias por venir... –sin mucha convicción–

T→S2: Gracias por intentarlo

S1→S2: Gracias por intentarlo...

Fragmento 10 [*Sesión 6 – minuto 51:58*]

S1→S2: Estoy muy **frustrada** con los tratamientos... el derivar el marrón a otro médico... que sea un conejillo de indias

T→S1: Me siento como...

S1→S2: **Me siento como un conejillo de indias...** y nada está realmente funcionando

T→S1: ¿Por qué? Dile por qué no está funcionando

S1→S2: No funciona porque el problema no está solo en que tenga la piel mal

T→S1: ¿Dónde está el problema?

S1→S2: El problema está en mi

T→S1: En mi corazón, vamos a decir...

S1→S2: En mi corazón

T→S1: Y esa emoción es mi mundo, mi historia... ese grito "mamá..." que me derramo... Muestra un poco de tu enfado con la dermatóloga

S1→S2: Es que esto no puede ser...

T→S1: Eso no es enfado, eso es "casi gemir"

S1→T: Estoy muy desentrenada ¿eh? con esto de estar enfadada

T→S2: Eso está mal

S1→S2: Eso esta mal

T→S1: Basta

S1→S2: Basta

T→S1: Quiero otra cosa

S1→S2: **Quiero** otra cosa. **Necesito** otra cosa.

Fragmento 11 [*Sesión 6, minuto 54:09*]

S1→T: No, es más... pues eso, cuando has probado, sin exagerar, cuatro o cinco tratamientos diferentes

T→S1: Porque todos van a bloquear procesos inflamatorios de la piel

S1→T: Sí, sí. Si el otro día me dijo la farmacéutica que el último medicamento que me he estado tomando, me dice: "esto es casi como quimioterapia. Esto tiene inmunodepresores y no se qué"

Anexo 7. Fragmentos transcritos: Conversación con piel con psoriasis

Fragmento 1 [Sesión 7 – minuto 34:44]

Malestar
global
difuso

Rabia
rechazante

S1→T: Entre eso y el estrés que estaba pasando en ese momento... La cuarentena, estar encerrada... El agobio de no cumplir las normas de quedarse en casa... Lo pasaba resignada porque ¿qué voy a hacer? Si está todo el mundo encerrado... pero muy carcomida... Entonces creo que eso tenía muchísimo que ver. Yo pongo para hacer las cosas que me apetecen, pero todo el rato me veo coartada, porque claro, hay una pandemia.

T→S1: Además, era un momento en el que vivías... esta inestabilidad

S1→T: Claro, yo en mi casa no estaba cómoda y me fui donde mi amigo... y tampoco fue fácil. Era un pajarillo y necesitaba volar, pero estaba encerrada en esa casita. Así que yo creo que somatizar ese encierro también ha sido como...

T→S1: Como sobrevivir a todo eso

S1→T: Un poco, si...

T→S1: Mira a ver cómo la visualizas, si tiene sensaciones...

S1→T: La veo como las telas de una momia

Fragmento 2 [Sesión 7 – minuto 37:14]

T→S1: Es tu piel enferma y también con la psoriasis en ella... Es como imaginarte a la psoriasis

S1→T: Estoy sintiendo **mucho angustia aquí en el pecho** –se pone la mano en el pecho–

T→S1: De solo tenerla delante, ¿no?

S1→T: Sí...

T→S1: Díselo

S1→S2: Hola psoriasis... Siento angustia de verte...

T→S1: La sensación que me da es que le tienes miedo

Miedo

S1→S2: ...miedo, rechazo

T→S1: Si, vale... es una angustia también de rechazo, no solo de miedo (S1 asiente) Vale... Ahora exprésale tus sentimientos

S1→S2: **Me das miedo** porque te expandes muy rápidamente

T repite y añade: que hasta la voz se me encoge; como si tuviera miedo a hablar más alto y que tomes poder

S1→S2: Si. Me da miedo darte demasiada importancia y que tomes control sobre mi piel... y arrases

T→S2: Y arrases... (S1 lo vuelve a decir).

T pide a S1 que tome aire.

T→S2: Así que parte de cómo vivo contigo desde siempre es... teniendo cuidado. No sólo porque no te pongas peor, en general, sino de.... Como de no hablar demasiado alto, no cantar victoria

S1→S2: Sí... cuando parece que ya te has ido y que estás desapareciendo... –se muestra abatida– y claro que me da miedo.

Fragmento 3 [Sesión 7 – minuto 39:22]

T→S2: Porque en el fondo ya me siento condenada, quizá, a tenerte toda la vida... (S1 suspira) Lo has pensado... (S1 asiente) Cuéntale las cosas más terribles

Rabia
rechazante

S1→T: (suspira con resignación) Pues porque en el fondo voy a tener que vivir contigo toda la vida

T→S1: Y eso, ¿cómo lo sabes tú?

S1→S2: Hombre, dicen que cura no tiene

T→S1: Cuéntale

S1→S2: Me han contado que no hay cura

T→S2: Que eres una enfermedad muy mala

S1→S2: Que eres una enfermedad muy mala

T→S2: Quizá mortal no, pero muy mala... y que vienes para quedarte

S1→S2: Y que vienes para quedarte y yo no quiero que te quedes. Yo quiero que podamos convivir sin que me hagas daño.

