



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Aportaciones y limitaciones de la Terapia Focalizada
en la Emoción (TFE) al Modelo de Psicoterapia
Humanista.**

Autor/a: María Suárez Gómez

Director/a: Mónica Torres Ruiz-Huerta

Madrid

2025/2026

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	3
2. FINALIDAD Y MOTIVOS. OBJETIVOS.	5
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	7
3.1. Antecedentes sobre psicoterapia humanista clásica. Rogers, Perls, eficacia, aportaciones, críticas y límites.	7
3.2. Antecedentes TFE: Greenberg, evidencia empírica, críticas y debates.	10
3.3. Debates actuales y vacío detectado.....	15
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1. Fundamentos del humanismo clásico: visión de la persona, relación terapéutica, características de la intervención.	16
4.2. Fundamentos de la TFE: conceptos clave y bases, técnicas y tareas específicas	19
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	23
5.1. Antes y después de la TFE; cambios y continuidades en la esencia humanista; visión de la persona, rol del terapeuta, papel de la emoción, grado de directividad, relación terapéutica y técnicas usadas en sesión.	24
5.2. Qué se mantiene, qué se modifica y qué se pierde	28
5.3. Aportaciones de la TFE al modelo humanista	29
5.4. Implicaciones en la práctica profesional.....	30
5.5. Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación	31
5.6. Conclusiones	32
6. BIBLIOGRAFÍA.....	34
7. ANEXO	37
7.1. Pregunta pico	37
7.2. Método y resultados	37
7.3. Comparación entre la TFE y modelos humanistas clásicos en torno a seis ejes.....	44
7.4. Balance comparativo: elementos que se mantienen, modifican o pierden en la TFE.....	45

1. RESUMEN

La psicoterapia humanista evolucionó desde una tercera fuerza reactiva al psicoanálisis y al conductismo hacia un enfoque con respaldo empírico, transformación impulsada en gran medida por la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) de Greenberg. Sin embargo, la literatura tiende a presentar esta estructuración como una ganancia sin examinar qué elementos del humanismo clásico podrían perderse en el proceso. Esta revisión ha analizado qué aportó la TFE al modelo humanista clásico y cuáles fueron sus limitaciones, con el fin de determinar qué se mantenía, qué se modificaba y qué se perdía. Para ello se realizó una revisión bibliográfica que comparó la TFE con los modelos clásicos de Rogers y la Gestalt en torno a seis ejes: la visión de la persona, el rol del terapeuta, el papel de la emoción, el grado de directividad, la relación terapéutica y las técnicas empleadas en sesión, analizando las continuidades y rupturas en cada uno. Los resultados mostraron que cuatro elementos se mantuvieron: la visión de la persona, las condiciones relacionales rogerianas, la autoridad del cliente sobre su experiencia y la primacía de la relación sobre la técnica. Tres se modificaron: el estatuto de esas condiciones, el rol del terapeuta y la concepción del cambio. Solo uno se perdió en sentido estricto: la no directividad como principio absoluto, sustituida por una directividad selectiva guiada por marcadores. Aunque esta misma estructuración generó tensiones con algunos valores del humanismo clásico, se concluyó que la TFE no supuso una ruptura, sino una transformación interna que dotó al paradigma de estructura, técnica sistematizada y respaldo empírico, lo que evidenció que el rigor científico y la profundidad experiencial no son incompatibles.

Palabras clave: *terapia focalizada en la emoción, psicoterapia humanista, Greenberg, esquemas emocionales, revisión bibliográfica.*

ABSTRACT

Humanistic psychotherapy evolved from being a third force reactive to psychoanalysis and behaviorism toward an empirically supported approach, a transformation driven largely by Greenberg's Emotion-Focused Therapy (EFT). However, the literature tends to present this structuring as a gain without examining which elements of classic humanism might be lost in the process. This review analyzed what EFT contributed to the classic humanistic model and what its limitations were, in order to determine what was maintained, what was modified, and what was lost. To this end, a literature review was conducted comparing EFT with the classic models of Rogers and Gestalt across six axes: the view of the person, the role of the therapist, the role of emotion, the degree of directiveness, the therapeutic relationship, and the techniques employed in session, analyzing the continuities and ruptures in each. The results showed that four elements were maintained: the view of the person, the Rogerian relational conditions, the client's authority over their own experience, and the primacy of the relationship over technique. Three were modified: the status of those conditions, the role of the therapist, and the conception of change. Only one was lost in the strict sense: non-directiveness as an absolute principle, replaced by a selective directiveness guided by markers. Although this same structuring generated tensions with some values of classic humanism, it was concluded that EFT did not represent a rupture, but rather an internal transformation that endowed the paradigm with structure, systematized technique, and empirical support, demonstrating that scientific rigor and experiential depth are not incompatible.

Keywords: *emotion-focused therapy, humanistic psychotherapy, Greenberg, emotion schemes, literature review.*

2. FINALIDAD Y MOTIVOS. OBJETIVOS.

La presente revisión bibliográfica trata de analizar cómo la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), desarrollada por Leslie S. Greenberg, ha podido transformar la psicoterapia humanista clásica, identificando qué elementos ha aportado y cuáles son sus limitaciones.

La justificación académica y clínica se alinea con dos objetivos: conocer cómo ha cambiado la esencia humanista tras la aparición de la TFE, qué ha aportado y cuáles son sus limitaciones; y comparar las diferencias y similitudes que existen entre los modelos clásicos y la propuesta de Greenberg. Esta comparación responde a la necesidad de comprender cómo ha evolucionado el paradigma humanista desde sus inicios hasta su estado actual. Con ello se pretende identificar qué elementos se mantienen, cuáles se modifican y qué implicaciones prácticas y clínicas tiene.

A nivel académico esta revisión es necesaria para comprender cómo la psicoterapia humanista ha pasado de ser una tercera fuerza reactiva al psicoanálisis y al conductismo, a convertirse en un enfoque apoyado empíricamente e informado por teorías psicológicas contemporáneas (Greenberg, 2010).

El humanismo clásico, representado por autores como Rogers y Perls, asentó las bases de la autorrealización, la subjetividad o la relación terapéutica, pero a menudo enfrenta críticas debido a la falta de definiciones operacionales y de validación empírica (Henaos Osorio, 2013; Martorell, 2008). La aparición de la TFE supone una actualización del paradigma que integra el tratamiento experiencial con la neurociencia y con la teoría de las emociones. Esto contribuye a que el humanismo pueda ser considerado como un tratamiento con base en la evidencia en trastornos como la depresión y el trauma (Fernández-Puig, 2024; Greenberg et al., 2015). Resulta importante identificar qué elementos de la psicoterapia humanista inicial como la no directividad, se han modificado con la llegada de la TFE para dar paso a una estructura más definida basada en tareas y marcadores (Greenberg, 2010).

A nivel clínico la relevancia de esta revisión radica en poder evaluar el impacto de la nueva directividad en el proceso, ya que en los modelos más clásicos se priorizaba la espontaneidad, evitando que el terapeuta dirigiera la sesión (Corchado Vargas, 2016; Van Balen, 1997). En contraste, la TFE propone al terapeuta como *coach* emocional, guiando al paciente a través de

diferentes ejercicios, como la silla vacía, para acceder a emociones primarias desadaptativas y transformarlas (Greenberg, 2004; Riveros Aedo, 2014). Esta comparación permite identificar diferentes aportaciones y críticas. El principio de cambiar la emoción con la emoción es la principal aportación de la TFE. Esto permite deshacer esquemas emocionales antiguos a través de la activación de emociones adaptativas que sean incompatibles con las primeras. Este análisis es esencial para comprender cómo TFE mantiene valores del humanismo clásico potenciándolos y complementándolos con herramientas técnicas que buscan un cambio duradero (Greenberg, 2010).

A esta justificación académica y clínica se añade el hecho de que existen pocos trabajos que analicen de forma explícita qué se gana y qué se pierde en términos de esencia humanista al introducir la estructuración propia de la TFE. Aunque existe consenso en que el modelo pertenece al paradigma humanista-experiencial, la literatura tiende a describir su desarrollo como un avance claro, sin detenerse en los aspectos que podrían haberse perdido. Abordar de forma crítica esta cuestión a través de un análisis comparativo es una de las contribuciones que el presente trabajo propone realizar.

La justificación personal se alinea con el objetivo personal de decidir si la actualización del paradigma humanista con la llegada de la TFE confirma o no, mi propio interés por dedicarme de forma profesional a este enfoque. Como estudiante de último año con la intención de cursar el Máster General Sanitario con especialización, no solo me interesa conocer teorías, sino posicionarme frente a ellas para decidir desde qué enfoque me gustaría trabajar en el futuro. Desde que descubrí el enfoque humanista, me sentí identificada con su forma de entender a la persona, su mirada hacia el ser humano y su manera de acompañar el proceso terapéutico, pero el primer contacto con la TFE generó dudas sobre su aplicación y sobre si sería capaz de trabajar desde un modelo más estructurado. Por ello, resulta necesario comprender mejor qué aporta, qué transforma y cómo impacta en ese paradigma para, en un futuro, poder aclarar mis ideas y tomar decisiones más fundamentadas sobre mi futuro profesional.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1. Antecedentes sobre psicoterapia humanista clásica. Rogers, Perls, eficacia, aportaciones, críticas y límites.

La psicología humanista nació durante las décadas de 1950 y 1960 como un movimiento que se presentaba como la “tercera fuerza” frente a los paradigmas que dominaban la psicología en ese momento; el conductismo, caracterizado por su determinismo y reduccionismo, y el psicoanálisis, caracterizado por el pesimismo de los impulsos (Henaos Osorio, 2013; Martorell, 2008). Frente a estas perspectivas, consideradas reductoras y limitadas, la Psicología Humanista surgió con la intención de dejar atrás el trato clínico mecanicista de la época, proponiendo un abordaje que le devolviera la cualidad humana y personal al paciente (Villegas, 1986). De este modo, el humanismo trató de ofrecer una psicología centrada en los problemas genuinamente humanos y capaz de abordar al ser humano de una forma más completa, atendiendo a su capacidad de decisión, su originalidad y su singularidad como individuo (Villegas, 1986). Figuras como la de Abraham Maslow lideraron la formación del movimiento creando, junto con otros referentes como Gordon Allport o Carl Rogers, la Asociación Americana de Psicología Humanista (Henaos Osorio, 2013; Martorell, 2008). La visión general del movimiento humanista, muy influenciada por la fenomenología y el existencialismo, se centró esencialmente en la experiencia subjetiva del individuo. Establecieron pilares basados en la visión holística de cualidades específicamente humanas como la elección, la creatividad o la autorrealización. Además, la relación terapéutica dejó de ser un instrumento técnico, convirtiéndose en un eje central y propiamente curativo, que contribuye al desarrollo de la persona (Martorell, 2008).

