



**Integración de la Terapia Gestalt y la Terapia
Centrada en la Compasión en el abordaje de la soledad
y las dificultades relacionales: un estudio de caso**

Máster Psicología General Sanitaria

Autora: Beatriz Balbás García-Salmones

Directora: Sofía Rademaker Martín-Municio

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

Resumen

El presente estudio de caso explora la efectividad de la Terapia Gestalt, la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) y su integración en el tratamiento de una joven con una historia de abuso físico y emocional, la cual ha contribuido en el desarrollo de dificultades para establecer vínculos seguros y un profundo sentimiento de soledad. A través de la evaluación cuantitativa de variables como la soledad, el apoyo social percibido, la conciencia emocional, la autoestima, el estilo de apego y el estado de salud mental general, junto con observaciones cualitativas, se ha evidenciado una evolución positiva en la paciente. Estos resultados sugieren que la integración del enfoque gestáltico con la CFT puede resultar eficaz para el abordaje de este tipo de problemáticas. No obstante, se recomienda la realización de investigaciones con muestras más amplias que permitan validar estos hallazgos y profundizar en el conocimiento sobre la articulación entre ambos enfoques terapéuticos.

Palabras clave: Terapia Gestalt, Terapia Centrada en la Compasión (CFT), estudio de caso, soledad, conciencia emocional.

Abstract

This case study examines the effectiveness of Gestalt Therapy, Compassion Focused Therapy (CFT), and their integration in the treatment of a young woman with a history of physical and emotional abuse. Her background has contributed to difficulties in forming secure attachments and a deep sense of loneliness. Quantitative assessments were conducted on variables such as loneliness, perceived social support, emotional awareness, self-esteem, attachment style, and overall mental health. These were complemented by qualitative observations throughout the therapeutic process. The findings indicate a positive therapeutic progression. The integrated approach of Gestalt Therapy and CFT appears to be a promising intervention for addressing these challenges. Nevertheless, further research with larger and more diverse samples is needed to validate these results and expand understanding of how these therapeutic models can be effectively combined.

Key words: Gestalt Therapy, Compassion-Centered Therapy (CFT), case study, loneliness, emotional awareness.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Terapia Gestalt	5
1.2. Terapia Centrada en la Compasión (CFT)	8
1.3. Objetivos e hipótesis.....	10
2. DISEÑO	10
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	11
4. PRESENTACIÓN DEL CASO	14
5. ANTECEDENTES	17
6. EVALUACIÓN INICIAL	18
7. FORMULACIÓN DEL CASO	21
8. TRATAMIENTO Y CURSO	25
9. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	36
9.1. Resultados cualitativos	36
9.2. Resultados cuantitativos	39
10. DISCUSIÓN	46
11. BIBLIOGRAFÍA	50
12. ANEXO	55

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del estudio consiste en ilustrar una intervención psicológica desde un enfoque humanista integrador; además de evaluar su eficacia, con el fin de aportar a la evidencia científica y contribuir a la investigación.

La protagonista del estudio (o E.), es una joven marcada por una historia de abuso físico y emocional, negligencia y múltiples experiencias de rechazo. Estas vivencias han producido en la paciente fuertes dificultades para sentir seguridad en sus vínculos y relaciones, así como se reflejan en un pasado y actual sentimiento generalizado de soledad.

La complejidad del caso captó mi atención desde el primer momento. Las dificultades en la construcción de vínculos seguros y los sentimientos de soledad asociados, representan temáticas complejas, tanto por su carga emocional como por los desafíos que pueden implicar en el vínculo terapéutico. Al mismo tiempo, resultó especialmente valiosa la fortaleza mostrada por E.; quien, a pesar de haber atravesado múltiples experiencias adversas, conservaba un deseo, aunque apagado y en ocasiones puesto en duda, de persistir y avanzar en su proceso de crecimiento. Por todo ello, el análisis en profundidad de este caso representa una ocasión para el enriquecimiento del conocimiento clínico. Además, puede ofrecer una mirada sensible y humanizada sobre los procesos de acompañamiento terapéutico, ya que ilustra la importancia de reconocer tanto el sufrimiento como los recursos internos del paciente.

Por otra parte, la problemática presentada por la paciente e historia personal permite abordar interesantes variables de estudio, como la soledad, el apoyo social percibido, el nivel de conciencia emocional, el apego, la autoestima y el estado de salud mental general.

Como se ha expuesto anteriormente, el abordaje de las problemáticas presentadas por la paciente se plantea desde un enfoque humanista integrador. En este sentido, el acompañamiento terapéutico se enmarca en la incorporación de elementos provenientes de la Terapia Gestalt y de la Terapia Centrada en la Compasión (en adelante, CFT, por sus siglas en inglés Compassion Focused Therapy).

Asimismo, el proceso terapéutico pone especial atención en el establecimiento y sostenimiento de una relación terapéutica adecuada con E., tanto por parte de la terapeuta

principal como de la coterapeuta. Como ya planteó el movimiento humanista en sus inicios, su construcción es de gran relevancia en la terapia; premisa que diversos estudios más recientes confirman, asegurando que un vínculo de calidad entre terapeuta y paciente es necesario para un desarrollo productivo y favorable del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003). Teniendo en cuenta la problemática que presenta E. (inseguridad en el vínculo y sentimientos de soledad y no pertenencia), resulta especialmente relevante dedicar un espacio a la construcción de dicha relación terapéutica. Para ello, se ponen en marcha las habilidades propuestas por Rogers (1957): empatía (con el fin de comprender enteramente los significados y vivencias emocionales de la paciente), aceptación incondicional (apreciando la dignidad y valor de la misma, y atendiendo tanto sus luces como sus sombras sin realizar juicios de valor) y autenticidad-congruencia (tratando de mantenerme en contacto con mis propias vivencias, emociones y pensamientos, sin ocultarme tras una máscara o rol ante la otra persona). De esta manera, también se promueve la construcción de un espacio seguro, en el que la paciente se sienta acogida y pueda compartir libremente.

1.1. Terapia Gestalt

Principios del enfoque terapéutico

Desarrollada en el contexto de la Psicología Humanista, también denominada “tercera fuerza”, la Terapia Gestalt emerge como propuesta psicoterapéutica a partir de mediados del siglo XX, de la mano de su creador Fritz Perls. Desde esta perspectiva, el individuo es percibido de manera holística (“el todo es más que la suma de sus partes”), integrando lo físico, lo mental, lo emocional y lo espiritual. Este enfoque terapéutico resulta especialmente interesante, ya que su visión holística, como en la concepción del ser humano, también se refleja en la construcción del propio modelo. Este integra coherentemente diferentes corrientes preexistentes de la filosofía, psicoterapia y distintas metodologías (psicoanálisis, psicodrama, filosofías fenomenológicas y existenciales, terapias corporales, budismo...), dando lugar a una perspectiva renovada y propia. Como su propio creador señalaba, la originalidad del enfoque gestáltico no reside en sus componentes como tal, sino en cómo son organizados (Rojí & Saúl, 2005).

La Gestalt entiende el ser humano como un organismo dotado de una capacidad natural de autorregulación, basada en un proceso continuo de detección y satisfacción de necesidades. Este proceso (también conocido como formación y resolución de gestalts)

se inicia con la toma de conciencia de una necesidad emergente, y concluye una vez que esta ha sido plenamente satisfecha. En este sentido, el ambiente cobra un papel especialmente relevante: es el proveedor de los recursos que el individuo necesita para satisfacer sus necesidades (alimento, seguridad, contacto, afecto...). De esta manera, organismo y ambiente están en constante interacción, y se influyen mutuamente. La autorregulación está en constante funcionamiento, puesto que cada nueva necesidad altera el equilibrio interno del individuo. Cuando el ciclo de necesidades se ve interrumpido, el desequilibrio se mantiene, y si esta situación se extiende durante un periodo prolongado, podrá derivar en malestar o enfermedad. Desde este enfoque terapéutico, la salud psicológica no se define por la ausencia de conflicto, sino por la capacidad del individuo para responder de manera flexible y adaptativa a sus necesidades, sin oponerse de forma rígida o destructiva a las exigencias del ambiente (Martín, 2011).