Fragmento 4 [Sesión 7 – minuto 42:11]

S1→S2: No quiero que estés así. No quiero que te expreses así

T→S1: Y mira a ver qué sientes mientras le dices eso

S1→T: Me **enfada**

T→S1: ¿Estás enfadada con ella?

S1→T: Sí. (se dirige a S2) Estoy enfadada contigo

T→S1: Pero no ha sonado mucho a enfado esto... Es como que es tan grande... tan poderosa...

S1→T: Que me hace así (cierra la mano con los dedos estirados)

T→S1: Te hace así, ¿verdad? (imita el gesto) ¿cómo te hace así?

S1→S2: Lo noto mucho en la piel además... Tengo la piel dura porque no me dejas expandirme. Estoy como en un caparazón

T→S1: Ahá... y me tengo que quedar dentro

S1→T: Que angustia, que... que agobio

Fragmento 5 [Sesión 7 – minuto 43:43]

S1→S2: Cuando tu estás así... encerrándome en mi propia piel... Me siento asfixiada. Me quitas las ganas de hacer cosas, me quitas la energía.

T→S1: Prueba a decir “y pierdo la energía”

Enfado
auto-
afirmativo

Auto-
evaluación
negativa

S1→S2: Pierdo la energía

T→S1: ¿Notas la diferencia entre decir me quitas la energía y pierdo la energía? ¿qué es lo diferente?

S1→T: Pues... así algo más como... a la hora de respirar (pone la mano sobre su estómago y su pecho, recta)
... como una desazón por perder la energía

T→S1: Claro, la desazón, la tristeza... Respira profundo.... (se dirige a S2) Cuando te encierras pierdo la energía y me siento muy...

S1→S2: Cuando me encierras pierdo la energía y me siento mal

T→S1: ¿Mal...sin ganas?

S1→S2: Mal sin ganas, sí... deprimida

T→S1: Deprimida, como una planta a la que no le diera el sol (S1 asiente) y tuviera que crecer dentro de una caja

S1→T: Pero me ahogo

T→S1: Díselo a ella

S1→S2: Pero me ahogo.

Fragmento 6 [Sesión 7 – minuto 45:59]

S1→S2: (suspira) Pues... que me da mucha tristeza... (se atraganta y se le encharcan los ojos)

T→S1: Es triste, se apagan todas las luces de la ciudad... por dentro... y lloras... deja moverse esas lágrimas también. Repite: Viviendo en tu caparazón me ahogo

S1→S2: Viviendo en tu caparazón me ahogo –sollozando–

T→S1: Y me convierto en esta tristeza

S1→S2: Y me convierto en esta tristeza (no le sale la voz)

T→S1: Hago cosas por vivir y por animarme, pero esta tristeza no se va... viviendo en tu caparazón... Es muy triste (S1 lo repite)

T→S1: ¿Y qué es lo que pierdes?

S1→S2: *Joe*, mi esencia

T→S1: *Mmh mmh*, díselo. Pierdo mi esencia. Pierdo quien soy yo. Mi vida de verdad

S1→S2: El control de mi vida (suspiran emitiendo el ruido “a”)

T→S1: ¿Quieres decirle algo más?

S1→S2: Pues que tenemos que coexistir así que... necesito... –se queda pensativa–

T→S1: Es raro, ¿Verdad? Porque dicho como lo hemos estado diciendo ahora... necesito....

S1→S2: Necesito que te vayas *a tomar por culo*

Fragmento 7 [Sesión 7 – minuto 49:03]

T→S1: (...) Pero lo que no quiero es

S1→S2: ... Que estés. (T: psoriasis no quiero que estés en mi piel) No quiero que estés en mi piel, psoriasis

T→S1: A veces al decir esto uno puede sentir que una parte del yo se derrumba porque ¿y cómo lo voy a hacer? ¿será posible? Pero te invito a que lo protejas un momento y sea verdad lo que expresas. Porque ya es perder un derecho. Si se tiene que quedar, ¿encima voy a perder el derecho a decir las cosas de verdad? Plántate ahí y díselo.

S1→S2: Vete. No quiero que estés en mi piel

T→S1: Porque... ¿cómo quiero vivir?

S1→S2: Porque quiero vivir sin esa opresión y esa dureza

T→S1: Si no tuviera esa presión y esa dureza, ¿cómo sería mi vida?

S1→S2: Viviría más libre

T→S1: ¿Hubiera un riesgo de que fueras mala si eres libre?

S1→T: No

T→S1: El riesgo existe. ¿tu crees que serías buena o mala?

S1→T: Yo creo que buena

T→S1: Cuéntaselo

S1→S2: Seríamos buenas con nosotras mismas

T→S1: *Ahá*, pero yo, concretamente, con el mundo, ¿cómo sería?

S1→S2: Sería suave siempre

T→S1: Estar cerca de los otros, expresarte sin que tire (María asiente) sin que se me agriete la piel. ¿Te acuerdas cuando le decías a tu madre el otro día “mi piel se agrieta... cuando tu no me ves, no me escuchas, no me sostienes...”? –suspira– Cámbiate aquí y se la psoriasis en la piel de María (María se cambia de S1 a S2) Escucha a María. Las cosas que te ha contado de sus sentimientos, de cómo actúas en su vida...

S1→T: Es que esta psoriasis **me recuerda mucho a esa María opresora**, ¿sabes?