Carl Rogers, uno de los pilares fundamentales del humanismo, desarrolló la terapia centrada en el cliente. Su enfoque sigue un supuesto base: la tendencia actualizante o realizadora, la cual define como un flujo natural con el que nace todo ser humano para, si no sucede nada significativo, desarrollarse hacia la totalidad y el funcionamiento pleno. Esto implicaría una actitud abierta a la experiencia, una disposición reflexiva, una conducta espontánea y la capacidad de reconocer y valorar tanto a los otros como a sí mismo (Martorell, 2008). De acuerdo con Rogers, el éxito de la terapia no reside en la técnica, sino en las actitudes del terapeuta. Propuso en este sentido tres condiciones facilitadoras y necesarias para el cambio terapéutico: empatía, congruencia o autenticidad, y aceptación positiva incondicional. La

comprensión empática del marco de referencia interno del cliente, la aceptación positiva incondicional entendida como un aprecio no valorativo de la persona, y la congruencia o autenticidad del terapeuta consigo mismo y con la relación (Martorell, 2008). El terapeuta confía plenamente en los recursos del individuo, y mantiene una postura no directiva, desde la cual evita realizar diagnóstico, dar consejos o imponer directrices (Corchado Vargas, 2016; Van Balen, 1997). El proceso de terapia es fluido, el cliente debe pasar de forma gradual de una estructura rígida y evasiva, al reconocimiento y vivencia de sus sentimientos y emociones, hasta alcanzar el nivel de funcionamiento pleno en el que cuenta con un autoconocimiento y es capaz de autodirigirse (Corchado Vargas, 2016; Van Balen, 1997).

Fritz Perls estructuró la terapia Gestalt. Este enfoque concibe a las personas como un sistema holístico y dinámico, donde el individuo es agente activo y responsable de su propio crecimiento y donde el todo es más que la suma de las partes (Henaos Osorio, 2013; Riveros Aedo, 2014). La intervención se asienta bajo el pilar del aquí y el ahora y el *awareness*: tratar de darse cuenta de las sensaciones, las emociones y las necesidades del momento presente. Además, explica la existencia de polaridades como conflictos internos del individuo; estos deben ser reconocidos e integrados de forma armónica. Perls consideró especialmente importante la espontaneidad del terapeuta (Corchado Vargas, 2016; Riveros Aedo, 2014; Perls et al., 1951).

Históricamente, los movimientos y la psicoterapia humanista han sido juzgados por falta de evidencia científica, sin embargo, investigaciones posteriores han dotado de base científica a las psicoterapias humanistas-experienciales. Algunos ejemplos serían el metaanálisis de Elliott et al. (2013), que incluyó 62 estudios controlados (de los cuales 31 fueron ensayos clínicos aleatorizados) que muestran que los clientes que reciben psicoterapias humanistas-experienciales presentan avances notables. El estudio de Gibbard y Hanley (2008) en atención primaria mostró una mejora promedio del 68 % tras la psicoterapia centrada en la persona, lo que proporciona evidencia de su efectividad. En el caso concreto de la terapia Gestalt, la revisión sistemática de Raffagnino (2019) reunió 11 estudios empíricos y concluyó que su eficacia resultaba comparable a la de la terapia cognitivo-conductual y a la de otras psicoterapias, especialmente en formato grupal, si bien la investigación empírica disponible sobre este modelo seguía siendo escasa.

En referencia a las aportaciones de la psicoterapia humanista, en primer lugar, el humanismo estableció un precedente de confianza en el paciente/cliente como experto en su propia experiencia, abandonando así la tradicional postura médica experta en favor de la convicción de que es el propio individuo quien posee las claves de su proceso y debe tomar decisiones responsables (Martorell, 2008; Riveros Aedo, 2014). Esta nueva perspectiva transformó la interacción terapéutica, estableciendo una relación horizontal entre paciente y terapeuta (Riveros Aedo, 2014). En segundo lugar, el humanismo contribuyó a situar la relación terapéutica como elemento central del proceso de cambio, anticipando así lo que la investigación posterior demostraría: la empatía, el vínculo y la aceptación influyen de forma significativa en los resultados de la terapia. Carl Rogers fue pionero al unir psicoterapia e investigación científica grabando las sesiones para posteriormente evaluar su efecto (Martorell, 2008). Su énfasis en la actitud y cualidades del terapeuta como elemento esencial del cambio (Martorell, 2008) fue posteriormente respaldado por estudios sobre procesos y resultados que han examinado la alianza terapéutica y la empatía como factores clave del cambio terapéutico (Fernández-Puig, 2024). En la actualidad, distintas escuelas psicoterapéuticas han asumido como propios elementos que nacieron dentro del humanismo, haciendo notable la influencia del mismo. El trabajo experiencial orientado a la profundidad emocional, la presencia a lo que ocurre en el presente o la centralidad del vínculo terapéutico y a las actitudes facilitadoras del terapeuta, a día de hoy se han integrado en diferentes enfoques (Fernández-Puig, 2024).

Sin embargo, la psicoterapia humanista también ha recibido y recibe críticas. Una de las principales es el subjetivismo de algunos de sus constructos teóricos centrales, lo que dificulta su definición y, por lo tanto, su contrastación empírica (Davidson, 2004; Henao Osorio, 2013; Martorell, 2008). Conceptos como la tendencia actualizante de Rogers, el *awareness* de Perls, o la autorrealización resultan de difícil definición y medición mediante metodologías cuantitativas y científicas (Martorell, 2008; Villegas, 1986). Más allá de la cuestión metodológica, se ha señalado también un sesgo en la imagen del ser humano que transmite el modelo. La insistencia en las capacidades positivas de la persona, en su potencial de crecimiento y en la confianza en la naturaleza humana generó una visión poco equilibrada que evitaba abordar las dimensiones más conflictivas de la experiencia (Martorell, 2008). Lo relevante de esta crítica es que no proviene únicamente del exterior del movimiento. Rollo May, sostuvo que la incapacidad del humanismo para enfrentar el problema del mal constituía

su error más grave (Martorell, 2008). Esto sugiere que las limitaciones del modelo no eran solo percibidas desde fuera, sino también desde dentro. Otro aspecto crítico es la limitada evidencia que existe sobre la efectividad de las psicoterapias humanistas en psicopatología grave. La mayor parte de la investigación humanista se ha centrado en cuadros leves o moderados, habiendo una escasez de estudios sobre poblaciones con trastornos mentales graves (Elliott et al., 2013). Esta asimetría en la cantidad de estudios, unida a la presión por la estandarización, ha contribuido a que los enfoques cognitivo-conductuales mantengan una posición hegemónica y de mayor respaldo empírico e institucional en las principales guías clínicas frente a la tradición humanista (Angus et al., 2015; Stankovskaya, 2024). Finalmente, esa dificultad para generar evidencia científica en entornos clínicos complejos se relaciona con la falta de estructura y métodos rigurosos replicables, lo que, a su vez, ha dificultado la difusión y consolidación del enfoque (Martorell, 2008; Villegas, 1986). La carencia de protocolos sistemáticos dificulta la formación de nuevos terapeutas y la evaluación controlada de los resultados clínicos (Corchado Vargas, 2016). Estos límites, no solo explican por qué sigue siendo una opción minoritaria en la práctica profesional institucionalizada (Stankovskaya, 2024), sino que también dan contexto al nacimiento de la Terapia Focalizada en la Emoción. Esta surge como un intento de ofrecer una respuesta estructurada y con mayor respaldo científico a los déficits del humanismo clásico, pero sin renunciar a sus fundamentos esenciales.

3.2. Antecedentes TFE: Greenberg, evidencia empírica, críticas y debates.

La Terapia Focalizada en la Emoción surge como respuesta a las tensiones entre la profundidad experiencial del humanismo clásico y su falta de evidencia empírica y de estructura metodológica, como ya se ha comentado en el apartado anterior. Leslie S. Greenberg, junto a Laura Rice y Robert Elliott, comenzó a perfilar el modelo a partir de las investigaciones sobre los índices de efectividad terapéutica iniciadas en la década de 1970 (Riveros Aedo, 2014). La denominación original del enfoque fue: Terapia de Proceso Experiencial (Greenberg et al., 2015), denominación que reflejaba la atención simultánea al proceso terapéutico y a la experiencia emocional del cliente. El cambio de nombre a Terapia Focalizada en la Emoción se produce a finales de los noventa y no fue puramente estético. La emoción pasó a entenderse como elemento estructurante de la experiencia personal y como motor del cambio terapéutico (Greenberg et al., 2015). Además, el término TFE pasó a aplicarse tanto a la terapia individual como a la de pareja.

La base teórica que define a la TFE se centra en integrar los principios humanistas heredados de Rogers y Perls con la teoría contemporánea de las emociones y con una metateoría dialéctico-constructivista (Greenberg et al., 2015). Leslie Greenberg, junto con Eugene Gendlin, ha sido reconocido como una figura fundamental, cuya labor refleja una perspectiva humanista de la persona y del proceso de transformación terapéutica, apoyada en un enfoque tanto científico como experiencial (Riveros Aedo, 2014). Esta perspectiva no se limita a una continuación del humanismo clásico, sino que supone una evolución. Al comparar los modelos de cambio de Rogers, Gendlin y Greenberg, se observa cómo la propuesta de este último profundiza en los mecanismos del cambio emocional que el enfoque rogeriano había intuido, pero que no había llegado a desarrollar completamente. Uno de los objetivos que perseguía Greenberg consistía en revisar la teoría experiencial, ajustando su vocabulario para alinearlo con el utilizado por los teóricos racional-emotivos, con el propósito de favorecer una mayor integración con la psicología académica. (Van Balen, 1997). Esto representa un intento de devolver al humanismo a la conversación científica, transformando la intuición clínica en un modelo estructurado y empíricamente contrastable (Van Balen, 1997).

El núcleo conceptual de la TFE se basa en que la emoción no es un residuo secundario de un proceso cognitivo más sofisticado, al contrario de lo que considera la premisa cognitiva clásica. La emoción es definida como un sistema innato, biológicamente arraigado y adaptativo que ha evolucionado para favorecer la supervivencia y orientar a la persona en función de sus necesidades más esenciales (Greenberg et al., 2015). Bajo esta perspectiva, Greenberg (2010) añade un principio fundamental; la emoción y la cognición no funcionan como compartimentos diferenciados, sino como dos dimensiones inseparables de un mismo proceso de construcción de significado. Esto dota de equilibrio a la TFE; permite trabajar con la profundidad la parte emocional manteniendo una integración reflexiva, sin reducir la riqueza de la experiencia emocional a un simple análisis cognitivo.

El esquema emocional es la unidad básica del modelo que organiza la experiencia afectiva y la identidad a partir de aprendizajes pasados. Se vuelve problemático cuando genera respuestas desadaptativas o cuando alguno de sus elementos permanece fuera del darse cuenta consciente; por ello, el objetivo terapéutico no es cambiar el pensamiento, sino acceder a esa experiencia interna y simbolizarla (Greenberg et al., 2015). La TFE clasifica los tipos de emociones para

guiar así la intervención clínica. Distingue entre emociones primarias, que son respuestas directas a una situación, y secundarias, que son reacciones a otros afectos o pensamientos. A su vez, las primarias pueden ser adaptativas si aportan información útil, o desadaptativas si son repetitivas y resistentes al cambio mediante el mero razonamiento (Greenberg, 2010; Goldman et al., 2016). El principio central del cambio en TFE es el de cambiar la emoción con la emoción (Greenberg, 2023). Esta premisa sostiene que una emoción primaria desadaptativa, como la vergüenza nuclear o el miedo crónico, solo puede transformarse de manera efectiva si se logra activar simultáneamente una emoción adaptativa que resulte incompatible con la primera (Greenberg et al., 2015). El cambio terapéutico no se concibe como un proceso argumentativo o racional de comprensión, sino como una reorganización duradera de la experiencia afectiva. Esto requiere generar una nueva respuesta emocional capaz de anular el estado original a través de una vivencia efectivamente experimentada (Greenberg, 2010, 2023; Greenberg et al., 2015). Para llevar a cabo esta transformación, el tratamiento se organiza en tres fases; creación del vínculo y conciencia emocional, evocación y exploración de los esquemas desadaptativos, y transformación de la experiencia mediante una nueva narrativa (Goldman et al., 2016). El objetivo es movilizar emociones primarias adaptativas para transformar los esquemas dolorosos (Greenberg, 2023).