Cuando un ciclo de necesidades no es completado la gestalt queda inconclusa, dando lugar al almacenamiento de un asunto no resuelto. Estos asuntos, si no son vivenciados de forma plena y entera, interferirán en la vida presente de la persona, llamando a su puerta una y otra vez, y dificultando el contacto de esta con los otros y ella misma (Rojí & Saúl, 2005).

Resulta especialmente interesante de este enfoque terapéutico el énfasis en la detección y satisfacción de necesidades, y la importancia del contacto con el entorno. Esta orientación a la interacción resulta clave a la hora de comprender la forma en que una persona se relaciona, y la identificación de gestalts inconclusas permite detectar carencias y su influencia en el funcionamiento actual de la misma.

Por otra parte, la Terapia Gestalt persigue como objetivo principal aumentar la conciencia del individuo acerca de sus experiencias (“darse cuenta”), de manera que pueda desarrollarse de forma plena. Esta toma de conciencia puede darse en tres dimensiones: sí mismo (tiene que ver con todo aquello que percibimos de nuestro mundo interior: emociones, sentimientos, sensaciones...), mundo exterior (implica captar aquello que nos rodea, aquello que sucede fuera de nuestro cuerpo) y zona intermedia (está formada por recuerdos, creencias, expectativas, imaginación..., elementos que condicionan nuestra manera de interpretar la realidad). Percatarse de esta última zona será clave, ya que permitirá mantener un contacto pleno y completo con nuestras verdaderas necesidades y momento presente (Martín, 2011).

Otro de los objetivos de la Gestalt es que el individuo adquiera responsabilidad respecto de sus actos y decisiones. Lo interesante de este enfoque es que reconoce el poder de influencia del entorno y sus consecuencias en el modo de actuar y pensar del individuo; no obstante, rescata la posibilidad de que este puede hacer algo con ello. Es decir, el ser humano es considerado un agente activo y no pasivo (Rojí & Saúl, 2005).

Finalmente, para este enfoque terapéutico el “aquí y ahora” es central frente a lo sucedido en el pasado y lo que pueda suceder en el futuro. Considera que el estancamiento mental en eventos pasados o futuros impide a la persona conectar con sus verdaderas necesidades, alejándola de su potencial crecimiento. Por tanto, cuando un individuo presenta un problema relacionado con el pasado o el futuro, este no queda desatendido, sino que es trabajado desde el momento presente (Peñarrubia, 1998).

Justificación de su inclusión en el estudio de caso

Aplicar los principios fundamentales de la Terapia Gestalt en el trabajo con E. puede resultar especialmente valioso por diversos motivos. En primer lugar, por su propósito de integrar (mente y cuerpo, emoción y cognición, diversas experiencias, polaridades...). En segundo lugar, por favorecer el contacto con el presente (integrando experiencias pasadas y disminuyendo la angustia por el futuro, inquietudes presentes en E.). Tercero, por promover la adquisición de responsabilidad (la paciente se encuentra en un momento vital de cambio, de construcción, y al alcanzar esta capacidad puede adquirir mayor sentimiento de agencia y compromiso con las decisiones tomadas). Cuarto, por promover el “darse cuenta” (en la medida en que E. tome conciencia de cuáles son sus necesidades en el momento presente, podrá tomar decisiones más libres, responsables y coherentes con sus deseos). Por último, por el énfasis en la necesidad humana de establecer contacto, y en que éste sea auténtico y satisfactorio (como se ha mencionado, E. presenta dificultades en la construcción de vínculos seguros, por lo que trabajar desde la importancia del contacto y la atención de las propias necesidades resulta interesante). Todo ello permite que el proceso terapéutico sea verdaderamente completo, al mismo tiempo que admite flexibilidad.

La Terapia Gestalt, dada su naturaleza fenomenológica, holística y experiencial, ha tendido a quedarse fuera del ámbito de la investigación empírica. Muchos de los estudios que buscan comprobar su eficacia hacen uso de metodologías inapropiadas, y existe un gran número de publicaciones de tipo ensayístico en las que los autores

comparten su experiencia clínica y reflexiones personales (Raffagnino, 2019). No obstante, y aunque todavía en desarrollo, comienza a darse una sensibilidad respecto a la relevancia de dotar a este enfoque terapéutico de un respaldo científico más sólido (Roubal et al., 2016). Por ejemplo, meta-análisis como el de Smith y Glass (1977) o revisiones sistemáticas más recientes como las de Raffagnino (2019) y Ayala (2021) concluyen que la Terapia Gestalt es eficaz en la mejora de diversas variables y problemáticas psicológicas. Entre estas, destaca la soledad y la autoestima, consideradas de especial interés en la presente investigación. En relación con la soledad, el estudio de Saadati et al. (2014) muestra que en cuidadores y cuidadoras de personas con Alzheimer que aumentaron su interacción social, disminuyó su sentimiento de soledad. A partir de este hallazgo también se puede sugerir un incremento en el apoyo social percibido, otra de las variables relevantes en el estudio de caso. En cuanto a la autoestima, un estudio de Serok et al. (1984) realizado con población con trastorno mental grave, demuestra la efectividad de la Terapia Gestalt en su mejora.

Cabe destacar que la investigación empírica en Terapia Gestalt es todavía muy reducida, especialmente en comparación con otros enfoques terapéuticos. Esta escasez representa una limitación, pero al mismo tiempo una oportunidad. El presente estudio de caso es una vía para valorar la eficacia de este enfoque terapéutico y contribuir a la comunidad científica, así como para sugerir nuevas líneas de investigación.

1.2. Terapia Centrada en la Compasión (CFT)

Principios del enfoque terapéutico

La CFT fue desarrollada por el psicólogo Paul Gilbert, y se enmarca dentro de las terapias de tercera generación, en las que elementos como los valores, la atención plena o la aceptación son clave. Su construcción bebe de la neurociencia afectiva, de la psicología evolutiva, del desarrollo y social, y de tradiciones budistas (Carvalho et al., 2017).

El objetivo principal de esta terapia es promover la compasión en los pacientes, de manera que adquieran una manera de relacionarse con ellos mismos más cálida y cuidadosa. Entrenar en compasión, significa favorecer en la persona la toma de conciencia de su malestar desde una perspectiva comprensiva, libre de juicio y crítica; así como impulsar esa misma sensibilidad hacia los demás (Gilbert & Procter, 2006). Como clarifica Neff (2012), ser compasivo con uno mismo no es sinónimo de realizar una

valoración positiva de aquello por lo que sufrimos, sino que es una forma de relacionarse con uno mismo.

Según Gilbert (2014), la compasión puede experimentarse en tres direcciones (“flujos de compasión”): compasión que sentimos por otros, compasión que sentimos desde los otros hacia nosotros y compasión que sentimos hacia nosotros mismos (autocompasión). Por tanto, la CFT buscará activarla en estas tres direcciones; así como detectar y trabajar con aquello que pueda estar dificultando su desarrollo en dichas áreas (Petrocchi et al., 2024).

Este enfoque terapéutico entiende que los individuos nos regulamos emocionalmente mediante tres sistemas: sistema de amenaza (relacionado con el miedo, la ira o la ansiedad), sistema de logro (relacionado con la motivación) y sistema de consuelo (relacionado con la calma, la seguridad y la compasión). La CFT pretende fortalecer este último, promoviendo así un manejo emocional más efectivo y una regulación más equilibrada (Gilbert, 2009).

Resulta interesante de este enfoque la coherente integración de diferentes métodos de intervención, así como el uso de diversas técnicas (diálogo socrático, mindfulness, ejercicios de autocompasión, etc.) (Gilbert, 2010).

Por último, la CFT también presta especial atención al vínculo entre terapeuta y paciente, que debe ser construido desde la compasión y orientado hacia la creación de una relación de alta calidad (Araya & Moncada, 2016). Esta perspectiva encaja con la importancia presente en esta investigación de generar un vínculo adecuado con la paciente.

Justificación de su inclusión en el estudio de caso

Integrar la CFT en el trabajo con E. puede ser de gran beneficio. Este enfoque terapéutico converge con principios de las psicoterapias humanistas (como la importancia de la relación terapéutica, el respeto a la experiencia subjetiva del paciente o el papel fundamental de la dimensión emocional), al mismo tiempo que añade algo innovador: el “poder” de la compasión en el proceso terapéutico. Esta se convierte en un recurso psicológico, una vía para restaurar el vínculo con uno mismo y con los demás. Además, la CFT es considerada por Gilbert (2009) como una terapia flexible, con capacidad para adaptarse a otros modelos terapéuticos.