T→S2: Sí, probablemente son lo mismo en el fondo. Sé esa María opresora psoriasis.

Fragmento 8 [Sesión 7 – minuto 52:22]

T→S2: Sé esa María opresora, psoriasis en la piel... Qué le dices cuando ella te dice “quiero que o me trates de otra manera o no estés”

S2→S1: Pues... Me siento como... siento **lástima** por ti. Porque es verdad que siempre has sido buena y has tenido una piel preciosa. Nos hemos endurecido y no te mereces esto

T→S1: No te mereces esto... (T mira a S2) dile lo que no se merece

S2→S1: No te mereces que yo te esté encerrando en un caparazón, sin dejarte ser

T→S1: *Mmh mmh*, sin dejarte ser tú, SER.

S2→T: Si...

Fragmento 9 [Sesión 7 – minuto 53:57]

T→S2: ¿Qué sientes hacia ella, piel psoriasis, mientras le dices esto?

S2→T: Siento que está un poco desmoralizada por mi culpa

T→S2: Entonces... ¿me siento culpable?

S2→S1: Me siento culpable

T→S1: Por desmoralizarte

S2→S1: Por desmoralizarte

T→S1: Por quitarte lo que te permite...

S2→S1: Por quitarte lo que te permite ser tú.

T→S2: Respira hondo (S2 lo hace) ¿Había por ahí un “lo siento” en algún lugar de esta piel? (S2 asiente) exprésaselo

S2→S1: **Siento haberte oprimido, siento esa soledad contigo... y siento verte así**

T→S2: ¿Cómo?

S2→S1: Triste y desanimada

T→S1: ... Y agrietada y seca

S2→S1: Y agrietada y seca

T→S1: Dura, encerrada

S2→S1: Dura, encerrada...

T→S2: De algún modo, detenida (S2: si –asiente–) esa dureza y dentro de ese caparazón quizá la vida late un poquito solo.... María se ha movido mucho en terapia, pero es como si faltara una última barrera... Su

hermano no puede pintar porque tiene una discapacidad, pero María tiene las manos bien, aunque de repente la piel le podría tirar.... Todavía hay un paso más de libertad que puede llegar a dar esta chica

S2→S1: Si...

T→S2: ¿Qué sientes mientras consideras ese paso más de libertad que puede dar?

S2→S1: Esperanza

T→S2: Anda, una psoriasis que siente esperanza...

S2→S1: **Siento esperanza para ti** –suspira–

T→S2: Oye, y tú, como psoriasis, ¿cómo te sientes si desaparecieras?

S2→S1: Pues... si es por su bien, **una retirada a tiempo es una victoria**

T→S2: Díselo, desde el fondo de tu corazón, psoriasis

S2→S1: **Quiero desaparecer, dejar de ser...**

Fragmento 10 [Sesión 7 – minuto 58:39]

T→S2: (...) Tienes la opción de ser una piel para ella que no la encierra, que la recoge... pero que está abierta, a su vez, a lo que pasa fuera. Como psoriasis a lo mejor puedes aparecer, pero no eres solo psoriasis... **Eres esta voz que constriñe, que regaña, que protege, pero que... cuando lo has hecho, no lo has hecho por ser caprichosa, sino porque no había nadie que te sujetara, que hiciera esto que he hecho con tu mano...**

Parece que **tu también estás herida**, a ti tampoco te han cogido ni te han escuchado (S2 se atraganta) Deja que llegue esto dentro de ti (S2 suspira) y si puedes cuéntale algo más de tu historia... de lo que te das cuenta... de los recuerdos que te vienen, de lo que pasa en ti... Háblale desde el corazón, es como si tu también fueras una parte de ella... (S2 suspira) Yo también estoy dañada. Soy tu niña interna, una parte de ti de cuando eras pequeña.... A ver qué puedes decir desde el fondo de ti... Permítete ser niña sin juzgar... Quizá un sentimiento... Tengo miedo, me siento sola (S2 está pensativa y comienza a llorar) creo que esta piel también necesitaba decir, como el otro día “¡Mamá! (S2 llora más) están a punto de nacer esas palabras...

S2 niña interna→S1: Ya está bien. Puedes dejar de atormentarte porque yo creo que, de las pocas cosas que han hecho que no nos sintiéramos solas... Que no me sintiera sola... Era nuestra perra –solloza– y justo se murió antes de que empezara la psoriasis. Siento una **culpa** muy fuerte (se atraganta por el llanto) por no haber estado con ella

Fragmento 11 [Sesión 7 – minuto 1:03:55].

S2→S1: Si... siento mucha culpa

T→S2: Con todo lo que Pita te ha cuidado

S2→T: Sí, era la única que me acompañaba

T→S2: Díselo a María, “era la única que nos acompañaba”

S2→S1: Era la única que nos acompañaba

T→S2: Siempre... incondicional

S2→S1: Siempre, incondicionalmente. Tenía todo el amor para dar

T→S2: ¿Cuándo os acompañaba? ¿Cuándo mamá no estaba?

S2→T: Cuando estábamos solas todo el día.... Me daba ganas de salir de casa, de conocer gente...

T→S2: Yo te atormentaba a ti, pero me siento culpable –S2 asiente–

S2→S1: De no haber estado ahí con Pita... a la que debemos *no haber estado solas*, siempre. A la que debemos haber aprendido a dar cariño...