En cuanto a la metodología, la TFE mantiene las condiciones relacionales rogerianas, considerándolas necesarias pero no suficientes para el cambio terapéutico (Greenberg, 2010; Van Balen, 1997). A diferencia del humanismo clásico, el terapeuta de la TFE incorpora una mayor directividad, aunque de forma selectiva, articulada a través de marcadores terapéuticos. Estos son indicadores observables en el discurso del cliente que señalan dificultades en el procesamiento emocional y orientan al profesional hacia tareas específicas de intervención (Goldman et al., 2016; Greenberg, 2010; Jódar Anchía y Caro García, 2023). Estas técnicas, heredadas de la tradición Gestalt, adquieren en este modelo una fundamentación técnica más precisa vinculada a la teoría de los esquemas emocionales, permitiendo su sistematización y evaluación científica (Goldman et al., 2016). Cabe resaltar que esta estructuración no implica que el terapeuta sustituya al cliente como autoridad; sino que el terapeuta se posiciona como un experto en el proceso, mientras que el cliente sigue siendo el experto en el contenido de su propia vida (Goldman et al., 2016). Esta lógica de seguir los marcadores del cliente para ofrecer

en cada momento la tarea más oportuna es el rasgo que define la esencia del enfoque proceso-experiencial (Elliott y Greenberg, 2007).

En la actualidad, la TFE representa el desarrollo humanista que mayor esfuerzo investigador presenta, logrando matizar las críticas sobre la falta de validación científica que históricamente pesaban sobre estos modelos. Este cuerpo de evidencia, sólido y en constante crecimiento, sitúa al enfoque como uno de los desarrollos humanistas-experienciales más investigados en el plano internacional (Fernández-Puig, 2024). Desde una perspectiva cuantitativa, el metaanálisis de Elliott et al. (2013), que incluyó 31 ensayos clínicos aleatorizados, concluyó que la TFE para la depresión moderada cumple con los criterios de tratamiento basado en la evidencia. Estos hallazgos han sido confirmados y actualizados recientemente por Duffy et al. (2024), quienes, tras revisar 17 ensayos controlados aleatorios, determinaron que las psicoterapias humanistas-experienciales (con la TFE como uno de los enfoques más estudiados) son significativamente más eficaces que el tratamiento habitual al finalizar la intervención y estadísticamente equivalentes a alternativas activas como la Terapia Cognitivo-Conductual en el post-tratamiento.

La investigación cualitativa y el análisis del proceso terapéutico complementan estos hallazgos al subrayar que el cambio no depende únicamente de la aplicación técnica, sino de la calidad de la relación entre terapeuta y cliente. El estudio cualitativo de Nødtvedt et al. (2019) identificó que el establecimiento de un vínculo de confianza y la autenticidad del terapeuta son condiciones previas e imprescindibles para que los clientes se permitan abrirse a la vulnerabilidad y comprometerse con las intervenciones más activas del modelo. Esta integración entre el vínculo terapéutico y la técnica específica es lo que diferencia a la TFE de enfoques más directivos; la presencia empática constituye la base sobre la cual se asienta cualquier tarea, evitando así una lectura puramente técnica del proceso (Greenberg et al., 2015; Goldman et al., 2016). No obstante, a pesar de esta evidencia, autores como Fernández-Puig (2024) advierten de la necesidad de ampliar la investigación hacia poblaciones más diversas y cuadros más complejos de psicopatología para continuar fortaleciendo el respaldo empírico del enfoque.

A pesar del respaldo empírico alcanzado, la TFE no está exenta de objeciones o debates, algunos de los cuales son reconocidos por sus propios autores. Una de las principales limitaciones metodológicas admitidas por Elliott y Greenberg (2017) es que gran parte de la investigación disponible ha sido llevada a cabo por investigadores que defienden activamente el modelo. Este posible sesgo de lealtad plantea dudas sobre la independencia de los hallazgos, una advertencia que se complementa con los hallazgos de Duffy et al. (2024), al señalar problemas de imprecisión, inconsistencia entre estudios y riesgo de sesgo en los metaanálisis. Además, Fernández-Puig (2024) señala que el uso de muestras relativamente homogéneas en contextos de investigación limita la generalización de los resultados a la diversidad de la práctica clínica.

Otro debate gira en torno al grado de directividad y su encaje con la filosofía humanista. A diferencia del ideal rogeriano de no directividad, la TFE usa un estilo más directivo en proceso, guiando al cliente hacia aspectos concretos (Greenberg, 2010). El modelo intenta resolver esta tensión mediante la metáfora de una danza sinérgica entre seguir y guiar, anteponiendo la relación a la tarea (Greenberg et al., 2015). El estudio cualitativo de Nødtvedt et al. (2019) evidencia esta dificultad; mientras que algunos pacientes percibieron las respuestas empáticas como excesivas y demandaron un trabajo emocional más directo, otros consideraron la propuesta de tareas como prematura. Esta directividad selectiva, supone una toma de decisión activa por parte del terapeuta, y para algunos autores marca una distancia notable respecto a la esencia del humanismo clásico.

Por último, la TFE enfrenta desafíos institucionales en su implementación práctica. Por un lado, continúa la dificultad de las psicoterapias humanistas experienciales para encajar en los manuales clínicos de referencia. Esto es debido a la presión existente hacia la estandarización de los procesos, aspecto en el que el enfoque humanista no se puede encuadrar (Stankovskaya, 2024). Además, la formulación de caso en TFE ha generado controversia entre quienes consideran que cualquier práctica diagnóstica o conceptualizadora traiciona el espíritu rogeriano. La respuesta de Goldman et al. (2016) consiste en distinguir entre dos modos de formular; la formulación procesual, colaborativa y guiada por marcadores que practica la TFE, y el diagnóstico de personalidad propio del modelo médico, que sí entra en tensión con los pilares humanistas. Por otra parte, existe una complejidad formativa elevada, ya que la

identificación precisa de marcadores y la conducción técnica de tareas exigen un entrenamiento prolongado y supervisado por expertos que no siempre es accesible (Jódar Anchía y Caro García, 2023). Este conjunto de limitaciones subraya que la TFE es un modelo en evolución que debe seguir trabajando sobre cómo preservar su identidad humanista mientras que responde a las exigencias de la psicología científica contemporánea.

3.3. Debates actuales y vacío detectado.

La situación actual de las psicoterapias humanistas-experienciales mantiene los principios que históricamente constituyeron la identidad del humanismo; la centralidad del vínculo, las actitudes facilitadoras, la atención al presente experiencial o el valor del trabajo emocional profundo; pero estos han dejado de ser exclusivos de esta corriente para convertirse en un patrimonio compartido de la psicoterapia moderna (Fernández-Puig, 2024). Esto se ve reforzado por las neurociencias afectivas, que actualmente ofrecen una base biológica a procesos que el humanismo defendía desde la teoría, como el papel del vínculo en la regulación cerebral o el impacto de las intervenciones experienciales sobre el funcionamiento neuronal (Fernández-Puig, 2024).

Por otro lado, sigue existiendo una tensión con el modelo médico tradicional. Como describe Stankovskaya (2024); las psicoterapias humanistas-experienciales a pesar de acumular una evidencia equivalente a la de otros tratamientos reconocidos, mantienen una posición marginal en la mayoría de manuales y guías de referencia. En este contexto, la TFE emerge como alternativa visible y como una propuesta intermedia que ofrece un mayor grado de estructura y protocolización (Stankovskaya, 2024). No obstante, este reconocimiento plantea un debate sobre la compatibilidad entre el rigor empírico y los valores de la tradición humanista, cuestionando si la adaptación al modelo de ciencia basada en la evidencia enriquece o transforma la identidad esencial del enfoque.

Dentro de esta evolución, las investigaciones más recientes del modelo apuntan hacia un horizonte transdiagnóstico. La propuesta de Timulak y Keogh (2020) reorganiza los protocolos de la TFE alrededor de tres necesidades nucleares no satisfechas vinculadas a la soledad, la vergüenza y el miedo, permitiendo trabajar con una amplia variedad de síntomas sin perder la lógica experiencial (Fernández-Puig, 2024). Esto sitúa a la TFE en el centro de los debates y refuerza su capacidad de diálogo con otros desarrollos científicos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Fundamentos del humanismo clásico: visión de la persona, relación terapéutica, características de la intervención.

Uno de los primeros rasgos que define al humanismo es una concepción determinada del ser humano. Frente a la imagen del individuo gobernado por los impulsos o moldeado por las condiciones ambientales, la psicología humanista propone una visión del individuo como una totalidad organizada, que no se puede reducir a la suma de sus partes, y dotada de una orientación intrínseca hacia el desarrollo (Henaos Osorio, 2013). Esta concepción holística implica entender a la persona como una sola unidad, y no como un conjunto de funciones independientes.

Desde la perspectiva de Rogers, y la terapia centrada en la persona, esta orientación al desarrollo recibe el nombre de tendencia actualizante o realizadora, y se define como una predisposición innata del organismo a desarrollar sus potencialidades en un sentido constructivo, siempre que las condiciones del entorno no lo impidan (Martorell, 2008). No se trata de un simple impulso biológico que ejecuta de forma automática un plan genético (Van Balen, 1997); al contrario, esta tendencia representa una fuerza autodirigida y selectiva que actúa en una dirección positiva hacia una mayor integración y complejidad psicológica (Villegas, 1986). Esto se traduce en que el ser humano no depende del determinismo ambiental y genético, lo que le permite superar el peso de sus experiencias pasadas y cambiar de forma activa su conducta a medida que descubre nuevos significados. Asimismo, esta fuerza impulsa a la búsqueda constante de congruencia, lo que lleva al individuo a reajustar la imagen que tiene de sí mismo para que coincida plenamente con lo que experimenta en la realidad, un impulso que encuentra un claro paralelismo con la teoría de la autorrealización de Maslow (Van Balen, 1997; Villegas, 1986).

La Gestalt comparte esta confianza en las capacidades de la persona, pero la formula de forma diferente. Perls habla de autorregulación orgánica, entendida como la capacidad del organismo para percibir sus propias necesidades en el presente y buscar, en función de las circunstancias, la manera más adecuada de satisfacerlas (Henaos Osorio, 2013). En la práctica, la autorregulación orgánica es un ciclo continuo de intercambio dinámico con el entorno. Una necesidad insatisfecha abre una gestalt, lo que moviliza al sujeto a través del *awareness* o

“darse cuenta”, impulsándolo a activar su energía y ejecutar una acción concreta. Una vez satisfecha la demanda, la gestalt se cierra y el organismo retorna a su equilibrio, facilitando un ajuste creativo ante un entorno cambiante y promoviendo una adaptación saludable para el individuo y respetuosa con su medio social (Riveros Aedo, 2014). La diferencia de énfasis es significativa. La visión rogeriana pone el foco en una dirección de crecimiento sostenida en el tiempo; la visión gestáltica lo pone en el ciclo concreto de necesidad y satisfacción que se abre y se cierra momento a momento. Ambas coinciden en que la persona es un agente activo y responsable de su propio proceso (Corchado Vargas, 2016; Riveros Aedo, 2014).