Por otra parte, es un enfoque terapéutico con creciente evidencia científica en el abordaje de distintas problemáticas psicológicas. En concreto, resulta de especial interés su eficacia en variables como el apego (Lucre et al., 2024; Varley et al., 2025), la conciencia emocional (Daneshvar et al., 2022; Vatanpanah et al., 2023), la mejora de la autoestima (Andersen & Rasmussen, 2017; Thomason & Moghaddam, 2021) y el aumento en la calidad de la salud mental general (Vahhabi et al., 2024); ya que son particularmente relevantes en el presente estudio de caso.

Dada la evidencia científica de este enfoque terapéutico y su convergencia con la mirada humanista se considera pertinente y beneficioso integrarlo en la investigación. Su aplicación resulta interesante tanto por su potencial contribución al bienestar psicológico de la paciente como por explorar su articulación con la Terapia Gestalt anteriormente desarrollada.

1.3. Objetivos e hipótesis

El presente estudio persigue ilustrar un proceso terapéutico individual basado en la aplicación e integración de teorías y herramientas provenientes de la Terapia Gestalt y CFT con el fin de evaluar su eficacia. También se pretende evaluar la capacidad de ajuste y articulación de ambas terapias, con el fin de contribuir a la comunidad científica.

Se espera una mejora en las variables de estudio mencionadas (aumento de la conciencia emocional, establecimiento de relaciones más saludables y basadas en apegos seguros, disminución del sentimiento de soledad, aumento de la sensación de apoyo social percibido, aumento de autoestima y mayor bienestar a nivel de salud mental general), tanto a nivel cualitativo (expresiones verbales, observaciones en las sesiones...) como cuantitativo (podrá darse una observación de los posibles cambios a través de la aplicación de instrumentos de medida).

2. DISEÑO

Para la realización de este Trabajo de Fin de Máster se ha llevado a cabo un estudio de caso único; metodología de investigación cualitativa que persigue describir y analizar un proceso de intervención terapéutico.

El estudio tuvo lugar en el Centro Psicológico SMC (Salud, Mente y Cuerpo), consulta privada situada en Madrid (C/ Cartagena, 103, 1d, Chamartín, 28002, Madrid,

España). Este espacio ofrece un servicio ambulatorio, así como acoge múltiples problemáticas (ansiedad, depresión, fobias, dependencias y adicciones...) y trabaja diferentes formatos terapéuticos (terapia familiar, terapia de pareja o individual). Su enfoque es humanista-integrador.

La paciente fue atendida desde el programa “terapia de bajo coste”, un formato terapéutico llevado por alumnos en prácticas de segundo de máster siendo supervisados por un psicólogo experimentado. En marzo de 2024 la paciente inició un proceso terapéutico en el centro, finalizándolo en mayo (momento en el que termina el periodo de prácticas curriculares). En octubre de 2024 retomó la terapia, siendo atendida en esta ocasión por la autora de esta investigación junto con otra compañera. Ambas son alumnas en prácticas del centro y estudiantes de segundo año del Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas. También cuentan con el Grado en Psicología y experiencia profesional por la realización de diferentes prácticas durante su formación universitaria.

El proceso terapéutico tuvo lugar de manera presencial en el centro (y online en dos ocasiones por viajes de la paciente), mediante sesiones de cincuenta minutos con una periodicidad semanal. Las terapeutas contaron con la supervisión de dos psicólogas experimentadas del centro (entre ellas la directora del presente trabajo).

Por último, es preciso señalar que la investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La evaluación del caso ha sido de carácter, principalmente, cualitativo. Dado el enfoque humanista integrador desde el que se ha comprendido y abordado el mismo, la evaluación ha sido entendida como un proceso. Por tanto, no se ha seguido una metodología cerrada en la valoración del caso. El objetivo principal ha sido comprender la experiencia subjetiva de la paciente, lo que se ha alcanzado a través de la entrevista clínica. La exploración ha sido una herramienta clave, ya que ha permitido ir formulando y reformulando la información adquirida según iba avanzando el proceso terapéutico.

No obstante, con el fin de obtener una evaluación de mayor solidez, también se emplearon métodos cuantitativos. De esta manera, fueron escogidos seis cuestionarios pertinentes para el caso, con el fin de ser administrados tanto pre como post tratamiento.

Su elección estuvo determinada por las variables clave a estudiar que se identificaron a lo largo de las primeras sesiones, así como por los objetivos terapéuticos que comenzaron a tomar forma. Además, su aplicación no sólo permitió una evaluación cuantitativa, sino que también proporcionó valiosa información que fue empleada como guía en el proceso terapéutico.

Las medidas pre tratamiento fueron entregadas a la paciente en la sesión 8, pidiéndole (tras proporcionarle las instrucciones necesarias) que las trajese completas la siguiente sesión. Se repitió el mismo proceso con las medidas post tratamiento, que fueron entregadas a la paciente en la sesión 22.

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965). Es un instrumento diseñado para evaluar la autoestima de una persona. Consta de 10 afirmaciones (formuladas 5 en positivo y 5 en negativo), todas relacionadas con la aceptación y respeto hacia uno mismo. Estas deben ser calificadas por el individuo según una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Conocer el nivel de autoestima de una persona proporciona valiosa información, ya que permite comprender mejor la manera en la que se valora a sí misma. Además, la sencilla aplicación y corrección de este instrumento lo convierten en una herramienta muy conveniente en contextos como el del presente trabajo, donde se requiere una buena relación costo y eficacia (Vázquez et al., 2004).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Se trata de una herramienta para evaluar el apoyo social que la persona siente que recibe de su familia, amigos y/u otras personas relevantes en su vida. Posee 12 ítems, y se contestan a través de una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta (1 = completamente en desacuerdo y 6 = completamente de acuerdo). A mayor puntuación mayor nivel de apoyo social percibido. Cuenta con diversas ventajas como: características psicométricas adecuadas, cortedad en su administración y utilidad en diversos ámbitos (Landeta & Calvete, 2002). Poseer una red de apoyo de calidad está relacionado con mayores niveles de salud, así como funciona como amortiguador para los individuos cuando se enfrentan a circunstancias de estrés (Cohen & Wills, 1985; Orth-Gomer, 1994; Schoenbach et al., 1986). Por tanto, este instrumento de medida puede ayudar a especificar fuentes de protección en el entorno de la paciente, y a comprender mejor cómo percibe sus

relaciones. Además, resulta especialmente interesante ya que abraza tres fuentes de apoyo (familia, amigos y otros significativos), lo que facilita una visión más amplia del contexto de E.

Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R) (Balluerka et al., 2011). Es un test diseñado para evaluar cómo un individuo percibe su vínculo con sus figuras de apego e interpreta o concibe el funcionamiento familiar en la adolescencia o inicio de la adultez. Está conformado por 32 preguntas, que deben ser calificadas siguiendo una escala tipo Likert (1 = Muy en desacuerdo; 5 = Muy de acuerdo). Dichas 32 preguntas conforman 7 dimensiones diferentes: 5 están relacionadas con las representaciones de apego (*seguridad, preocupación familiar, interferencia de los padres, autosuficiencia y rencor contra los padres, y traumatismo infantil*) y 2 con el funcionamiento familiar (*valor de la autoridad de los padres y permisividad parental*). La brevedad en la aplicación y las buenas características psicométricas hacen de este cuestionario una herramienta útil y eficaz. Además, al conocer el estilo de apego de un individuo se adquiere una comprensión sobre cómo se comporta socialmente, que necesidades tiene, cuáles son sus expectativas... (Lacasa & Muela, 2014). Es decir, se obtiene una guía con la que comprender cuáles son las tendencias de la persona en la relación con los demás y en la relación consigo misma.

Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) Revisada. Se trata de un instrumento empleado para medir la soledad en distintas poblaciones. Es una versión española elaborada en base a la Escala de Soledad UCLA (Russell et al., 1978), que consta de 20 ítems con cuatro alternativas de respuesta (1 = frecuentemente, 2 = algunas veces, 3 = raras veces y 4 = nunca), y goza de buenas propiedades psicométricas. A mayor puntuación obtenida, mayor es el nivel de soledad de la persona. De esta manera, sencilla y asequible, se puede conocer la frecuencia e intensidad con la que la soledad es experimentada por un individuo (Vázquez & Jiménez, 1994). Además, resulta interesante cómo los ítems abordan diferentes aspectos de lo que significa experimentar soledad, ya que atienden a una vivencia social pero también emocional de la misma; es decir, formas, aunque diferentes, no excluyentes entre sí (Russell et al., 1984).

Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24). Es una versión de la Trait Meta-Mood Scale (TMMS); instrumento compuesto por 48 ítems con la intención de conocer la conciencia y manejo emocional de la persona que lo

realiza. La herramienta empleada en el presente trabajo (TMMS-24) está compuesta por 24 ítems, y fue seleccionada por conservar un objetivo similar a la escala original, pero en un formato más breve. Consta de 3 escalas de 8 ítems cada una: *atención emocional* (es decir, poder detectar y comunicar adaptativamente los sentimientos percibidos), *claridad de sentimientos* (la persona entiende sus emociones) y *reparación emocional* (significa tener la capacidad de gestionar adecuadamente las emociones) (Fernández-Berrocal et al., 1998). El TMMS-24 resulta especialmente interesante, ya que permite identificar en qué aspecto del proceso emocional una persona puede requerir mayor entrenamiento. Proporciona una visión precisa a la par que integradora, lo que facilita una mejor comprensión del mundo emocional de un individuo.

Cuestionario de Salud Mental General de 12 ítems (GHQ-12). Es un test diseñado para evaluar el estado de salud mental general de una persona, permitiendo así al profesional orientar su tratamiento (Goldberg & Williams, 1988). Se trata de una escala tipo Likert, compuesta por 12 preguntas que la persona debe responder haciendo referencia a su estado durante las últimas semanas. A mayor puntuación, peor es el estado de salud mental (Brabete, 2014). Como señalan Hewitt et al. (2010), es uno de los test más utilizados, ya que posee una doble ventaja: es corto (está compuesto por pocas preguntas) y bueno (posee propiedades psicométricas satisfactorias). Conocer el estado general de salud mental de un individuo puede ser fundamental en un proceso terapéutico. Por ello, y dado que el GHQ-12 es un instrumento sencillo, pero eficaz, se consideró pertinente su uso y aplicación.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente es una joven de 26 años, vive independizada en la ciudad de Madrid, España (lugar en el que se ha criado) y trabaja como teleoperadora. Cuenta con estudios universitarios (ciencias ambientales), aunque actualmente no desempeña la profesión. Acude a consulta de manera voluntaria, presentando como motivo principal el deseo de trabajar un fuerte sentimiento de soledad, así como la difícil relación con su progenitora (a nivel histórico y actual).

También facilitó su consentimiento para su participación en la presente investigación.

Situación familiar

E. es la hermana mayor de dos, con una diferencia de edad de nueve años respecto a la otra. Son hermanas de distinto padre. E. fue concebida por su madre cuando esta tenía 18 años, y su padre las abandonó cuando todavía no había nacido; mientras que la hermana menor es hija de la actual pareja de la madre (con quien lleva desde que la paciente tenía 3 años). E. define a su madre como una mujer dominante, controladora y manipuladora; y a la pareja de la misma como sumiso. La paciente no convive con ellos desde los 18 años, momento en el que abandonó Madrid para estudiar la carrera en otra ciudad de España. Cuando la terminó, estuvo dos meses viviendo en casa de su madre, pero fue echada de la misma; desde entonces vive independizada junto con una compañera de piso. La paciente no tiene relación con su madre, la pareja de su madre, ni su hermana (quien padece una enfermedad similar al Síndrome de Down). Con esta última siempre ha tenido muy buena relación (al contrario que con su progenitora y la pareja de la misma), y desearía mantener el contacto con ella. Sin embargo, tiene que “pasar por encima” de su madre para conservarlo (siempre que trata de acercarse, la progenitora le niega sus propuestas de hacer planes solas y le impone tener que estar las tres juntas). Esto genera gran frustración y dolor en E., ya que siente que la han obligado a alejarse de su hermana. Además, le preocupa que crezca en esa casa, así como el no poder explicarle por qué se ha ido y no va a visitarla.

La figura que E. presenta como de referencia para ella es su tía, hermana de su madre. Esta es madre soltera de una niña pequeña, con quien la paciente también tiene muy buena relación. Podría decirse que ellas dos son el lugar que E. percibe como seguro dentro de su entorno familiar. Su tía también tiene una relación conflictiva con la madre de la paciente; aunque, curiosamente, no comparte con E. su decisión de alejarse de ella.

Situación social

E. presenta una red de apoyo escasa. Tiene dos amigas cercanas: su compañera de piso y una compañera del trabajo. Anhela ampliar dicha red y, aunque presenta buenas habilidades sociales, cuando se trata de construir vínculos con mayor profundidad experimenta dificultades. En 2024, poco antes de iniciar la terapia, E. rompió relación con sus amigas del colegio “de toda la vida”. El motivo de esta separación tuvo que ver, principalmente, con que la paciente comenzó a sentirse poco valorada, escuchada y constantemente juzgada. En un inicio tendió a evitar el conflicto, pero finalmente decidió

comunicar cómo se sentía y la decisión que había tomado de alejarse del grupo. Ante ello, sus amigas reaccionaron quitándole importancia, y no mostraron resistencia a la propuesta de distancia de E. Desde entonces el contacto con ellas es nulo.

Pareja

La paciente tiene pareja desde septiembre de 2024, y tienen como objetivo irse a vivir juntos en un futuro cercano. Aunque la pareja funciona adecuadamente (hay buena comunicación y los conflictos que van surgiendo son abordados desde el respeto), la paciente presenta ciertas dudas. En primer lugar, teme que sus valores no lleguen a conciliarse, principalmente en un futuro; ya que E. lleva a cabo un estilo de vida vegano que su pareja no comparte. En segundo lugar, tiene un profundo temor a que su pareja la abandone. Para combatirlo, busca agradar constantemente planeando actividades. Por último, le inquieta estar construyendo un proyecto de vida desde el miedo a la soledad y no desde la conciencia y verdadera elección propia.

Síntomas y dificultades

En la descripción que se ha venido haciendo del caso, pueden detectarse entre líneas algunas de las dificultades que presentó la paciente en consulta. No obstante, se procederá a completarlas y reformularlas. De esta manera, los principales síntomas y dificultades que E. trajo a consulta fueron:

- Evitación y desconexión emocional. E. se sorprende en ocasiones por no experimentar las vivencias que tiene o ha tenido con tanta intensidad. Ella misma verbaliza haberse construido una “coraza” protectora frente al dolor y el desborde emocional.
- Sentimientos de soledad y no pertenencia. Ambos han sido una constante a lo largo de su vida. E. se siente desubicada por la ausencia de un entorno familiar que la aceptara y cuidara, así como de un grupo de pares sólido en el que pudiese sentirse segura.
- Necesidad de aceptación. E. presenta un sentimiento de valía personal muy reducido, lo que le lleva a querer agradar constantemente a los demás con el fin de sentirse aceptada. Esto también hace que priorice las necesidades del otro, abandonando las suyas propias.
- Dificultades en la construcción de vínculos seguros. E. presenta un fuerte deseo de conectar con los demás, pero al mismo tiempo un profundo miedo (a ser dañada

de nuevo, al abandono, a no ser suficiente...). E. ha crecido con la experiencia de que crear intimidad es sinónimo de peligro.

- Desconexión con el presente. La paciente siente una gran preocupación por el futuro, así como siente que su pasado la persigue.
- Crítico interno. E. tiende a tener un diálogo interno muy severo, recriminándose cuando las cosas no son como deberían ser o adopta actitudes que rechaza de ella misma (por ejemplo: “no debería sentir tanto miedo”).
- Dificultad para establecer límites. Se encuentra muy relacionada con la necesidad de aceptación de E. Al querer agradar, deja de lado sus preferencias y necesidades, dejándose invadir por el otro.

5. ANTECEDENTES

Los síntomas y dificultades detectados en E. deben ser enmarcados en su historia familiar y social, ya que esto permite brindar un sentido a su aparición y comprender mejor la experiencia subjetiva de la paciente.