T→S2: Como si hubieras aprendido de Pita a querer

S2→T: Un poco sí.

Fragmento 12 [Sesión 7 – minuto 1:07:15]

S1→S2 Pita: Siento no haberte acompañado

T→1: No es solo “lo siento” es como me siento mal, de alguna manera ¿?

S1→S2: Me siento mal, me siento fatal

T→S2: Como egoísta, te dejé

S1→S2: Sí... te dejé

T→S1: Dile por qué

S1→S2: Porque no podía dedicarte el tiempo que merecías

T→S2: Pero lo merecías

S1→S2: Pero lo merecías.

T→S1: Es como si te hubieras frenado en hacer lo que tu creías que había que hacer, ¿verdad?

S1→S2: Sí... creía que era mejor que estuvieras en la playa, que salieses cuando quisieses... y yo no podía dedicarte ese tiempo

T→S1: ... En cierto modo sí que lo tenías

S1→S2: Sí ¡porque ahora tengo otra perra!

T→S1: *Aaaah...* ¿quieres a Pita?

S1→S2: Joder... has sido mi hermana, mi madre, mi prima... Has sido todo para mí. Te quiero...

T→S1: Más alto

S1→S2: TE QUIERO

T→S2: Y ya no estás...

S1→S2: Y ya no estás –se atraganta–

T→S1: Es como si entendieras que no puede estar ya, pero como si le debieras algo. Cuéntale lo que le debes

S1→S2: Te debo no haber estado deprimida toda mi adolescencia...

T→S2: Gracias Pita

Auto-
evaluación
negativa

Necesidad

S1→S2: Te agradezco que hayas hecho que sea sociable porque todo el mundo me paraba cuando iba contigo... La perra más bonita del mundo... Por acompañarme a todas partes... Por ser la mejor perra

Fragmento 13 [Sesión 7 – minuto 1:09:36]

T→S2: Por ser la mejor perra, claro que sí. (se dirige a S1) Y ahora que tienes perro te das cuenta de que podías hacerlo y es como que aquella vez decidiste no... –asiente, afligida– pero, ¿qué te ataba? Mira a ver qué te ataba...

S1→T: Mi madre.... Mi madre... Mi madre estaba para ella y es verdad que ella tenía mucho más tiempo que yo... Yo no Pensaba que estaba haciendo algo bueno...

T→S1: Pensabas que estabas haciendo lo mejor... pero tu en realidad que podías sacar los tiempos... así que, en cierto modo, cuidaste un poco de tu madre

S1→T: Sí

T→S1: Para un momentito... y repite esta frase, a ver qué pasa dentro de ti: “cuidé del pozo sin fondo de mi madre” (S1 lo repite)

T→S2 madre: Y dejé solita a mi perra

S1→S2 madre: **Y dejé solita a mi perra** (llora con dolor y culpa)

T→S1: **Señálala y díselo otra vez**

S1→S2, señalándola con el brazo estirado: Cuidé del pozo sin fondo tuyo y dejé solita a mi perra

T→S2: A mi Pita... –suspiran juntos– ... Y lo volvería a hacer

S1→S2: Y lo volvería a hacer

T→S1: ¿Seguro?

S1→S2: ¡No!

T→S1: Ah... mira a ver qué pasa en el fondo cuando dices esto...

S1→T: Y NO lo volvería a hacer

T→S1: Cuéntaselo a Pita

S1→S2 Pita: Nunca te volvería a dejar sola –suspira–

Fragmento 14 [Sesión 7 – minuto 1:14:26]

T→S1: Cambia de silla y deja que te llegue... Cógela si quieres (le da un cojín acolchado) Deja que te llegue todo lo que te ha podido decir... y a la vez... tan...

S1→T: Natural... porque era así

T→S1: Díselo

S1→S2: Eras así

T→S1: ¿Qué pasa dentro de ti?

S1→T: Es muy duro

T→S1: Aún así creo que... una parte de ti quiere abrazarla –María abraza al cojín– y decirle adiós, porque no pudiste...

S1→S2: Adiós....

T→S1: Se nos muere un perrito y parece que hay que echar unas lagrimitas y seguir... Pero no...

S1→T: Es que a veces me acuerdo y no puedo evitar llorar un montón y sentirme súper culpable

T→S1: Cuéntaselo a ella (señala al cojín que es Pita)

S1→S2: Es que me acuerdo de ti y se me caen las lágrimas porque no estás...

T→S2: Ya no estás, no te puedo abrazar, no puedo salir a pasear contigo...ni todas las cosas que hacía contigo

S1→S2: No te puedo abrazar... Tú lo sabías todo, sabías **consolarme cuando estaba triste... sabías cómo darme cariño...** Joder... Ojalá hubiera gente así

Necesidad

Fragmento 15 [Sesión 7 – minuto 1:18:00]

T→S1: ¿Qué fue lo peor? ¿no confié en mí? ¿no me escuché de verdad?

S1→S2: No fui a verte, sabía que estaba sufriendo muchísimo y lo último que quería es que mi perra sufriese

T→S1: Estabas dispuesta a...