La visión de la persona constituye uno de los pilares fundamentales del humanismo, siendo la relación terapéutica su herramienta principal. La aportación más reconocible de Rogers en este aspecto son tres condiciones que considera necesarias para que se produzca el cambio: la empatía, entendida como la comprensión del marco de referencia interno del cliente; la aceptación positiva incondicional, entendida como un aprecio no valorativo de la persona; y la congruencia o autenticidad del terapeuta consigo mismo y con la relación (Martorell, 2008). Para Rogers, el motor del cambio no reside en la técnica que el terapeuta aplica, sino en la calidad de la actitud de este. El peso recae sobre la persona del terapeuta más que sobre su repertorio de procedimientos (Martorell, 2008). Esta concepción tiene una consecuencia; si el cambio depende de unas actitudes y no de unas técnicas, la relación se convierte en un fin, el vínculo no es el contexto donde se aplica el tratamiento, sino que es el propio tratamiento. La Gestalt reafirma esta centralidad de la relación, aunque introduce un matiz. Perls concede importancia a la espontaneidad y a la implicación activa del terapeuta, que no se limita a acompañar el proceso, sino que interviene de manera más directa para favorecer el contacto y el darse cuenta (Corchado Vargas, 2016; Riveros Aedo, 2014). Esta diferencia marca dos estilos relacionales distintos dentro de un mismo paradigma, y resulta pertinente para entender de dónde procede la posición que la TFE adoptará más adelante.

En cuanto a cómo se desarrolla el trabajo en sesión, en la terapia centrada en la persona, la intervención se caracteriza por un estilo deliberadamente no directivo; el terapeuta confía plenamente en los recursos del cliente y, en coherencia con ello, evita emitir diagnósticos, ofrecer consejos o imponer directrices (Corchado Vargas, 2016; Van Balen, 1997). Por lo tanto, el peso del cambio no recae en las técnicas, sino en un encuentro humano y horizontal sostenido

por las tres actitudes esenciales del terapeuta (Martorell, 2008). En lugar de interpretar el discurso, se utiliza el reflejo como principal herramienta de comunicación, funcionando como un espejo que devuelve al paciente su propio mensaje para aportarle claridad. A través de este clima relacional, el proceso terapéutico se concibe como un movimiento gradual del cliente, que avanza desde una vivencia rígida y distante de su experiencia hasta un funcionamiento más fluido en el que reconoce sus emociones como propias y es capaz de autodirigirse. Rogers describió este recorrido como un tránsito de la estructura rígida a la estructura cambiante (Corchado Vargas, 2016; Martorell, 2008; Van Balen, 1997).

La Gestalt comparte esta orientación hacia la experiencia, pero la concreta en un trabajo metodológicamente más activo. Su intervención se asienta en dos conceptos nucleares: el aquí y ahora, es decir, la atención centrada en el presente de la sesión, donde los conflictos pasados se actualizan a través de la dramatización, y el *awareness* o darse cuenta, entendido como el contacto natural y espontáneo con las emociones y las necesidades del momento (Corchado Vargas, 2016; Riveros Aedo, 2014). Este proceso rechaza las interpretaciones externas y exige al cliente apropiarse de su lenguaje para asumir la responsabilidad de sus decisiones; cambiando el lenguaje impersonal por el personal, traduciendo los “no puedo” por “no quiero” y evitando los por qué o los peros, evitando la intelectualización y desconexión emocional (Corchado Vargas, 2016). A diferencia del estilo no directivo de Rogers, la Gestalt incorpora propuestas y experimentos que el terapeuta introduce de forma deliberada para ampliar el darse cuenta del cliente, transformando la tendencia conversacional de “hablar acerca de” algo en la acción directa de “hablarle a” ese elemento. Esta tensión interna del humanismo clásico; un polo más no directivo en Rogers y un polo más activo y experimental en la Gestalt, constituye el espacio dentro del cual surgirá la propuesta de Greenberg, quien integrará las técnicas de Perls con las actitudes facilitadoras rogerianas (Jódar Anchía y Caro García, 2023). En conjunto, el humanismo clásico ofrece un modelo coherente; una visión de la persona como totalidad orientada al crecimiento, una relación terapéutica entendida como el factor curativo principal y una intervención centrada en la experiencia. Sin embargo, esta firmeza teórica coexistía con una falta de estructura metodológica, y será justamente en esa falta de sistematización donde la TFE pondrá el foco para introducir sus cambios.

4.2.Fundamentos de la TFE: conceptos clave y bases, técnicas y tareas específicas

La TFE puede entenderse como un intento de conservar la visión humanista de la persona y de la relación, dotándola al mismo tiempo de un modelo explicativo del cambio más preciso y de una intervención más sistematizada.

El primer concepto es el de esquema emocional, que constituye la unidad explicativa central del modelo. Un esquema emocional es una estructura interna implícita que integra elementos sensoriales, corporales, afectivos, cognitivos y motivacionales, y que se activa de forma rápida y automática para generar la sensación sentida y provocar la tendencia a la acción (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015). La TFE sostiene que estos esquemas son la fuente primaria de la experiencia y que constituyen la base del *self*. No son accesibles directamente a la conciencia, pero se manifiestan a través de la experiencia que producen y pueden, por tanto, ser explorados y simbolizados mediante la atención y la reflexión (Greenberg et al., 2015). Esto es lo que permite a Greenberg articular una teoría del cambio; si la dificultad reside en esquemas emocionales que operan fuera del darse cuenta, el objetivo terapéutico no es modificar las creencias del cliente, sino facilitar el acceso a esas estructuras para poder transformarlas (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015).

El segundo concepto clave es la propia emoción. La TFE concibe la emoción como un sistema innato, biológicamente arraigado y fundamentalmente adaptativo que ha evolucionado para orientar a la persona en relación con sus necesidades esenciales (Greenberg et al., 2015). De esta premisa se deriva una distinción de gran valor clínico; no todas las emociones cumplen la misma función ni requieren el mismo abordaje. El modelo diferencia entre; emociones primarias adaptativas, que son las reacciones iniciales directas y funcionalmente apropiadas ante una situación; al ser respuestas útiles aportan información orientativa sobre las necesidades del sujeto, y la intervención se centra en acceder a ellas para aprovechar su potencial guía (Greenberg, 2010). Las emociones primarias desadaptativas, se refieren a sentimientos antiguos, dolorosos y familiares que se repiten de forma crónica sin generar cambios. Estos patrones ya no resultan funcionalmente útiles en el presente, por lo que la terapia debe activarlos y regularlos con el fin de transformarlos (Greenberg, 2010). Emociones secundarias reactivas, son respuestas dirigidas hacia los propios pensamientos o sentimientos, dado que estas reacciones tienden a encubrir u oscurecer la emoción original, la estrategia

clínica consiste en explorarlas y reducirlas para poder acceder a los generadores primarios que subyacen a ellas (Greenberg, 2010). Por último, emociones instrumentales, son aquellas expresiones emocionales utilizadas, de forma más o menos consciente, con el propósito de influir en los demás o lograr un objetivo interpersonal. Al igual que las anteriores, requieren una identificación clara para comprender la función comunicativa que cumplen en el sistema relacional del individuo (Goldman et al., 2016; Greenberg, 2010). Esta clasificación es la herramienta que permite a la TFE convertir el trabajo emocional en un proceso diferenciado y orientado.

El cambio terapéutico, en la TFE, se entiende como la transformación de los esquemas emocionales desadaptativos, y esa transformación no se logra por vía cognitiva, sino accediendo en sesión a emociones adaptativas capaces de reorganizar la experiencia previa (Greenberg, 2010). El razonamiento no es suficiente, una emoción desadaptativa solo puede ser transformada si se activa al mismo tiempo una emoción adaptativa incompatible y más fuerte (Greenberg, 2004). Esto no opone emoción y cognición, sino que las concibe como dimensiones inseparables de un mismo proceso de construcción de significado (Greenberg, 2010). El modelo trabaja la profundidad afectiva, pero la integra con la reflexión y con la elaboración narrativa de lo vivido, evitando así reducir la riqueza de la experiencia emocional a un análisis puramente racional (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015). Teniendo en cuenta estas bases conceptuales, el tratamiento se ordena en tres grandes fases; una primera de vinculación y de toma de conciencia emocional, en la que se construye la alianza y se identifica el foco; una segunda de evocación y exploración de los esquemas emocionales desadaptativos nucleares; y una tercera de transformación, en la que se generan emociones adaptativas alternativas y se elabora un nuevo significado narrativo de la experiencia (Goldman et al., 2016).

Dentro de estas tres fases, el cambio se operativiza facilitando cinco procesos experienciales fundamentales; la toma de conciencia, orientada a identificar sensaciones corporales y nombrar las necesidades; la expresión de afectos bloqueados, que busca liberar las emociones primarias reprimidas; la regulación de estados desbordantes o desadaptativos, necesaria para aprender a tolerar, distanciar y calmar el dolor; la reflexión cognitiva, para procesar y dar sentido a la experiencia, reestructurando la narrativa del self; la transformación mediante emociones

alternativas, para sustituir el esquema disfuncional anterior. A estos cinco procesos, se añade la experiencia emocional correctiva, basada en un vínculo seguro que ayuda a desconfirmar los miedos del paciente. En la práctica, el terapeuta combina la empatía rogeriana con la guía gestáltica, utilizando los marcadores en sesión para proponer tareas que permitan acceder al dolor nuclear y transformarlo a través de emociones sanas (Greenberg, 2004; Greenberg et al., 2015).

Uno de los rasgos más distintivos de la TFE en la práctica clínica es su carácter de modelo guiado por marcadores. Un marcador es una señal observable en el discurso o la conducta del cliente que indica que un determinado tipo de procesamiento emocional problemático está activado en ese momento y que, por tanto, es receptivo a una intervención específica (Elliott y Greenberg, 2007; Greenberg et al., 2015). El terapeuta, atento a estos marcadores, ofrece en cada caso la tarea que mejor se ajusta al estado del cliente. Esta lógica no convierte la terapia en la aplicación mecánica de un protocolo, los marcadores no se imponen, se reconocen; es el propio cliente quien, con lo que trae a la sesión, indica la dirección del trabajo (Elliott y Greenberg, 2007; Goldman et al., 2016; Greenberg et al., 2015). Estas tareas se agrupan según el tipo de procesamiento que facilitan y la dificultad específica a la que responden (Goldman et al., 2016; Jódar Anchía y Caro García, 2023).

Por un lado, las tareas de experienciación se centran en el enfoque corporal para ayudar al paciente a acceder a su mundo interno cuando le cuesta conectar con su vivencia o simbolizarla. Dentro de esta categoría, el *focusing* responde al marcador de una sensación sentida poco clara, guiando al sujeto a atender sus reacciones corporales con curiosidad hasta poder ponerlas en palabras (Greenberg, 2010), mientras que la técnica de despejar un espacio interviene ante bloqueos o desbordamientos para establecer una distancia prudente con el problema y elegir un foco viable (Goldman et al., 2016; Greenberg et al., 2015; Jódar Anchía y Caro García, 2023).

Por otro lado, las tareas enactivas recurren a la representación y la dramatización para abordar los conflictos internos e interpersonales, transformando la tendencia puramente conversacional de “hablar acerca de” algo en la acción directa de “hablarle a” ese elemento de forma viva (Greenberg et al., 2015; Jódar Anchía y Caro García, 2023). Aquí se incluye el trabajo con las

dos sillas para escisiones autoevaluativas, donde se pone en contacto la voz autocrítica con la parte que se siente debilitada (Greenberg, 2010); la representación de las dos sillas para escisiones auto-interruptoras, orientada a que el paciente tome conciencia de cómo bloquea activamente su propia expresión emocional (Goldman et al., 2016); y el trabajo con la silla vacía, reservado para resolver asuntos inacabados o sentimientos persistentes y dolorosos hacia un otro significativo (Elliott y Greenberg, 2017).