E. creció en un entorno rodeado de vínculos ambiguos e inseguros. Durante sus primeros años de vida, convivió con su madre y su tía. A los 3 años, comenzó a convivir con ellas la actual pareja de su progenitora, y cuando cumplió 8 su tía se estableció por su cuenta; y E., su madre y su pareja se mudaron a otra casa. Al año, nació la hermana pequeña de la paciente. La relación con su madre siempre fue muy conflictiva, marcada por agresiones verbales y dinámicas muy confusas para E. (verbalizaba que ya no era su hija, que no era querida, la echaba de casa... todo ello de la mano de conductas opuestas: por ejemplo, solía hacerle muchos regalos materiales). Esta dinámica se agravó cuando se mudaron con la pareja de la progenitora. Entonces, las agresiones escalaron a lo físico. E. tendía a reaccionar de forma agresiva verbalmente cada vez que tenía lugar una discusión, y era entonces cuando era agredida físicamente. A lo largo de toda su adolescencia fue tratada psicológicamente, donde aprendió a ignorar a su madre cuando surgía algún conflicto y así evitar que la discusión escalase. E. ya no tenía refugio, puesto que su tía ya no convivía con ellas, y su madre era apoyada por su pareja. Además, tras cada conflicto, no se llegaba a una resolución, sino que simplemente se dejaba pasar hasta que surgiera el siguiente (se ignoraban y reconciliaban como si nada hubiese sucedido). Su hermana menor no recibió agresiones físicas, pero sí verbales; aunque nunca al nivel que E. las experimentó. La paciente considera que su hermana menor fue criada

prácticamente por ella, debido a la frecuente ausencia de su progenitora (y pareja de la misma).

A lo largo de los años, E. ha encontrado refugio en la relación con su tía y su prima, así como en sus relaciones de pareja. Sin embargo, ha tendido a encadenar estas últimas y a experimentar vínculos inseguros. Con frecuencia, ha sido ella quien ha terminado sus relaciones, impulsada en muchas ocasiones por el miedo al abandono.

E. también ha sentido, a lo largo de su vida, un rechazo a nivel social. En el colegio fue víctima de bullying y, cuando lograba conectar con alguien, solía desarrollar una relación fusional, esforzándose constantemente por agradar.

Nos encontramos, por tanto, a una paciente que ha crecido en soledad, sin sentimiento de pertenencia, y rodeada de vínculos ambivalentes. Una persona que aprendió que, para ser reconocida, tenía que renunciar a gran parte de sí misma y ceder ante las necesidades del otro. De esta manera, su deseo ha quedado ahogado, dominando en su lugar un sólido miedo.

6. EVALUACIÓN INICIAL

La metodología de evaluación ha sido en gran medida de carácter cualitativo y procesual. Durante las primeras sesiones, a través de la entrevista semiestructurada, se priorizó la recopilación de información clave relacionada con el contexto familiar, la relación de pareja, el estado social y la obtención de datos sociodemográficos de la paciente. En la medida en la que se fue profundizando en las diferentes áreas de la vida de E. y en su historia personal, se pudieron ir identificando y estructurando los síntomas y dificultades desarrollados. De esta manera, se obtuvo una visión dilatada tanto de la historia de la paciente como de sus circunstancias actuales. Además, durante todo el proceso no sólo se tuvieron en cuenta los datos objetivos, sino también una comprensión desde la propia subjetividad de la paciente, teniendo presentes sus emociones y percepciones.

Por otra parte, el proceso de evaluación fue fortalecido con la aplicación de instrumentos cualitativos, que facilitaron el análisis del caso y complementaron la información adquirida a partir de la entrevista.

Los resultados de dichos instrumentos obtenidos en esta evaluación inicial fueron los siguientes:

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). La paciente alcanzó una puntuación de 28 puntos sobre 40, que es el valor máximo. Este resultado se relaciona con una autoestima moderada; lo que quiere decir que existen dificultades en torno a la misma, así como sería beneficioso atenderla y fortalecerla (Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, s.f.). Dicho dato refleja la falta de valía personal de la paciente, que le lleva a adaptarse a lo que los demás desean, con el fin de sentirse aceptada. No se permite expresar su yo interior ante un otro, ya que ella misma, en cierto modo, lo rechaza.

Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24). En la dimensión *atención emocional*, E. obtuvo una puntuación adecuada (32 puntos), pero en las dimensiones *claridad de sentimientos* y *reparación emocional* fue más reducida (19 y 18 puntos respectivamente). Es decir, la paciente detecta sus emociones y tiene capacidad para expresarlas; sin embargo, presenta dificultades a la hora de entenderlas, interpretarlas y regularlas adecuadamente (Fernández-Berrocal et al., 1998). Este test ayudó a especificar con mayor precisión aquellos aspectos del mundo emocional de E. que requerirían mayor atención.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). De la fuente *apoyo familiar* E. adquirió una puntuación moderada (12 sobre 24 puntos), una puntuación baja en el *apoyo de amigos* (7 sobre 24 puntos) y una puntuación elevada en el *apoyo de otros significativos* (20 sobre 24 puntos). En total, la paciente adquirió una puntuación de 39 puntos sobre 72, lo que significa que percibe su apoyo social como moderado. Las puntuaciones en las dos primeras fuentes reflejan como la paciente siente que no tiene un círculo social sólido ni un entorno familiar acogedor y de respaldo. No obstante, según la información adquirida en las entrevistas, se interpreta que la elevada puntuación en la fuente *apoyo de otros significativos* tiene que ver con que incluyó en la misma a su tía y su pareja. Son de quiénes ella verbaliza que recibe un apoyo más profundo.

Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) Revisada. La paciente alcanzó una puntuación de 61 sobre 80, lo que indica un nivel moderado-alto de soledad percibida. Este resultado fortalece la información recogida en

la entrevista clínica, así como concuerda con las puntuaciones obtenidas en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

Cuestionario de Salud Mental General de 12 ítems (GHQ-12). E. obtuvo una puntuación moderada-alta: 20 puntos sobre 36; lo que significa que presenta un estado de salud mental empobrecido. Este valor ha ayudado a comprender y verificar que, más allá de la observación, efectivamente, los síntomas detectados en la paciente reflejan y promueven un malestar psicológico notable en la misma.

Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R). En la dimensión *seguridad* la paciente presenta una puntuación de 10,20, lo que indica, al ser menor de 50, un apego inseguro. Las dimensiones *preocupación familiar* e *interferencia de los padres* valoran la presencia de un apego inseguro ansioso (de las dos, se toma como referencia la segunda), mientras la dimensión *autosuficiencia* y *rencor hacia los padres* valora la presencia de un apego inseguro evitativo. Llamativamente, la paciente presenta puntuaciones muy similares en ambas (74, 90 en *interferencia de los padres* y 73,50 en *autosuficiencia* y *rencor hacia los padres*), lo que lleva a interpretar que presenta formas de relacionarse de ambos estilos de apego. Esta afirmación es respaldada, además, por la elevada puntuación que E. presenta en la dimensión *traumatismo infantil* (98,00), que sugiere indicadores de apego inseguro desorganizado (Lacasa & Muela, 2014).

A continuación, se presenta una tabla resumen con los instrumentos de medida aplicados, sus puntuaciones obtenidas y su interpretación.

Instrumento	Interpretación	
RSE	Ítems positivos: 13 Ítems negativos: 15 Total: 28 / 40	Autoestima moderada
TMMS-24	Atención emocional: 32 – Adecuada atención Claridad de sentimientos: 19 – Debe mejorar claridad Reparación emocional: 18 – Debe mejorar reparación	

MSPSS	Apoyo familiar: 12 / 24 Apoyo social: 7 / 24 Apoyo de otros significativos: 20 /24 Total: 39 / 72	Apoyo social moderado
UCLA - Revisada	Ítems invertidos: 23 Ítems no invertidos: 38 Total: 61 / 80	Soledad moderada - alta
GHQ-12	Total: 20 / 36 – Malestar psicológico moderado	
CaMir-R	Seguridad: 10, 20 Preocupación familiar: 49, 70 Interferencia de los padres: 74, 90 Valor de la autoridad: 21,50 Permisividad parental: 41, 80 Autosuficiencia y rencor: 73, 50 Traumatismo infantil: 98,00	Apego inseguro desorganizado

Tabla 1. *Resumen de los instrumentos de evaluación y sus puntuaciones.*

Fuente: elaboración propia.