S1→S2: Estaba dispuesta a sentirme culpable toda la vida para ahorrarte ese sufrimiento

T→S2: Puedo soportar la culpa de que te pongan la inyección y mueras... pero esta otra culpa no la puedo soportar... Te fallé

S1→S2: **Te fallé.**

Fragmento 16 [Sesión 7 – minuto 1:19:11]

S1→S2: Que te echo de menos... te echo de menos... ningún perro va a ser como tú, porque eres única

T→S2: Una especie de perro guía para niñas abandonadas

S1→T: (sonriendo) Total, ¿eh? De verdad...

T→S1: Qué maravilla

S1→S2: Pues si... **yo creo que ha hecho que no me vuelva loca de pequeña...**

T→S1: Vamos a decir algo arriesgado: “gracias Pita... has sido como una madre...” *pff...* pues si... Has sido como una madre –suspiran juntos soltando el aire haciendo el sonido “aah”, dos veces–

Fragmento 17 [Sesión 7 – minuto 1:20:08]

T→S1: Vamos a recuperar el momento en el que aquí estaba María dándose cuenta de muchas cosas y esto es mucho de salir de ahí... del cofre...

S2→T: Del caparazón

T→S1: Eso. Esto es muy poco *caparazónico*, ¿verdad? Vamos a acabar despidiéndote de María un poco...

Auto-
evaluación
negativa

Necesidad

Aceptación S2→S1: María, no pierdas la esperanza porque yo me puedo ir y que tu seas tu misma...

T→S1: Y recuperes

S2→S1: Y recuperes el control de tu vida

T→S2: La vida te va a dar más ocasiones como la de Pita de tomar decisiones y jugártela... Y puede que sientas hasta orgullo de poder hacerlo... Hay mucho riesgo en la vida... Cambia ahí (a S1) y sé María. Termina la charla con psoriasis-piel-María, constrictora, *caparazónica*... ahora es muchas más cosas, ¿no? Compártele cómo te sientes ahora y luego le cuentas lo que sea...

Agencia S1→S2 piel: Pues... **me siento más fuerte que nunca** o sea que... **vete despidiéndote**

T→S2: (bromeando) ¡O haciendo cursillos! Yo de drones, tu de madre

S1→T: (se ríe) Total.

T→S1: Esta aquí bien, quizá, si le pudieras agradecer el giro que ha dado... no agradecer en plan "Ay, gracias..." Pero todos cuando hacemos un esfuerzo nos gusta también que nos vean

S1→S2: Sí... gracias por dar tu brazo a torcer... Por buscar otra perspectiva del dolor...

T→S1: ¿Soltar?

S1→S2: Sí, por soltar

T→S2: Por soltar y... por sentirme, por incluirme, por darte cuenta... no solo del dolor sino de MI dolor (María asiente y suspiran juntos)

Anexo 8. Fragmentos transcritos: Autocrítica

Fragmento 1 [Sesión 3 – minuto 11:16]

S1 lanza el cojín a S2: ¡Deja de hacerme eso!

T pide a María que cambie a S2, para ser la autocrítica

S2: Me siento desconcertada... Es mucha presión hacer todo bien.

T→S2: ¿Qué sientes?

S2→S1: **Creo que soy muy exigente y te estoy presionando demasiado**

T→S2: ¿Qué sientes hacia ella mientras dices esto?

S2→S1: **Pena... dolor** por haberte causado este daño.

T→S2: Cambia ahí (a S1), sé esta tú que se ha dado cuenta de esto... y escucha a S2 diciéndote que se da cuenta de que te ha presionado demasiado...

S1→T: Pues tranquila... la verdad

T→S1: Esa bajada en la voz...

S1→T: Sí, puedo respirar...

T→S1: Dile... T **ha notado como se me ha des-agarrotado la voz**

S1→S2: T ha notado cómo se me ha des agarrotado la voz. **Me siento tranquila de que me comprendas**

T→S1: Siente a S2 comprendiéndote, “me comprendes...” ¿qué te hace sentir?

S1→T: **Paz...**

T→S1: Es una paz vibrante... porque es algo de muchos años...

S1→T: O de toda la vida... Hemos estado toda la vida... ¡y te aguanto todavía! (levantando la mano izquierda con gesto de hartura)

T→S1: ¿Qué necesitas?

S1→S2: **Necesito que seamos más iguales...** que no me presiones tanto para hacerlo todo bien y cumplir muchas expectativas que son muy complicadas de cumplir

T→S2: Tú no te das cuenta

S1→S2: **No te das cuenta porque siempre lo he hecho yo todo... y me esta costando la salud... Mira cómo me tienes, mira mi cuerpo** (le enseña brazos y piernas a S2) Me has dejado cicatrices.

Fragmento 2 [Sesión 5 – minuto 10:49]

S2→S1: **“A ver, ¿por qué lloras? No es tan importante”** (mientras el terapeuta la motiva a darle **empujones al cojín de la silla** de María, en la que se siente presionada –S1–). “¿Por qué te pones así?” –con tono tajante–

María se sienta en S1.

S1→S2: No puedo más... (T evoca sentimientos y pide que sea clara con S2) **Estoy cansada todo el rato. Son 7 años. No puedo más**

T→S1: Márcalo más, que le quede claro: “No-puedo-más”)

S1→S2: Necesito que me respetes y no me hagas sentir pequeña por llorar. Quiero que me veas como soy, una persona valiosa

T→S1: Y herida

S1→S2: ... Y herida.

T→S1: ¿Cómo sienta en tu herida lo que S2 hace?