Asimismo, el repertorio técnico incluye las tareas de reprocesamiento, que son un conjunto de intervenciones procesual-experienciales diseñadas para ayudar al paciente a integrar y dar sentido a experiencias afectivas confusas, traumáticas o que rompen sus esquemas de creencias (Goldman et al., 2016; Greenberg, 2010). Este bloque incluye el despliegue evocador sistemático ante reacciones problemáticas, entendidas como el desconcierto del cliente ante su propia respuesta afectiva (Greenberg, 2010); la re-narración del trauma ante un marcador narrativo, entendido como una presión interna por relatar un evento difícil, y el trabajo de significación ante la protesta de significado que se da cuando un suceso vital rompe las creencias fundamentales del sujeto (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg et al., 2015).

Por su parte, las tareas basadas en la empatía emplean la sintonización relacional como herramienta para el cambio con el fin de restaurar la identidad. Se dividen en la exploración general empática ante vivencias significativas pero confusas (Goldman et al., 2016), y la afirmación empática de la vulnerabilidad, que normaliza la fragilidad o la vergüenza para fortalecer el self (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015).

Finalmente, las tareas relacionales y de regulación gestionan el vínculo y el afecto en el aquí y ahora; comprenden la formación de la alianza, el diálogo en torno a la alianza para reparar de forma conjunta las rupturas o evitaciones en la sesión (Goldman et al., 2016), y el autoconsuelo transformador, que activa dinámicas de autocompasión cuando el paciente entra en un estado de dolor nuclear desesperanzado (Greenberg et al., 2015; Jódar Anchía y Caro García, 2023).

La genealogía de estas tareas demuestra la relación de la TFE con sus antecedentes. El diálogo de dos sillas y el trabajo con la silla vacía proceden directamente de la tradición gestáltica, mientras que el *focusing* tiene su origen en los desarrollos de Gendlin a partir de la obra de

Rogers (Van Balen, 1997). La TFE no inventa un instrumental enteramente nuevo, sino que recoge técnicas ya existentes en el humanismo y las reubica dentro de un marco teórico distinto, el de los esquemas emocionales, que les proporciona una fundamentación más precisa y las hace susceptibles de investigación sistemática (Jódar Anchía y Caro García, 2023). Esta operación; mantener la técnica heredada, pero dotarla de una nueva base explicativa, es uno de los puntos donde mejor se aprecia la naturaleza de la TFE como modelo de continuidad y, a la vez, de transformación respecto a sus orígenes.

Esta dimensión conlleva una determinada posición del terapeuta. A diferencia del estilo no directivo de Rogers, el terapeuta de la TFE asume una directividad mayor, aunque selectiva dirige el proceso, ya que decide qué tarea proponer y cuándo, pero sin dirigir el contenido, que sigue perteneciendo al cliente. El profesional es experto en el proceso, mientras que el cliente sigue siendo el experto en el contenido de su propia vida (Goldman et al., 2016). El propio modelo reconoce la tensión que esta posición genera y la formula mediante la imagen de una danza sinérgica entre seguir al cliente y guiar el proceso, en la que la relación debe tener siempre prioridad sobre la tarea (Greenberg et al., 2015).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Este conjunto de variables, expuestas en el estado de la cuestión y el marco teórico, hace posible identificar el vacío que justifica este Trabajo de Fin de Grado. Aunque la literatura coincide en que la TFE pertenece al paradigma humanista-experiencial y conserva principios clásicos como la empatía o la congruencia, no analiza qué se gana y qué se pierde al introducir tal nivel de estructuración. Escasean los trabajos que examinen de forma crítica qué elementos del humanismo clásico se mantienen intactos, cuáles se transforman al incorporarlos a una estructura de marcadores y tareas, y cuáles se diluyen o desaparecen.

Esta carencia se concreta en dos dimensiones que este trabajo pretende cubrir. En primer lugar, la ausencia de una comparación directa entre la TFE y los modelos humanistas clásicos (principalmente Rogers y Gestalt) centrada en torno a la visión de la persona, el rol del terapeuta, el lugar de la emoción, la directividad y la técnica. En segundo lugar, la falta de un análisis concreto sobre las posibles pérdidas asociadas a la mayor protocolización, que la literatura tiende a presentar como una ganancia pura. El presente trabajo se propone, por tanto,

analizar esta tensión entre continuidad y ruptura para determinar el impacto real de la actualización del paradigma humanista. Resolver esta tensión no es solo una cuestión teórica, sino una pregunta práctica para cualquier profesional que se forme en TFE y quiera comprender hasta qué punto sigue trabajando dentro del paradigma humanista.

5.1. Antes y después de la TFE; cambios y continuidades en la esencia humanista; visión de la persona, rol del terapeuta, papel de la emoción, grado de directividad, relación terapéutica y técnicas usadas en sesión.

Respecto a la visión de la persona, se muestra una continuidad entre el humanismo clásico y la TFE. La concepción humanista del ser humano como un sistema global que trasciende la simple suma de sus partes y orientada hacia el desarrollo (Davidson, 2004; Henao Osorio, 2013; Martorell, 2008), se mantiene en la TFE sin modificaciones relevantes. Tanto en la formulación rogeriana de la tendencia actualizante como en la formulación gestáltica de la autorregulación orgánsmica, la persona aparece como agente activo de su propio proceso, no como objeto de la intervención experta. La TFE asume esta visión y la completa con un modelo explicativo sobre qué bloquea ese desarrollo y sobre cómo puede facilitarse de forma activa.

El esquema emocional, definido dentro de la TFE, es el concepto que cumple esa función explicativa. Cuando un esquema se ha formado a partir de aprendizajes en situaciones complejas o cuando algunos de sus elementos permanecen fuera del darse cuenta consciente, la tendencia natural al desarrollo encuentra dificultades que el sujeto no puede resolver únicamente por la confianza en sus propios recursos. Por lo tanto, la TFE añade una explicación, un porqué en ocasiones esa confianza no es suficiente para que la tendencia al desarrollo pueda darse de forma plena. Esto puede entenderse como una continuidad del modelo, pero ampliada; conserva la fe en las capacidades de la persona, pero ofrece una teoría sobre por qué esas capacidades pueden no ser suficientes y cómo facilitar su despliegue. De este modo, la TFE logra dar respuesta a la crítica de Rollo May sobre la incapacidad del humanismo tradicional para abordar las dimensiones más conflictivas y dolorosas de la experiencia humana (Martorell, 2008). Al introducir el trabajo con vivencias complejas como la vergüenza nuclear, el miedo crónico o la rabia desadaptativa, el modelo demuestra que es posible incorporar el sufrimiento dentro del paradigma sin renunciar a la confianza en la persona (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015).

En referencia al papel de la emoción, para el humanismo clásico, la emoción aparece como un componente central de la experiencia que el cliente debe poder reconocer, expresar y simbolizar para avanzar en el proceso, pero no ofrece un modelo explicativo de cómo se organiza ese trabajo (Corchado Vargas, 2016; Riveros Aedo, 2014). La TFE, en cambio, sitúa a la emoción en el centro de su teoría. La define como un sistema innato, biológicamente arraigado y principalmente adaptativo (Greenberg et al., 2015). Diferencia tipos de respuestas emocionales, así como las implicaciones clínicas para cada una y propone un principio: cambiar la emoción con la emoción mediante la activación de respuestas adaptativas incompatibles con las desadaptativas (Greenberg, 2010, 2023).

Esta teoría transforma la base del humanismo clásico. Mientras Rogers describía un proceso experiencial sin diferenciar entre tipos de emociones, la TFE crea una clasificación con valor clínico. Asimismo, Perls invitaba al darse cuenta sin un modelo sistemático y la TFE ha conseguido explicar por qué emociones concretas son resistentes al razonamiento y por qué su transformación requiere activarlas en sesión (Greenberg, 2010; Greenberg et al., 2015). La continuidad en este aspecto se trata de mantener la emoción como material de trabajo terapéutico y la transformación que hace la TFE es convertir esa centralidad en una teoría con respaldo científico (Fernández-Puig, 2024; Jódar Anchía y Caro García, 2023).

La centralidad de la relación se mantiene íntegra. Las tres condiciones que propuso Rogers: empatía, congruencia y aceptación incondicional, siguen siendo la base sobre la que se construye el trabajo terapéutico en la TFE (Greenberg, 2010; Van Balen, 1997). La principal diferencia es que el humanismo clásico consideraba estas condiciones necesarias y suficientes para el cambio (Rogers, 1957), mientras que la TFE las considera necesarias pero no suficientes, entendiéndolas como el pilar sobre el que se estructura el trabajo emocional específico (Greenberg, 2010).

Esta reformulación no reduce la importancia del vínculo, sino que la integra en un modelo más amplio. La evidencia de Nødtvedt et al. (2019) muestra que el vínculo de confianza y la autenticidad del terapeuta son condiciones previas imprescindibles para que el cliente pueda comprometerse con las intervenciones más activas. Sin ese vínculo, las tareas técnicas no funcionarían igual. En este aspecto, la TFE aporta un trabajo emocional específico que la propia relación terapéutica se encarga de respaldar. Para articular esta dualidad, el modelo propone la

metáfora de una danza sinérgica entre seguir y guiar al cliente; sin embargo, establece claramente que si se produce una ruptura en la alianza mientras se trabaja en una tarea concreta, siempre se debe dar prioridad a reparar la relación, ya que el vínculo es más importante que el propio procedimiento técnico (Greenberg et al., 2015).

El rol del terapeuta en la TFE presenta un cambio significativo respecto al humanismo clásico. En la terapia centrada en la persona, Rogers planteaba que la función del terapeuta era acompañar el proceso del cliente sin imponer una dirección (Van Balen, 1997). En la Gestalt, Perls introducía una mayor implicación activa, pero no formulaba un repertorio de intervenciones específicas (Corchado Vargas, 2016). La TFE redefine el rol del terapeuta, lo sitúa como un experto en el proceso, pero no en el contenido (Goldman et al., 2016). Es decir, el profesional decide qué tarea proponer y en qué momento del proceso, pero no determina qué debe sentir, pensar o concluir el cliente sobre su propia vida.

Esta distinción demuestra que la autoridad del propio cliente sobre el contenido de su experiencia, que era y es uno de los pilares fundamentales del humanismo, se conserva en la TFE. Lo que cambia es que el terapeuta asume más responsabilidad técnica ya que elige las intervenciones más oportunas en cada momento. De tal forma que el cliente sigue siendo el experto en su vida, pero el terapeuta se profesionaliza asumiendo decisiones técnicas que el humanismo clásico delegaba en la espontaneidad del proceso (Goldman et al., 2016; Jódar Anchía y Caro García, 2023). Esta redefinición es percibida por algunos sectores como una pérdida de la esencia humanista, mientras que otros lo ven como una maduración del rol del profesional. La literatura no establece que una forma de trabajar sea más humanista que la otra, ambas son compatibles con el paradigma (Stankovskaya, 2024).

En relación con este aspecto, el grado de directividad es uno de los puntos de mayor diferencia de la TFE respecto al humanismo clásico. La postura de no directividad de Rogers reflejaba su confianza en los recursos del cliente y el rechazo a cualquier asimetría en la relación que pudiera limitar su autonomía y agencia (Corchado Vargas, 2016; Van Balen, 1997). La TFE modifica esta propuesta al introducir una directividad selectiva guiada por marcadores. El propio modelo reconoce la tensión y la metaforiza a través del concepto de danza sinérgica entre seguir al cliente y guiar en el proceso (Greenberg et al., 2015). La evidencia empírica

muestra que la vivencia de esta tensión depende de cada persona; hay clientes que perciben la directividad de la TFE de forma liberadora, ya que sienten que el terapeuta sabe a dónde ir y eso reduce su ansiedad, mientras que otros interpretan que la propuesta de tareas llega demasiado pronto, interpretando esto como una aceleración en un proceso que aún requiere más tiempo para la empatía (Nødtvedt et al., 2019). La conclusión que puede extraerse de esto es que la directividad selectiva no es ni un acierto ni un error, sino que dependerá del encaje con el paciente y el momento del proceso.