7. FORMULACIÓN DEL CASO

Este apartado busca analizar teóricamente el origen y mantenimiento de la problemática presentada por la paciente, permitiendo una comprensión más profunda de la misma. Para ello, se aplicará una perspectiva gestáltica.

Los síntomas y dificultades que E. presenta reflejan una detención en su proceso de crecimiento y maduración. Su capacidad para autorregularse está afectada, principalmente, por la congelación de una gestalt inconclusa. Las necesidades de protección, afecto, validación y cuidado presentes en la paciente durante su infancia no fueron satisfechas por su progenitora ni figuras cercanas (la presencia de su tía, única figura de referencia, no fue lo suficientemente consistente), generando así una profunda carencia en ella. Esta experiencia ha llevado a la paciente a desarrollarse limitando el contacto (tanto con los demás como con ella misma), y a repetir la gestalt inconclusa construyendo vínculos desde la carencia.

El entorno familiar ambivalente en el que creció la paciente y la violencia recibida por parte de su progenitora, le llevó a asociar intimidad (y, por tanto, contacto con otros y construcción de vínculos) con peligro y amenaza. De esta manera, E. tiende a limitar el contacto, o a reducirlo a lo superficial. Esta dinámica conduce a la paciente a aislarse, dominada por el miedo al rechazo y al daño, aumentando así su sensación de soledad. Esta, aunque es reconocida como fuente de malestar, también es identificada como un espacio seguro para la paciente. La soledad implica no contactar y, por tanto, no hay riesgo de ser dañado o abandonado por un otro.

Por otra parte, como mencionan Rojí y Saúl (2005), las experiencias no procesadas plenamente reaparecen en la vida presente; como es observable en E. una repetición prolongada en el tiempo del ciclo de necesidades incluso mencionado anteriormente: cuando permite el contacto, lo hace desde la carencia, buscando en el vínculo la adquisición de atención, validación y seguridad no obtenida en el pasado. Para alcanzar este objetivo, pone en marcha habilidades que, paradójicamente, la alejan de satisfacer sus necesidades de forma plena, como la constante búsqueda de agrado en el otro, la limitación de la intimidad, bajo establecimiento de límites o excesivo acomodamiento a las necesidades del otro.

Cabe subrayar que la dificultad de contacto de E. no sólo se produce con los otros, sino también con ella misma. Esto tiene que ver, primero, con que nadie le ha enseñado el valor de sus necesidades; y, segundo, con una estrategia de supervivencia. Para E., renunciar a su mundo interno le ha permitido resistir el profundo dolor del rechazo y no haberse sentido querida.

Bajo esta perspectiva es posible vislumbrar una fuerte dominación del miedo en la forma de relacionarse de E. Este posicionamiento proporciona protección a la paciente, así como una falsa sensación de control. No obstante, también se convierte en un potente limitador, ya que aumenta su desconexión con el entorno (lo que da lugar, de nuevo, a un aumento de la soledad) e impide que adquiera lo que verdaderamente necesita del mismo (un contacto y afecto profundo). Además, esta postura ahoga la que sería su contraria: el deseo. Este es prácticamente desconocido para la paciente, lo que también nos habla de la baja conexión que tiene consigo misma y sus necesidades.

Así pues, E. se encuentra desconectada del presente, y responde a situaciones actuales contaminada por su pasado.

Las repetidas experiencias de rechazo experimentadas por E. (progenitora, compañeros de colegio e instituto, amigas...) la han llevado a construir una idea de sí misma basada en la invalidación, la insuficiencia y el rechazo. Esto se refleja de forma nítida en su diálogo interno, marcado por la exigencia (“tengo que”, “debería” ...) y la culpa (“termino pensando que hay algo en mí que no funciona bien”).

A continuación, se ilustra lo explicado mediante un diagrama.

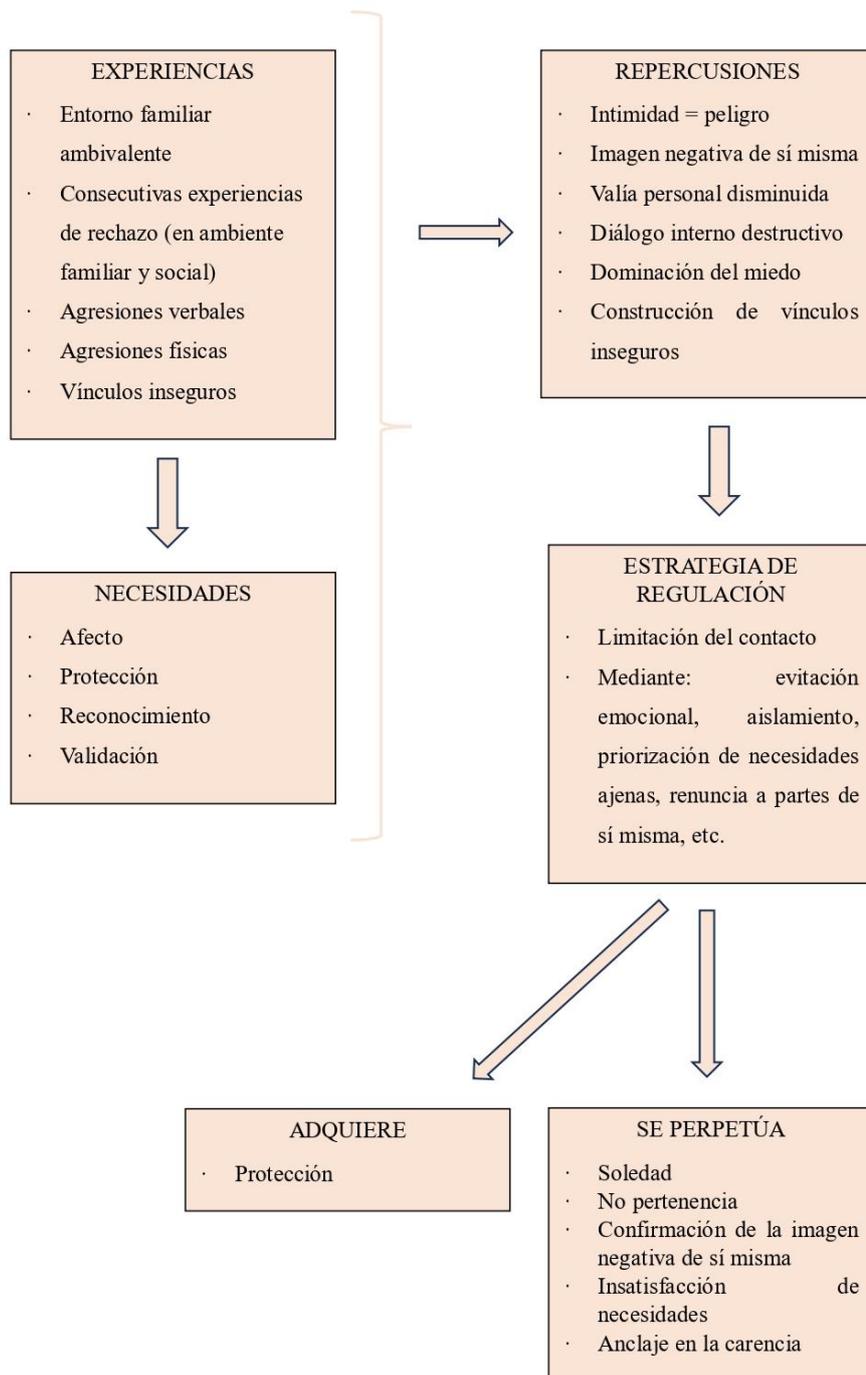


Figura 1. Diagrama formulación de caso.

Fuente: elaboración propia.

8. TRATAMIENTO Y CURSO

El proceso terapéutico tuvo lugar de forma presencial, excepto en dos ocasiones en las que las sesiones fueron online por viajes de la paciente. La periodicidad de las sesiones fue semanal, y la asistencia de E. a las mismas puntual y regular. Desde el inicio y a lo largo de todo el tratamiento la paciente se mostró muy comprometida, lo que se reflejó en una buena adhesión al proceso, implicación en las sesiones e interés respecto a las intervenciones terapéuticas. Las ocasiones en las que no pudo asistir a sesión fueron reducidas, y siempre justificadas.