S1→S2: **Me haces daño, me duele. No puedo más con tu presión.**

T→S1: ¿Te conformas con cómo te valora?

S1→S2: No me conformo con lo que me valoras...

T→S2: Y lo que quiero es...

S1→S2: **Y lo que quiero es que te relajes; no quiero sentir presión por todo.**

Fragmento 3 [Sesión 5 – minuto 43:37]

S2→T: Es que me está recordando a mi madre que flipas

T→S1: Cambia y díselo a ella

S1→S2: **Me estás recordando a mamá que flipas...** así que deja de ser mamá y se YO.

T→S1: Cambia y di ¿cómo ves a esta persona?

S2→T: **Segura**

T→S2: ¿Y cómo se siente la interruptora al verla segura?

S2→T: Pues me choca... nunca lo había pensado

T→S2: Habla con ella

S2→S1: Nunca habríamos llegado a esta conclusión solas.

T: ¿Qué tal lo ha hecho?

S2→S1: Y tienes razón... Y esa seguridad a mí me da confianza. Porque eres una grande. **Me gustaría que fuéramos una, no dos.**

Fragmento 4 [Sesión 5 – minuto 48:59].

S1→S2: Necesito que pensemos más en nosotras. Quiero que me escuches. Necesito que te abras a mí... a dejar de presionarte...me...nos. T no te va a dar nada. Tu jefe no te va a dar nada. Papá tampoco te va a dar nada y mamá... tampoco.

T→S1: ¿Qué pasa dentro de ti, cuando cuentas esto tan triste? ¿más o menos peso?

S1→T: Menos...

T→S1: Cambia ahí (S2), ¿qué sientes hacia S1?

S2→S1: Que ya está bien

T→S2: Solidaridad...

S2→S1: Te escucho y siento... cariño... respeto.

Fragmento 5 [Sesión 6 – minuto 52:22]

T→S2: Sé esa María opresora, psoriasis en la piel... Qué le dices cuando ella te dice “quiero que o me trates de otra manera o no estés”

S2→S1: Pues... Me siento como... siento **lástima** por ti. Porque es verdad que siempre has sido buena y has tenido una piel preciosa. Nos hemos endurecido y no te mereces esto

T→S1: No te mereces esto... (T mira a S2) dile lo que no se merece

S2→S1: No te mereces que yo te esté encerrando en un caparazón, sin dejarte ser

Fragmento 6 [Sesión 6 – minuto 54:49]

S2→S1: **Siento haberte oprimido, siento esa soledad contigo... y siento verte así**

T→S2: ¿Cómo?

S2→S1: Triste y desanimada

T→S1: ... Y agrietada y seca

S2→S1: Y agrietada y seca

T→S1: Dura, encerrada

S2→S1: Dura, encerrada...

T→S2: De algún modo, detenida

S2→T: Sí (asiente con la cabeza)

T→S2: Esa dureza y dentro de ese caparazón quizá la vida late un poquito solo.... María se ha movido mucho en terapia, pero es como si faltara una última barrera... Su hermano no puede pintar porque tiene una discapacidad, pero María tiene las manos bien, aunque de repente la piel le podría tirar.... Todavía hay un paso más de libertad que puede llegar a dar esta chica

S2→T: Sí...

T→S2: ¿Qué sientes mientras consideras ese paso más de libertad que puede dar?

S2→S1: Esperanza

T→S2: ¡Anda!, ¡una psoriasis que siente esperanza...! **siento esperanza para ti** (María suspira)

T→S2: Oye, y tú, como psoriasis, ¿cómo te sientes si desaparecieras?

S2→S1: Pues... si es por su bien, **una retirada a tiempo es una victoria**

T→S2: Díselo, desde el fondo de tu corazón, psoriasis

S2→S1: **Quiero desaparecer, dejar de ser...**

Fragmento 7 [Sesión 10 – minuto 17:27].

S2→S1: Yo sí que veo que lo mereces... Hablo de cómo te has sentido en otras ocasiones cuando te ha pasado esto... Y es verdad que tú ahora estás tomando medidas y yo me estoy comportando igual. Pero no quiero que... te rezagues cuando lo necesitas. Simplemente quiero recordarte las cosas y que no te pongas a la defensiva, porque no lo estoy diciendo para angustiarte o que te sientas mal. Lo estoy haciendo para que no te duermas en los laureles y digas “hhh... lo preparo media hora antes de la reunión” y luego sabes cómo te sientes: perdida

Fragmento 8 [Sesión 10 – minuto 29:32]

T→S2: Escucha a María... reivindicando todo esto... y poniéndote el freno, de alguna manera, marcando cuál es su límite

S2→S1: Pues... yo solo quiero que pongas esta potencia en... en TODO. El cómo me hablas a mí... puedas hablar con el resto de la gente, aunque te sientas más pequeña o lo que sea. Me gusta más cuando eres fuerte

T→S1: Me gusta más verte fuerte que asfixiarte

S2→S1: Claro... me gusta más verte así... que puedas expresar con potencia, con firmeza, contundente

T→S1: Sin ser un flan

S2→S1: Sin ser un flan... Incluso ver esa parte de enfado conmigo

Fragmento 9 [Sesión 10 – minuto 15:52]

S1→S2: ¡Déjame hablar! Espérate a que pasen las cosas, y luego, si no, pues me angustias después, pero no antes, que sino voy hecha un flan.