Por lo tanto, en el grado de directividad existe una modificación real respecto del humanismo clásico. La pérdida de la no directividad completa de Rogers se compensa con la capacidad de ofrecer ayuda concreta a clientes que en un marco estrictamente no directivo podrían no sentirse cómodos (Nødtvedt et al., 2019). La balanza entre lo que se gana y se pierde no es clara, y genera uno de los debates internos del paradigma humanista actual (Stankovskaya, 2024).

Por último, respecto a las técnicas e instrumentos, las tareas que identifican a la TFE como, el diálogo de las dos sillas, la silla vacía o el *focusing*, no son creación de Greenberg, sino que son técnicas que ya tenía el paradigma humanista. Las dos primeras proceden directamente de la Gestalt, mientras que el *focusing* tiene su origen en los desarrollos de Gendlin a partir de la obra de Rogers (Van Balen, 1997). La aportación de la TFE no reside en haber creado nuevas herramientas, sino en haber convertido un conjunto de procedimientos en un sistema clínico. Ha reorganizado las técnicas dentro del marco de los esquemas emocionales y del principio de cambiar la emoción con la emoción, lo que les confiere una fundamentación precisa y las hace susceptibles de investigación sistemática (Goldman et al., 2016; Jódar Anchía y Caro García, 2023). Lo que cambia es la relación del terapeuta con sus herramientas. Mientras que en el humanismo clásico la eficacia de las técnicas dependía de la intuición y la sensibilidad clínica del profesional, la TFE integra esa sensibilidad en un marco estructurado. Mediante un sistema de marcadores, la TFE proporciona un mapa que define el objetivo de cada tarea, reduciendo así la arbitrariedad sin sustituir el juicio del terapeuta (Goldman et al., 2016; Jódar Anchía y Caro García, 2023). Al dar un fundamento teórico a las técnicas tradicionales, la TFE consigue que se conviertan en científicamente investigables, permitiendo evaluar de forma empírica la eficacia de diferentes tareas específicas (Fernández-Puig, 2024; Greenberg, 2010, 2023).

Por lo tanto, la TFE integra las herramientas humanistas en un marco estructurado que facilita tanto su enseñanza a nuevos profesionales como su validación científica. No rompe con el humanismo clásico, sino que lo toma como punto de partida y le da una arquitectura conceptual y empírica, para adaptarlo a las exigencias del panorama psicoterapéutico contemporáneo, construyendo un marco que sus predecesores no llegaron a desarrollar (ver Anexo 7.3).

5.2. Qué se mantiene, qué se modifica y qué se pierde

Teniendo en cuenta los puntos analizados previamente, la TFE realiza una transformación interna del humanismo; una reorganización del paradigma desde dentro (ver Anexo 7.4).

Se mantienen cuatro elementos centrales del humanismo clásico. Primero, la visión de la persona como totalidad orientada al desarrollo y como agente activo de su proceso (Henao Osorio, 2013). Segundo, las condiciones relacionales rogerianas como base indispensable del trabajo terapéutico (Greenberg, 2010; Van Balen, 1997). Tercero, la autoridad del cliente sobre el contenido de su propia experiencia (Goldman et al., 2016). Cuarto, la primacía de la relación sobre la técnica cuando ambas entran en conflicto (Greenberg et al., 2015).

Se modifican; el estatuto de las condiciones rogerianas, que pasan de necesarias y suficientes a necesarias pero no suficientes (Greenberg, 2010). El rol del terapeuta, que se profesionaliza técnicamente sin invadir la autoridad del cliente sobre el contenido (Goldman et al., 2016) y la concepción del proceso de cambio, que deja de entenderse como despliegue espontáneo de las potencialidades para incluir una intervención activa sobre esquemas emocionales que no permiten ese despliegue (Greenberg, 2010, 2023). Estas modificaciones no contradicen el humanismo clásico, pero sí lo amplían en una dirección que sus formulaciones originales no contemplaban.

Se pierde, la no directividad como principio absoluto. A diferencia del modelo de Rogers, la TFE utiliza una directividad selectiva. Esto significa que el terapeuta guía el proceso en momentos concretos, aunque siempre poniendo la relación con el paciente en primer lugar (Greenberg et al., 2015; Nødtvedt et al., 2019). Se pierde el principio en su formulación estricta, no la posición no directiva como tal. En la mayor parte del trabajo, el terapeuta de la TFE sigue al cliente; lo que cambia es que, en momentos específicos, concretamente cuando aparecen marcadores claros, propone una tarea concreta. Determinar si lo que se pierde se compensa con los beneficios que la TFE aporta en otras áreas es una decisión que cada profesional debe

valorar según su propio criterio clínico, ya que los estudios disponibles no permiten cerrar este debate de forma clara (Stankovskaya, 2024).

5.3. Aportaciones de la TFE al modelo humanista

En primer lugar, la TFE introduce una estructura organizada de la que carecían los modelos humanistas tradicionales. La TFE organiza el tratamiento en tres fases con objetivos diferenciados; vinculación y conciencia emocional, evocación de esquemas desadaptativos, transformación y construcción de un nuevo significado narrativo (Goldman et al., 2016), y articula la intervención mediante un sistema de marcadores que orienta al terapeuta sobre qué hacer en cada momento (Elliott y Greenberg, 2007; Greenberg et al., 2015). Esta estructura responde directamente a la crítica histórica al humanismo sobre la dificultad de transmitir el modelo a nuevos terapeutas y de evaluar sus resultados, derivada de la ausencia de protocolos replicables (Corchado Vargas, 2016; Villegas, 1986).

Dicha estructura no convierte a la TFE en un modelo manualizado al estilo de la terapia cognitivo-conductual. Los marcadores no se imponen, se reconocen, y la elección de tareas depende siempre de lo que el cliente trae a la sesión (Goldman et al., 2016). Al estructurar el proceso sin caer en un protocolo médico rígido, la TFE ha logrado entrar en manuales clínicos donde el humanismo clásico no había conseguido integrarse. La clave es que mantiene la esencia del paradigma, pero en un formato comunicable y evaluable que el modelo médico dominante puede aceptar (Stankovskaya, 2024).

El segundo aporte es la sistematización del trabajo con la emoción. El valor de la TFE reside en posicionar las técnicas tradicionales dentro de una teoría coherente que especifica el propósito de cada una y el momento exacto en que están indicadas (Jódar Anchía y Caro García, 2023). De este modo, la clasificación de los procedimientos en cinco familias de tareas según el tipo de marcador; empáticas, relacionales, de experienciación, de reprocesamiento y enactivas, logra construir un repertorio clínico organizado (Goldman et al., 2016).

Esta organización tiene una consecuencia clínica. En los modelos tradicionales no estructurados, el éxito de la intervención dependía casi por completo de la intuición del psicólogo, lo que dificultaba la formación y generaba mucha variabilidad entre profesionales. La propuesta de la TFE ofrece un mapa que reduce la arbitrariedad. Esto explica el esfuerzo

formativo que requiere este enfoque y por qué su aprendizaje exige una supervisión prolongada por parte de expertos (Jódar Anchía y Caro García, 2023).

La tercera aportación es la de mayor alcance institucional. Mientras que la evidencia empírica sobre la terapia Gestalt sigue siendo preliminar y escasa, aunque los estudios disponibles la sitúan como comparable a la terapia cognitivo-conductual y a otras psicoterapias, sobre todo en formato grupal (Raffagnino, 2019), la TFE es el enfoque humanista que ha generado el mayor volumen de investigación empírica controlada hasta la fecha (Fernández-Puig, 2024). Las investigaciones respaldan este enfoque como una práctica basada en la evidencia. Los estudios confirman que estas terapias consiguen resultados equiparables a los de la terapia cognitivo-conductual (Angus et al., 2015; Fernández-Puig, 2024). No obstante, como reconocen Elliott y Greenberg (2017), gran parte de la evidencia proviene de equipos vinculados al propio modelo, lo que abre el debate sobre el sesgo de lealtad. Además, siguen existiendo fallos metodológicos y los efectos disminuyen con el tiempo, por lo que mantener los cambios a largo plazo sigue siendo un reto pendiente (Duffy et al., 2024).

El cambio metodológico de la TFE es decisivo: pasa de los estudios tradicionales sin grupo control a ensayos clínicos de máxima exigencia (Fernández-Puig, 2024). Esta transición permite al enfoque humanista integrarse en la comunidad científica actual.

5.4. Implicaciones en la práctica profesional

Las transformaciones tienen consecuencias para quienes ejercen o se forman en el enfoque humanista. En primer lugar, la formación humanista actual no puede ser puramente actitudinal. Anteriormente, la formación de un terapeuta humanista se basaba en el cultivo de las actitudes facilitadoras. Aunque la TFE no abandona esta base, exige además una formación técnica específica en el reconocimiento de marcadores y en la conducción de tareas específicas (Jódar Anchía y Caro García, 2023). La formación en TFE exige un doble enfoque; cultivar la presencia y dominar las técnicas bajo supervisión experta. El modelo solo funciona cuando ambas dimensiones se complementan, ya que ninguna es suficiente por sí sola.

En segundo lugar, la TFE amplía el alcance del paradigma al aportar herramientas para cuadros complejos donde el humanismo clásico era insuficiente. El trabajo sistemático con emociones desadaptativas permite abordar dolores profundos que la pura no-directividad no lograba resolver. Aunque no supone una solución definitiva y demanda estudios adicionales en

poblaciones diversas (Fernández-Puig, 2024), representa una mejora cualitativa en el repertorio clínico del terapeuta. Relacionado con esto, la no directividad deja de ser una regla y se convierte en una decisión clínica basada en las necesidades de cada paciente en cada momento. Apoyado por el estudio de Nødtvedt et al. (2019), este enfoque exige que el terapeuta haga una lectura clínica precisa y tenga la flexibilidad necesaria para adaptar su estilo en consulta, en lugar de aplicar de forma rígida una postura doctrinaria.

En tercer lugar, la TFE ha facilitado la integración del enfoque humanista en la sanidad pública, superando su tradicional exclusión de los manuales y guías clínicas (Stankovskaya, 2024). Al ofrecer una estructura clara, marcadores y base empírica, el modelo de Greenberg se adapta mejor a las exigencias y necesidades de comunicabilidad del sistema sanitario actual que los enfoques clásicos.

Por último, este enfoque vuelve indispensables la supervisión, la formación continua y la terapia personal del terapeuta. Al emplear técnicas que pueden resultar disruptivas si se aplican a destiempo, el juicio clínico del profesional resulta muy decisivo. Esto refuerza la importancia de la supervisión y de la formación continua, así como de la propia psicoterapia personal del terapeuta. La tradición humanista ya valoraba la formación experiencial del terapeuta, pero la TFE la convierte en un pilar fundamental.