Los objetivos del proceso terapéutico fueron:

Objetivos generales

- Elaborar sentimientos de soledad y no pertenencia.
- Elaborar historia vincular y favorecer la construcción de relaciones más seguras.
- Favorecer un diálogo interno más amable y constructivo.
- Aumentar conciencia emocional y del propio mundo interno (favorecer su escucha).
- Aumentar conexión con los propios deseos y necesidades.

Objetivos específicos

- Explorar necesidades relacionales no satisfechas y su manifestación en el presente.
- Favorecer el darse cuenta de cómo se manifiesta la soledad.
- Fomentar la toma de decisiones basada en lo que es significativo y auténtico para E.
- Explorar figuras del pasado y del presente asociadas a la experiencia de exclusión, y su resonancia en el presente.
- Tomar conciencia de patrones relacionales (¿desde dónde se relaciona E.?)
- Favorecer la identificación y expresión de necesidades en vínculos importantes.
- Explorar e identificar tono, contenido y función del diálogo interno.
- Incorporar lenguaje interno compasivo y de validación emocional.
- Trabajar con polaridades internas.
- Favorecer conexión emocional.

Con el fin de exponer en qué consistió el tratamiento terapéutico, considero pertinente dividirlo en tres fases, tituladas de la siguiente manera: *exploración, ¿miedo o*

deseo? y *autocompasión*. A continuación, se describen los elementos trabajados en cada una de ellas.

Exploración

Este primer periodo del proceso terapéutico tuvo lugar de la sesión 1 a la sesión 9, entre los meses de octubre y diciembre. El foco estuvo puesto en abordar dos objetivos clave: construir un vínculo terapéutico de calidad y explorar la presencia de dificultades y problemas.

A lo largo de todo el proceso terapéutico, aunque especialmente durante esta primera fase, ha existido la necesidad de crear y mantener una relación terapéutica segura, tanto con la terapeuta como con la coterapeuta. Para ello, además de haber adoptado una actitud empática, congruente y de aceptación incondicional (Rogers, 1957), también ha sido clave reconocer y validar a nivel emocional, promover la expresión del mundo interno de E. y la escucha activa. Todo ello ha permitido la construcción de un espacio seguro en el que la paciente, de manera progresiva, ha podido ir compartiendo cada vez más.

Por otra parte, también ha sido favorable para el vínculo terapéutico conocer a la paciente más allá de su problemática. Es decir, ha habido una preocupación por dialogar también acerca de los intereses de E., estilo de vida, inquietudes... Esto ha favorecido tener una visión completa de la paciente, y que ella misma pudiese contemplarse de forma integrada. El objetivo que se ha pretendido alcanzar es crear un espacio lo suficientemente seguro como para compartir vulnerabilidades, pero también lo suficientemente humano como para compartir inquietudes más allá de los problemas. Esta mirada holística hacia la persona resulta coherente con los principios de la Terapia Gestalt, donde la integración admite todas las partes de la persona, no solo las relacionadas con el malestar. Además, ha permitido también generar una mirada amable y aceptante hacia la paciente, elemento clave en la CFT.

Además, desde esta información también ha sido posible acceder a problemáticas más profundas, generar hipótesis e impulsar el cambio (a través del deseo, del que se hablará en el apartado siguiente). Por ejemplo, conocer el estilo de vida vegano de la paciente, su gusto por los niños, o su gusto por los animales, ha permitido explorar formas de vida más coherentes con sus deseos y necesidades; así como dificultades pasadas (por

ejemplo, vivencias dolorosas con su progenitora por no ser aceptada en casa como vegana) y presentes (por ejemplo, dudas con la pareja por no coincidir en valores).

Una técnica clave durante esta primera fase del proceso terapéutico ha sido la construcción de esculturas familiares con playmobil (concepto de familia, familia actual, familia ideal y familia ideal “sin varita mágica”). A partir de las mismas, ha sido posible conocer la historia vincular de la paciente (progenitora: “es que no me quieres... ya no eres mi hija”; actualmente la paciente se pregunta: “¿quién me quiere incondicionalmente?”), cómo es la vivencia respecto a su familia (“no sé cuál es mi lugar seguro, no tengo una casa a la que volver”, “llevo toda mi vida queriendo escapar de mi madre”), y cuál es el lugar que ha tendido a ocupar (“me siento muy desubicada”, “me veo muy mayor, y sola”). De esta manera, ha sido posible hacer visible lo interno desde un entorno seguro, e identificar una de las principales dificultades de la paciente: construcción de vínculos inseguros. También facilitó la exploración de objetivos terapéuticos, determinando hacia dónde deseaba caminar la paciente.

Cabe señalar que dicha técnica también promovió la conexión emocional de la paciente. Aunque predominase el diálogo racional, a través de la proyección visual E. pudo acceder a diferentes e interesantes contenidos con gran carga emocional (como los mencionados), sin verse amenazada.

Además, al explorar la historia vincular de la paciente, se pudo acceder también a su influencia en diferentes entornos: social y pareja (también a nivel histórico y actual).

Durante toda esta primera fase, las intervenciones orientadas a la exploración han sido en todo momento combinadas con intervenciones orientadas al aumento de conciencia, integración del discurso de la paciente, conexión con el momento presente y detección de necesidades; elementos centrales de la Terapia Gestalt. De esta manera, la información pudo ir saliendo a la luz a la par que iba siendo, poco a poco, organizada.

¿Miedo o deseo?

Este segundo periodo del proceso terapéutico tuvo lugar de la sesión 10 a la sesión 20, entre los meses de enero y abril. Durante este tramo, el foco principal estuvo colocado en los patrones vinculares de E., buscando profundizar en su manera de relacionarse y dotarla de un mayor sentido a partir del trabajo realizado previamente sobre su historia vincular. El objetivo no era tanto, como se declara desde la Terapia Gestalt, buscar un

porqué, sino un cómo (Perls et al., 1994); es decir alcanzar la comprensión y toma de conciencia.

¿Desde dónde y cómo se relaciona la paciente?, ¿qué tiene que ver esto con su historia?, ¿qué es lo que “domina” en ella? Estas fueron algunas de las preguntas que fui planteándome según fui conociendo la historia de la paciente y su situación.

Para trabajar el objetivo mencionado, ha sido clave la detección en la paciente de la polaridad miedo al contacto – deseo de contacto en la forma de relacionarse de la misma. A través del diálogo acerca de diferentes vínculos de E., principalmente pareja y progenitora, pudo ser señalada, así como la dominación del miedo en la paciente. Además, esta polaridad fue enmarcada en la historia de E., validando las múltiples experiencias de rechazo y la presencia del miedo como reacción natural ante la creación de nuevos vínculos como consecuencia de las mismas.

Una vez se hizo visible esta polaridad, pudo ser también trabajada a través de técnicas como la silla vacía (construcción de un diálogo entre el miedo y el deseo). A partir de la misma se pudo definir con mayor nitidez la funcionalidad de cada polo (“los dos me quieren proteger, que no sufra, pero el miedo me limita mucho”), la influencia de cada uno en E. (“me gustaría que el miedo no estuviera tan presente, toma muchas decisiones por mí”, “miedo, no deberías ser tan importante”), y la intención de alcanzar un equilibrio entre los mismos (“miedo, no quiero que desaparezcas, pero sí que pudiese meterte en un bolsillo de vez en cuando, y dejar de ser tan importante para mí”, “sé que me limitas, pero también sé que me previenes de cosas”). El resultado fue productivo; no obstante, se adquirió mayor productividad a través del diálogo y la ilustración de los polos mediante vivencias que la paciente fue trayendo en las distintas sesiones. Por ejemplo, a la hora de facilitar la toma de conciencia respecto a la activación del miedo, fue muy útil trabajar con el contenido que E. traía acerca de las dudas con su pareja. Se piensa que esto ha tenido que ver con la dificultad de E. para conectar en un plano más emocional, prefiriendo quedarse en lo cognitivo.