Fragmento 10 [Sesión 10 – minuto 43:21]

S2→S1: Puede ser... porque soy igual la que más le atosiga...

T→S1: Y aun así...

S2→S1: Y aún así, aquí estoy. Una mañana de asfixia...

T→S2: Y tú, ¿cómo te sientes?

S2→S1: Me gustaría dejar de parecerme tanto a mi madre, la verdad. Me gustaría que tuviera más... entrenamientos... y poder confiar en ello, porque... las palabras también se las lleva el viento... Y tú sabes mejor que nadie lo que te estoy diciendo...

Fragmento 11 [Sesión 10 – minuto 33:19]

S2→S1: Me produce orgullo verte así. Quizá en otro momento me lo estarías contando con rabia y... llorando porque no puedes gestionar tu enfado... Pero te veo tranquila y diciendo lo que necesitas. Quizá es momento que confíe en ti

T→S2: *Mmm...* ¿y qué tendrías que hacer para confiar en ella? Para mostrarle que confías en ella... ¿qué puedes hacer?

S2→S1: Pues dejarla ser. Dejarla actuar

T→S2: ¿Y específicamente hoy en la reunión?

S2→S1: Pues dejar de presionarla, porque... porque quiero ver como actúa. Quiero ver si realmente todo lo que necesita lo va a expresar.

T→S2: Yo creo que parte de esa asfixia es... es contacto con ella, pero desmedido... Demuéstrale qué tipo de contacto podrías tener con ella, para acompañarla de esta manera que te pide...

S2→S1: Pues... mas suave, ¿no? Más abrazo... te abrazo y entiendo lo que necesitas... y puedes reivindicarlo porque te mereces lo mejor del mundo... Pues, apoyando.... Sosteniendo.

Fragmento 12 [Sesión 10 – minuto 1:20:07]

S2→S1: Te mereces... todo lo mejor del mundo

T→S2: Y de ti, ¿qué necesita?

S2→S1: Pues todo también: que te cuide, que te apoye, te sostenga, que... todo lo que necesites... que te escuche... que no te trate mal... que te hable con cariño, que no te asuste...

T: *Mmh mmh*

S2→S1: Que puedas ser tú misma, vaya...

Fragmento 13 [Sesión 11 – minuto 30:44]

S1→T: Estoy logrando no presionarme demasiado. Estoy muy bien de la psoriasis. Sobre todo, tengo en codos y rodillas, el resto no hay... –se remanga brazos y piernas y muestra que no tiene costras–. Estoy muy, muy bien. No estoy tomando nada... Solo me hecho corticoides una vez a la semana, para que no cojan vicio, en los eczemas. ¡Mira mis piernas ahora! (las enseña con orgullo y lo dice con tono de satisfacción) Solo son puntitos rojos. Así que, estoy deseando que se me quite ya... Porque también, cuando me lo veo

mucho, tengo necesidad de tocármelo y tal... Entonces, se nota que ahora es invierno, que estoy tapadita... que no me lo toco tanto, que no me pica tanto. Si no lo ves es como que no está tan ahí. Yo creo que, sobre todo, es esa parte en la que no me estoy presionando para hacer nada. Ni para ser perfecta, ni hacer todo bien ni... Como que darme ese permiso para confundirme... Me ha hecho estar muy liberada. Y me siento muy orgullosa de esa parte. Me emociona ver... –se queda pensativa–

T→S1: Que no hay látigo...

S1→T: Sí –sonríe– que no me fustigo por... porque no sean las cosas “ya”, no sea ahora... incluso por cambiar de opinión

T: *Mmh mmh*

S1→T: O sea, yo me acuerdo que hace un mes estaba en plan “dejo mi trabajo” y a mí ahora me dices que si dejo mi trabajo ¡y no lo dejaría! Entonces, darme ese permiso, de decir, “bueno, voy, a seguir nutriéndome y ver qué opciones, en la vida, tengo...” pero estar a gusto con lo que hago ahora mismo. Porque eso también me tenía muy amargada, el “pensar una cosa y luego hacer otra”. No, *tío*, me puedo dar el permiso a cambiar de opinión 25 millones de veces también, si lo necesito, ¿sabes? Porque si tuviera las cosas claras, yo creo que también lo haría. Pero, esa parte... de no comerme tanto la cabeza –ríe y sonríe– me deja respirar.

Fragmento 14 [Sesión 11 – minuto 38:02]

T→S1: Te sientes más libre de elegir qué quieres tú

S1→T: Sí, como más despejada. Veo las cosas con más claridad, que yo creo que una parte es... Mucha de la inseguridad que yo tengo con cada cosa que hago es porque no veo con claridad muchas cosas, ¿sabes?, de... es difuso ver, entre tus elecciones, si lo estás haciendo bien o no. Ahora como que... no tengo tantas dudas sobre si lo que hago lo estoy haciendo bien o mal. Yo creo que eso también es parte de que esa parte presionadora de mí –hace un gesto con los brazos como apretando algo– no está tan al mando en mi cuerpo ahora mismo, ¿sabes?... Que... me ha tenido... –vuelve a hacer el gesto– agarrada, ¿sabes?