5.5.Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación

El presente trabajo presenta una serie de limitaciones que conviene reconocer. La primera es el alcance del análisis; la comparación se ha centrado en seis variables delimitadas (visión de la persona, rol del terapeuta, papel de la emoción, grado de directividad, relación terapéutica y técnicas empleadas), lo que ha permitido profundizar en cada una de ellas, pero deja fuera otras potencialmente relevantes, como el trabajo con la dimensión corporal o la integración con la perspectiva de género. La segunda limitación es que la comparación se ha establecido principalmente entre la TFE y dos referentes clásicos del humanismo, Rogers y Perls, dejando en un segundo plano otros desarrollos del paradigma humanista-experiencial, como el *focusing* de Gendlin o el análisis existencial, que podrían enriquecer el contraste. En tercer lugar, la voz del cliente, esencial en el humanismo, no es objeto de estudio directo en el trabajo, sino que se aborda de forma indirecta mediante algunos de los textos revisados. Finalmente, las

conclusiones alcanzadas son puramente teóricas y comparativas, por lo que su traducción a la práctica clínica del día a día requeriría un estudio aplicado posterior.

A partir de estas limitaciones se abren futuras líneas de investigación. Resultaría interesante desarrollar estudios que evalúen de forma directa cómo perciben los propios terapeutas humanistas la tensión entre la estructura de la TFE y los valores del enfoque clásico. Asimismo, sería valioso ampliar la investigación hacia poblaciones más diversas y cuadros psicopatológicos más complejos, una carencia ya señalada en la literatura revisada. Por último, futuras investigaciones podrían aplicar un método sistemático para medir de forma más objetiva y precisa qué elementos conserva el modelo y cuáles ha cambiado respecto a su origen.

5.6. Conclusiones

La revisión realizada permite dar respuesta a los tres objetivos formulados al inicio del trabajo. En cuanto al primero, conocer cómo ha cambiado la esencia humanista tras la aparición de la TFE, qué se ha perdido y qué se ha ganado, la principal conclusión es que el modelo de Greenberg no supone una ruptura con el paradigma humanista, pero tampoco una prolongación sin cambios. Representa una transformación interna que conserva los pilares esenciales del modelo y, al mismo tiempo, le añade elementos que el humanismo clásico nunca llegó a desarrollar.

En relación con el segundo objetivo, comparar los modelos humanistas clásicos con la propuesta de Greenberg, el balance comparativo de las seis variables analizadas permite afirmar que cuatro elementos centrales del humanismo se mantienen intactos en la TFE; la visión de la persona, las condiciones relacionales rogerianas como base del trabajo, la autoridad del cliente sobre su propia experiencia y la primacía de la relación sobre la técnica. Tres elementos se modifican; el estatuto de las condiciones relacionales, el rol del terapeuta y la concepción del proceso de cambio. Solo uno se pierde en sentido estricto, y es la no directividad como principio absoluto, que se sustituye por una directividad selectiva, siempre priorizando al vínculo.

Las aportaciones de la TFE al paradigma humanista son tres. En el plano estructural, ofrece una organización del proceso por fases y un sistema de marcadores que resuelven la dificultad del humanismo para transmitir el modelo y evaluar sus resultados. En el plano técnico,

sistematiza un repertorio de tareas que existían dentro del paradigma pero que carecían de fundamentación teórica. Y en el plano empírico, introduce al humanismo en el ámbito de la evidencia científica, un espacio en el que el modelo clásico no había logrado participar.

Estas transformaciones tienen consecuencias prácticas que ya se han descrito en detalle; la formación humanista actual no puede ser únicamente actitudinal, la práctica clínica amplía su repertorio para cuadros complejos, la inserción institucional del enfoque se vuelve más viable y la directividad pasa a ser una decisión clínica, respaldada por una supervisión y una formación experiencial más exigentes. Trabajar desde la TFE supone hacerlo desde un humanismo que reconoce y asume la complejidad propia de su modelo de trabajo.

El análisis que se haga depende de qué se considere esencial en el humanismo. Si la esencia se identifica con la no directividad estricta y con la confianza absoluta en la espontaneidad del proceso, la TFE supone una pérdida. Si la esencia se identifica con la visión de la persona como agente activo, con la centralidad de la relación, con la primacía del vínculo sobre la técnica y con la autoridad del cliente sobre el contenido de su vida, la TFE supone una continuidad ampliada y mejorada.

En cuanto al tercer objetivo; decidir si la actualización del paradigma humanista a través de la TFE confirma o replantea mi interés en dedicarme profesionalmente a este enfoque, la revisión hecha me ha permitido responder con argumentos. La TFE ofrece un marco que conserva los valores que originalmente me atrajeron al humanismo; la visión de la persona, la importancia del vínculo, la confianza en el cliente como protagonista de su proceso y, al mismo tiempo, dota al profesional de una estructura, una técnica y una base empírica que facilitan tanto la formación como el ejercicio en contextos institucionales. Tras lo analizado, el dilema sobre si un modelo estructurado implica renunciar al humanismo, queda resuelto; la estructura no reemplaza la presencia del terapeuta, sino que le sirve de soporte y la fundamenta.

Como conclusión de mayor alcance, este análisis demuestra que la aparente incompatibilidad entre el rigor científico y la profundidad experiencial y humanista constituye una falsa creencia dentro de la psicología contemporánea. La evolución del humanismo clásico hasta la TFE demuestra que es posible usar técnicas respaldadas por la ciencia y la investigación y, al mismo tiempo, mantener el foco en la persona y en la relación terapéutica cercana y profunda.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 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>
- Corchado Vargas, Á. (2016). *La psicología humanista: Una aproximación teórica y experiencial*. Obra independiente.
https://www.researchgate.net/publication/372649160_La_Psicologia_Humanista
- Davidson, L. (2004). Fundamentos filosóficos del psicólogo humanista (A. Barreda, Trad.). *Revista de Psicoterapia*, 15(57), 7–25. <https://doi.org/10.33898/rdp.v15i57.725>
- Duffy, K. E. M., Simmonds-Buckley, M., Haake, R., Delgadillo, J. y Barkham, M. (2024). The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 34(3), 323–338. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2227757>
- Elliott, R. y Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241–254.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
- Elliott, R. y Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-experiential psychotherapy in practice: emotion-focused therapy. En A. J. Consoli, L. E. Beutler, y B. Bongar (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and practice* (2ª ed., pp. 106-120). Oxford University Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6.ª ed., pp. 495-538). Wiley.

- Fernández-Puig, V. (2024). Investigación en psicoterapias humanistas: Estudios, resultados y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 62-71. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i129.41604>
- Gibbard, I. y Hanley, T. (2008). A five-year evaluation of the effectiveness of person-centred counselling in routine clinical practice in primary care. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4), 215-222. <https://doi.org/10.1080/14733140802305440>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. 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), 23-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L. S. (2023). *Cambiar la emoción con la emoción: Guía clínica* (F. Mora, Trad.). Editorial Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 2015).
- Greenberg, L.S., Elliott, R. y Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: Una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, (5). <https://www.revistamentalizacion.info/ultimonumero/octubre-f-greenberg.pdf>
- Henao Osorio, M. C. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123812.pdf>
- Jódar Anchía, R. y Caro García, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción*. Desclée De Brouwer.

- Martorell, J. L. (2008). *La psicología humanista*. Centro de Altos Estudios Ramón Areces.
https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4486/humanista1.pdf
- Nødtvedt, Ø. O., Binder, P.-E., Stige, S. H., Schanche, E., Stiegler, J. R. y Hjeltnes, A. (2019). “You feel they have a heart and are not afraid to show it”: Exploring how clients experience the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Frontiers in Psychology*, 10, 1996.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01996>
- Perls, F. S., Hefferline, R. E. y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: Sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Revista Ajayu*, 12(2), 135-186.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10159813>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Stankovskaya, E. (2024). The challenge to be true to psychotherapy: The learnings from the studies on efficacy and effectiveness of humanistic psychotherapies. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 72-78. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i129.41684>
- Van Balen, R. (1997). Teoría del cambio de personalidad: Comparación entre Rogers, Gendlin y Greenberg. *Revista de Psicoterapia*, 8(32), 37–47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v8i32.701>
- Villegas, M. (1986). La psicología humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, (34), 7-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2943665>

7. ANEXO

7.1.Pregunta pico

En el marco de la psicoterapia humanista con personas adultas, ¿cómo la Terapia Focalizada en la Emoción desarrollada por Greenberg, en comparación con los modelos humanistas clásicos como la terapia centrada en la persona de Rogers, la terapia Gestalt y otros enfoques previos a la TFE, modifica o mantiene la esencia humanista en términos de visión de la persona, rol del terapeuta, papel de la emoción, grado de directividad, relación terapéutica y técnicas empleadas en sesión, y qué aportaciones y limitaciones introduce en el modelo humanista?

1. **Población / Problema:** Personas adultas que estén en procesos terapéuticos con psicólogos que trabajen desde un enfoque humanista.
2. **Intervención / exposición / variable:** Terapia Focalizada en la Emoción desarrollada por Greenberg.
3. **Comparación:** Con modelos humanistas clásicos; terapia centrada en la persona de Rogers, terapia Gestalt, otros enfoques previos a la TFE.
4. **Outcome / Resultado:** Cambios y continuidades en la esencia humanista (visión de la persona, rol del terapeuta, papel de la emoción, grado de directividad, relación terapéutica, técnicas usadas en sesión). Aportaciones y limitaciones al modelo humanista.

7.2.Método y resultados

El presente trabajo consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y su relación con el modelo de psicoterapia humanista. El objetivo fue analizar de forma crítica qué elementos del paradigma humanista la TFE mantuvo, modificó o reformuló, tomando como referencia seis variables de comparación: la visión de la persona, el rol del terapeuta, el papel de la emoción, el grado de directividad, la relación terapéutica y las técnicas empleadas en sesión.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron principalmente cuatro bases de datos científicas: Scopus, PsycINFO, PubMed y Dialnet. Cuando el texto completo no estuvo disponible a través de estas bases, su recuperación se realizó mediante buscadores académicos de acceso abierto, como Google Scholar, y repositorios institucionales. Asimismo, se consultaron obras de

referencia de los autores fundamentales del campo (Rogers, Perls y Greenberg) con el fin de fundamentar los conceptos clave en fuentes primarias.

La localización de los documentos se apoyó en la combinación de descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos. El operador AND se empleó para relacionar bloques conceptuales distintos, mientras que el operador OR agrupó sinónimos y variantes de un mismo término. Las principales ecuaciones de búsqueda fueron las siguientes:

- (*“emotion-focused therapy” OR “terapia focalizada en la emoción”*) AND (*Greenberg*)
- (*“humanistic psychotherapy” OR “psicoterapia humanista”*) AND (*experiential OR experiencial*)
- (*“client-centered therapy” OR “terapia centrada en el cliente”*) AND (*Rogers*)
- (*“Gestalt therapy” OR “terapia Gestalt”*) AND (*Perls*)
- (*“emotion-focused therapy”*) AND (*efficacy OR outcome OR eficacia*)
- (*Rogers OR Perls*) AND (*Greenberg*) AND (*comparison OR “change process”*)

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- a) trabajos que abordaran la TFE o la psicoterapia humanista clásica (terapia centrada en la persona o Gestalt)
- b) documentos que aportaran información sobre alguna de las seis variables de comparación
- c) textos redactados en español o en inglés
- d) artículos empíricos, revisiones, libros o capítulos de orientación teórica, clínica o empírica.
- e) En cuanto al intervalo temporal, no se aplicó una restricción de fecha a priori en la búsqueda: se priorizó la literatura empírica reciente y se incluyeron las obras fundacionales con independencia de su año de publicación. El conjunto final de fuentes abarca el periodo 1951–2024.

Como criterios de exclusión se aplicaron:

- a) trabajos centrados en poblaciones o enfoques ajenos al objeto de estudio
- b) documentos que no respondían a la pregunta de investigación
- c) textos sin información suficiente
- d) publicaciones en idiomas distintos del español o el inglés.

La población de referencia fueron personas adultas en procesos de psicoterapia de orientación humanista.

La búsqueda inicial en las cuatro bases de datos identificó 120 registros (Scopus = 20, PubMed = 25, PsycINFO = 34, Dialnet = 41). Tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios descritos, se incluyeron 25 fuentes en la revisión. La Tabla 1 resume los resultados de la búsqueda organizados por bloque temático.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda.

Variable	Terapia Focalizada en la Emoción	Modelos humanistas clásicos	Comparación e integración teórica	Evidencia empírica y eficacia	Total
Palabras clave	<i>emotion-focused therapy</i> ; terapia focalizada en la emoción; Greenberg; marcadores; esquema emocional	psicoterapia humanista; <i>client-centered therapy</i> ; Rogers; Gestalt; Perls; experiencial	cambio terapéutico; Rogers, Gendlin y Greenberg; paradigma humanista; integración	<i>efficacy</i> ; outcome; eficacia; <i>meta-analysis</i> ; <i>humanistic-experiential</i>	
Artículos encontrados	24	18	8	20	70
Artículos seleccionados	8	7	3	7	25

Nota. Elaboración propia. La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos (Scopus (20), PubMed (25), PsycINFO (34) y Dialnet (41)), que identificaron 120 registros iniciales. La fila “Artículos encontrados” recoge los registros relevantes identificados en cada bloque tras el cribado por título, resumen y palabras clave; la fila “Artículos seleccionados” corresponde a las fuentes finalmente incluidas en la revisión (n = 25). Cuando una fuente abarcaba varios bloques, se contabilizó en el de mayor peso.

Tabla 2. Síntesis de las fuentes incluidas en la revisión.

Autor (año)	Bloque	Tipo	Objetivo	Método	Resultados principales	Limitaciones
Angus et al. (2015)	Evidencia	Revisión	Revisar 25 años de investigación en psicoterapias humanistas	Revisión	Consolidación de la TFE como tratamiento con apoyo empírico y avance metodológico	Sin datos primarios
Corchado Vargas (2016)	Humanismo clásico	Documento teórico	Aproximación teórica y experiencial al humanismo	Ensayo teórico	Visión holística de la persona y experiencia subjetiva como eje	Carácter divulgativo
Davidson (2004)	Comparación e integración	Artículo teórico	Exponer los fundamentos filosóficos del psicólogo humanista	Ensayo teórico	Bases fenomenológicas y existenciales comunes a los enfoques humanistas	Sin datos empíricos
Duffy et al. (2024)	Evidencia	Metaanálisis	Evaluar la eficacia de las terapias humanista-experienciales en depresión	Metaanálisis (17 ECA)	Superiores al tratamiento habitual y equivalentes a la TCC en post-tratamiento	Riesgo de sesgo; escaso número de ECA
Elliott y Greenberg (2007)	TFE	Artículo teórico	Definir la esencia del enfoque proceso-experiencial/TFE	Artículo conceptual	La guía por marcadores para ofrecer la tarea oportuna define el enfoque	Descriptivo
Elliott y Greenberg (2017)	TFE	Capítulo	Describir la práctica de la TFE humanista-experiencial	Capítulo teórico	Integra relación empática y directividad de proceso	No empírico
Elliott et al. (2013)	Evidencia	Capítulo de revisión	Revisar la investigación en psicoterapias humanista-experienciales	Metaanálisis (62 estudios, 31 ECA)	TFE para depresión como tratamiento basado en la evidencia	Heterogeneidad de los estudios incluidos
Fernández-Puig (2024)	Evidencia	Revisión	Revisar la evidencia actual de las psicoterapias humanistas	Revisión narrativa	La TFE es el enfoque humanista más investigado; equivalencia con la TCC	No sistemática
Gibbard y Hanley (2008)	Evidencia	Estudio de efectividad	Evaluar el <i>counseling</i> centrado en la persona en atención primaria	Estudio naturalista (5 años)	Mejoría clínica significativa en condiciones de práctica real	Sin aleatorización
Goldman, Greenberg y Caro (2016)	TFE	Artículo teórico-clínico	Describir la formulación de caso en TFE guiada por marcadores	Artículo conceptual	Clasificación de marcadores y tareas; terapeuta experto en proceso	Sin validación empírica
Greenberg (2004)	TFE	Artículo de síntesis	Presentar la TFE y la figura del <i>coach</i> emocional	Síntesis	Cambiar la emoción con la emoción; emoción como base del self	No es estudio primario

Autor (año)	Bloque	Tipo	Objetivo	Método	Resultados principales	Limitaciones
Greenberg (2010)	TFE	Síntesis clínica	Sintetizar el modelo TFE y su base de investigación	Síntesis + caso	Seis principios del procesamiento emocional; directividad por marcadores	Un solo caso ilustrativo
Greenberg (2023)	TFE	Libro (trad.)	Guía clínica para cambiar la emoción con la emoción	Manual clínico	Sistematiza el trabajo emocional y los tipos de emoción	Obra clínica, no empírica
Greenberg, Elliott y Pos (2015)	TFE	Artículo de conjunto	Ofrecer una visión global de la TFE	Revisión teórica	Esquema emocional; metateoría dialéctico-constructivista; relación sobre tarea	Descriptivo
Henao Osorio (2013)	Humanismo clásico	Artículo cualitativo	Integrar las bases de la psicología humanista-existencial	Cualitativo	Visión holística y orientación al desarrollo (tendencia actualizante)	Enfoque filosófico, no clínico
Jódar Anchía y Caro García (2023)	TFE	Manual	Sistematizar la práctica de la TFE (marcadores y tareas)	Obra técnica	Genealogía gestáltica del instrumental; alta exigencia formativa	No empírico
Martorell (2008)	Humanismo clásico	Libro	Sistematizar la psicología humanista y sus críticas	Revisión teórica	Pilares humanistas; crítica de Rollo May al problema del mal	Introductorio
Nødtvedt et al. (2019)	Evidencia	Estudio cualitativo	Explorar la vivencia de la relación terapéutica en TFE	Análisis temático (18 clientes)	Vínculo y autenticidad como condiciones previas; visiones dispares de la directividad	Muestra pequeña
Perls et al. (1951)	Humanismo clásico	Obra fundacional	Fundamentar la terapia Gestalt	Obra teórica	Aquí y ahora, <i>awareness</i> , autorregulación orgánica; terapeuta activo	Escasa validación empírica
Raffagnino (2019)	Evidencia	Revisión sistemática	Evaluar la evidencia empírica de la Gestalt	Revisión sistemática	Evidencia preliminar de eficacia	Síntesis narrativa, solo intervención grupal
Riveros Aedo (2014)	Humanismo clásico	Ensayo teórico	Exponer orígenes y significado del humanismo y el <i>focusing</i>	Ensayo teórico	Relación horizontal; cliente como experto; raíces de la TFE	Sin datos empíricos
Rogers (1957)	Humanismo clásico	Artículo teórico-clínico	Formular las condiciones del cambio terapéutico	Ensayo teórico-clínico	Empatía, congruencia y aceptación positiva incondicional como núcleo	No incluye contrastación empírica
Stankovskaya (2024)	Comparación e integración	Artículo teórico	Analizar la paradoja institucional de las psicoterapias humanistas	Ensayo crítico	Posición marginal pese a la evidencia; TFE como propuesta intermedia	Sin datos propios

Autor (año)	Bloque	Tipo	Objetivo	Método	Resultados principales	Limitaciones
Van Balen (1997)	Comparación e integración	Artículo comparativo	Comparar las teorías del cambio de Rogers, Gendlin y Greenberg	Análisis comparativo	Greenberg profundiza mecanismos intuidos por Rogers; condiciones necesarias no suficientes	Conceptual
Villegas (1986)	Humanismo clásico	Artículo teórico	Revisar historia, concepto y método del humanismo	Revisión histórico-conceptual	Dificultad de medir constructos; falta de método replicable	Antigüedad

7.3.Comparación entre la TFE y modelos humanistas clásicos en torno a seis ejes

Eje de comparación	Rogers (terapia centrada en la persona)	Gestalt (Perls)	Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)	Balance final
Visión de la persona	Totalidad orientada al desarrollo; tendencia actualizante; persona como agente activo de su proceso.	Totalidad dinámica; autorregulación orgánica; agente activo y responsable de su crecimiento.	Mantiene esta visión y añade el esquema emocional como explicación de qué bloquea el desarrollo.	Se mantiene. Continuidad ampliada.
Papel de la emoción	Componente que el cliente reconoce y simboliza; sin modelo explicativo.	Awareness o darse cuenta de las emociones del presente; sin sistematización.	Emoción en el centro: sistema innato y adaptativo, tipos de emoción y principio de cambiar la emoción con la emoción.	Se modifica; la concepción del proceso de cambio.
Relación terapéutica	Empatía, congruencia y aceptación incondicional, consideradas necesarias y suficientes.	Centralidad de la relación con énfasis en la espontaneidad del terapeuta.	Conserva las condiciones rogerianas, pero las redefine como necesarias pero no suficientes.	Se mantienen: las condiciones rogerianas y la primacía de la relación sobre la técnica. Se modifica: su estatuto (de necesarias, a necesarias pero no suficientes).
Rol del terapeuta	Acompaña el proceso sin imponer una dirección.	Mayor implicación activa, pero sin un repertorio de intervenciones específico.	Experto en el proceso, no en el contenido; asume mayor responsabilidad técnica.	Se mantiene; la autoridad del cliente sobre el contenido. Se modifica; el rol en sí.
Grado de directividad	No directividad: confianza plena en los recursos del cliente.	Estilo más activo; experimentos introducidos de forma deliberada.	Directividad selectiva guiada por marcadores (<i>danza sinérgica</i> entre seguir y guiar).	Se pierde; la no directividad como principio absoluto.
Técnicas usadas en sesión	El reflejo como principal herramienta de comunicación.	Dos sillas, silla vacía, aquí y ahora, dramatización.	Reorganiza las técnicas heredadas dentro del marco de los esquemas emocionales y el sistema de marcadores.	Se mantienen, resignificadas (forma parte del cambio en la concepción del proceso, no es un elemento aparte).

7.4. Balance comparativo: elementos que se mantienen, modifican o pierden en la TFE.

Resultado	Elemento del humanismo clásico	Cómo queda en la TFE
Se mantiene	La visión de la persona	Totalidad orientada al desarrollo y agente activo de su proceso; la TFE la conserva y la amplía con el esquema emocional.
	Las condiciones relacionales rogerianas	Empatía, congruencia y aceptación siguen siendo la base indispensable sobre la que se construye el trabajo terapéutico.
	La autoridad del cliente sobre su experiencia	El cliente sigue siendo el experto en el contenido de su propia vida.
	La primacía de la relación sobre la técnica	Cuando ambas entran en conflicto, se prioriza reparar el vínculo antes que aplicar la tarea.
Se modifica	El estatuto de las condiciones rogerianas	Pasan de considerarse necesarias y suficientes a necesarias pero no suficientes para el cambio.
	El rol del terapeuta	Se profesionaliza técnicamente (experto en el proceso) sin invadir la autoridad del cliente sobre el contenido.
	La concepción del proceso de cambio	Deja de entenderse como despliegue espontáneo de las potencialidades para incluir una intervención activa sobre los esquemas emocionales.
Se pierde	La no directividad como principio absoluto	Se sustituye por una directividad selectiva guiada por marcadores, priorizando siempre la relación.