Fragmento 15 [Sesión 11 – minuto 42:39]

S1→S2: –suspira– Yo quiero que... que sepas que te agradezco que me hayas dejado tomar parte... *mmm...* en las conversaciones incómodas que no quiero tener. De hecho, ¡que no te hayas metido en ellas! –ríe– y... quiero que me... que reconozcas que estamos funcionando mucho mejor que nunca

T→S1: ¿Estáis?

S1→T: ¡Estamos! Porque... coexistimos...

T→S1: ¿Ella ha estado existiendo en estas situaciones?

S1→T: Yo creo que... ella... existe en el momento en el que necesito mucha precisión, como, por ejemplo, en mi trabajo, como que... toma más las riendas de “ser muy precisa” y... en aspectos de cosas en que tengo que ser perfeccionista. Por ejemplo, en el momento de presentar un informe a un auditor, igual yo me lo tomaría mucho más “así” –hace un gesto con la mano, como expulsando algo a un lado, mostrando desinterés–, ¡pero ella se lo tomaaa...! –pone tiesa la mano y la sacude hacia delante rítmicamente, de manera dictatorial–... lo revisa cuatro veces... entonces, creo que... coexistimos.

S1→S2: Están esas partes en que yo necesito de tu perfeccionismo y de... tu necesidad de hacer las cosas bien. Porque hay muchas cosas en las que te necesito, pero hay muchas en las que no te necesito. Creo que estamos conviviendo mejor que nunca, porque no siento una presión extrema... por todo, ¿no? Ni por tomar decisiones ya, ni... de las que no estoy segura, solo lo estás tú

T→S1: Estando segura yo... me has dejado... espacio

S1→S2: (abriendo los ojos y asintiendo) ¡Exactamente! Estoy agradecida de que me dejes respirar y... que me des el tiempo para... para cualquier cosa. Que no quieras las cosas ya, no seas impaciente... Pues, te lo agradezco (con tono sereno y rotundo)

Fragmento 16 [Sesión 11 – minuto 45:57]

S1→S2: Sí, no estoy siendo tan autocrítica. No estás siendo tan autocrítica, ¿no? Y eso hace que yo no sienta tanta presión, me sienta más ligera y piense con más rapidez y esté más audaz. Me siento más segura

T→S2: Más firme...

S1→S2: Más firme... Porque en el fondo tú no eres toda mi esencia, ¿no? Hay mucho más y... Y me encanta que no... que no tomes el total control de mi vida... ni me piques en la piel... Que no me castigues por no hacer las cosas como tu quieres. Que no me rondes todo el rato con algunas cosas... ¡o que nos hayamos permitido cambiar de ideas! A corto plazo, por lo menos

Fragmento 17 [Sesión 11 – minuto 50:08]

T→S1: Cuéntale un poco... que escuche ella... sobre la última vez que hablasteis... que le pediste que te dejara... “un poco de ensayo y error” ...

S1→S2: (asintiendo y señalando a S2 y a T intercaladamente) ¿Ves? escucha, escucha... ¡Y no ha habido error! –sonríe y se toma un momento– Creo que ha sido muy valiente por tu parte... dejarme practicar. Porque si no practico no voy a... conseguir esas herramientas, ¿no? Para expresarme, para comunicar necesidades... incluso comunicar límites, que quizá... –hace una mueca y abre los ojos, dándole mayor importancia– deberíamos practicar también. Si tú tomas las riendas de esos momentos siempre, yo al final... no... no practico... Y mira qué bien ha ido. Que flojita llegué (a la reunión del trabajo) No flojita de débil, sino flojita de... suave... Que suave y que bien dicho todo –con orgullo– ¡Que, tan bien dicho todo que todo lo que queríamos lo tenemos! Tenemos un chico nuevo (subordinado) –sonríe–, tenemos más dinerito en la cuenta y tenemos hora extra. Nena –finge que se aparta el pelo del hombro, con estilo– deberías darme las gracias. ¡No quiero decir nada!

Fragmento 18 [Sesión 11 – minuto 52:11]

S2→S1: Bueno, la verdad que... *Chapó* por ti, porque tenías razón. Yo estaba MUY asustada... –suspira– ¿qué te voy a decir? Si es que solo puedo estar orgullosa de ti y de que hayas sacado esa fortaleza y sobre todo esa templanza, ¿no? Para comunicar cosas que no sentías... no sentíamos... que nos correspondieran... Quizá por eso nos daba inseguridad. Que te llenes de valentía y –agita la mano enérgicamente hacia arriba– digas “esto es para mí”, porque es como llegamos a la reunión. Esto es necesario, ¿no? Que todos te

escuchen y digan “sí”. Sí, sin tapujos. Sí, sin decirte nada más... ¡Muy bien...! –aplaude con suavidad– Muy bien...

T→S1: Estoy orgullosa

S2→S1: Estoy orgullosa. Siento que quizá te he presionado de más y no te hacía falta. De hecho, te hacía daño. Yo también estoy trabajando... en nuestro bienestar... y en no lastimarte de más.

T→S2: ¿Qué sientes ahora, que María ve que tú estás trabajando y te agradece que hayas aflojado?

S2→S1: Pues me siento orgullosa. Me siento orgullosa porque siento que no tengo que estar tan pendiente como estaba, tan crítica como estaba... Es cierto que... Me llena también de gratitud que me agradezca eso... Y que nunca fui así por una conciencia de hacerla daño, ni mucho menos... Todos nos equivocamos y por eso trabajo en ello... Porque veo que tiene sus frutos también.