El trabajo con este miedo también ha permitido visibilizar el círculo vicioso en el que se encuentra inmersa la paciente y ella misma alcanzó reconocer: el miedo (al rechazo, a no ser suficiente, a sufrir...) limita sus interacciones (en cantidad -“en el trabajo decidí aislarme, fueron ellos los que me eligieron”- y en calidad: -“me siento muy rara cuando conecto de forma más profunda con alguien”-), lo que aumenta su sensación

de soledad y, en consecuencia, de nuevo, su miedo (a la propia soledad y a ser rechazada, ya que no logra satisfacer su necesidad de contacto). Esta toma de conciencia, además, también permitió introducir el sentido de responsabilidad, de manera que comprendiese que, desde ahí, puede comenzar a tomar decisiones más libres.

Cabe señalar que, inevitablemente, el trabajo con la polaridad ha remitido a dialogar acerca de vivencias pasadas (familiares, principalmente), por lo que han podido ser traídas al presente con intención de elaborarlas.

Por otra parte, también fue clave a lo largo de este segundo periodo de tratamiento la potenciación del deseo, no solo a nivel relacional, sino en un sentido amplio (inquietudes, proyectos...). Para ello ha sido de gran utilidad continuar explorando más allá del malestar, como se explicaba en el apartado anterior. Así se ha podido animar a la paciente a actuar desde sus verdaderas necesidades e inquietudes, y no desde el miedo o experiencias del pasado. Por tanto, la orientación hacia el momento presente también ha sido clave.

Como es observable, este periodo del tratamiento se ha centrado en adoptar una perspectiva más gestáltica; no obstante, también se ha ido introduciendo y devolviendo, sobre todo en las últimas sesiones, la presencia de un diálogo interno destructivo (elemento más cercano a la CFT). El objetivo de ello era ir “preparando el terreno” para la siguiente fase de la intervención: la autocompasión.

Autocompasión

Esta tercera y última fase del proceso terapéutico tuvo lugar de la sesión 21 a la sesión 24, entre los meses de mayo y abril. Se ha focalizado en el trabajo con el diálogo interno, principalmente a través de los principios de la CFT.

En primer lugar, ha sido fundamental poder identificarlo con claridad. Si bien es algo que se ha venido señalando y haciendo referencia a lo largo de todo el proceso terapéutico, no es hasta este momento cuando se pone plenamente sobre la mesa.

Para comenzar a trabajarlo, la exploración de los introyectos ha sido clave, principalmente, por dos motivos. El primero tiene que ver con que, a través de ellos, E. ha podido conectar con vivencias no procesadas y ancladas en ella; y, el segundo, porque se ha podido discernir entre lo que pertenece a otros y lo que ella ha asumido como suyo,

así como detectar hasta qué punto estos contenidos están presentes en su discurso interno destructivo.

Gracias al trabajo terapéutico previo sobre el miedo y su impacto en la paciente (incluyendo experiencias pasadas desde las que ha podido comprender cómo es que este la ha acompañado a lo largo de su vida y la sigue acompañando), la identificación del diálogo interno destructivo y la influencia de los introyectos en el mismo se ha visto facilitada. Además, al haber trabajado su forma de vincularse con los demás, indirectamente también ha ido creciendo una mayor conciencia acerca de cómo se vincula consigo misma, incluyendo la manera en la que se habla internamente.

Una vez visibilizado el diálogo interno, se introdujo el concepto de autocompasión como herramienta de gran utilidad para suavizar el crítico interno. De esta manera, se pretendía alcanzar el objetivo de despertar en E. una imagen de sí misma más amable y comprensiva. Para ello, una técnica clave ha sido la psicoeducación, ya que ha permitido trasladar, primero, el impacto negativo de un diálogo interno destructivo; y, segundo, los beneficios y poderes de desarrollar una actitud más compasiva. Por otra parte, también ha sido de gran utilidad recurrir a vínculos significativos de E. con otras personas, invitándola a reflexionar acerca de cómo trata a quienes quiere y compararlo con la manera en que se trata a sí misma. Por tanto, se evidenció la diferencia entre su capacidad de cuidado hacia los demás y la rigidez hacia ella misma. De esta manera, fue posible ir abriendo la posibilidad a introducir nuevas formas de diálogo interno, más basadas en la autocompasión y no en el desprecio.

Cabe señalar que, dado que el periodo de investigación concluye en una fecha determinada, esta tercera fase del tratamiento queda ilustrada de manera parcial. Está previsto continuar el proceso terapéutico con E. durante seis sesiones más, en las que se buscará profundizar en el trabajo con el crítico interno, seguir fortaleciendo la autocompasión y elaborar un cierre que permita revisar de forma conjunta el proceso terapéutico y los avances alcanzados hasta el momento.

A continuación, se presenta una tabla resumen con las sesiones realizadas, los contenidos trabajados en cada una de ellas y las técnicas utilizadas. El color rosa corresponde a las sesiones pertenecientes a la fase de *exploración*, el verde a la fase de *¿miedo o deseo?* y el azul a la fase de *autocompasión*.

Sesión	Objetivos / Contenido trabajado	Técnicas empleadas
1	<p>Construir vínculo terapéutico.</p> <p>Recoger datos generales: sociodemográficos, familia, pareja, etc.</p> <p>Definir motivo de consulta.</p> <p>Definir encuadre terapéutico.</p>	<p>Exploración.</p> <p>Preguntas abiertas.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Validación emocional.</p>
2	<p>Explorar red social.</p> <p>Explorar dinámica de pareja.</p> <p>Detectar dificultades emocionales.</p>	<p>Preguntas abiertas.</p> <p>Respuestas empáticas.</p> <p>Identificación de necesidades, temores y beneficios en la pareja.</p>
3	<p>Explorar: concepto de familia, dinámica familiar (actual, pero también pasada) y procesos emocionales asociados a los mismos.</p>	<p>Esculturas familiares mediante playmobil (concepto de familia, su familia actual y su familia ideal).</p> <p>Detección de necesidades no cubiertas.</p> <p>Sustitución “porqué” por “cómo”.</p>
4	<p>Conocer proyectos vitales.</p> <p>Articular proyectos futuros con la situación presente.</p> <p>Promover la identificación de necesidades y deseos.</p>	<p>Exploración.</p> <p>Señalamiento de necesidades y deseos, y proporción de un espacio para su expresión.</p> <p>Reflexión.</p> <p>Respuestas reflejo.</p>
5	<p>Profundizar en la familia ideal.</p> <p>Analizar y elaborar añoranza asociada a la misma.</p> <p>Explorar historia de la dinámica familiar.</p>	<p>Escultura familiar con playmobil.</p> <p>Preguntas para facilitar el contacto con el momento presente.</p> <p>Validación emocional.</p> <p>Confrontación.</p>
6	<p>Construir familia ideal “sin varita mágica”.</p> <p>Elaboración de objetivos terapéuticos.</p>	<p>Escultura familiar con playmobil.</p> <p>Articulación necesidades y deseos con metas.</p>

		Fomento expresión emocional: escucha activa, validación emocional, respuestas empáticas.
7	Abordar historia relacional (grupo de pares). Explorar la influencia de experiencias relacionales en su diálogo interno. Detectar emociones más asociadas al diálogo interno.	Señalamiento y validación de la experiencia de rechazo. Hacer consciente la dificultad y el miedo respecto a la intimidad. Sustitución “porqué” por “cómo”.
8	Profundizar acerca de temores/dudas en la pareja. Manejo del contacto con su madre. Explorar establecimiento de límites. Elaborar emociones asociadas a la pérdida de su mascota.	Psicoeducación. Diálogo socrático. Fomentar identificación de necesidades. Traer a conciencia la necesidad de aceptación y el miedo. Reflejo y validación emocional.
9	Trabajo con límites: impedimentos, necesidades, costes y beneficios de no ponerlos. Prestar atención al diálogo interno.	Integración de elementos fragmentados del discurso. “Y” en vez de “pero”. Más atención al análisis de las necesidades que al proceso de establecer límites en sí. Psicoeducación (asertividad y límites). Fomento expresión emocional.
10	Explorar navidades: dinámica familiar y dinámica de pareja. Profundizar en la dificultad de intimidad en la pareja.	Preguntas abiertas. Conexión necesidad de aceptación y miedo con dificultades en la intimidad. Confrontación. Escucha activa. Agradecimiento.

<p>11</p>	<p>Explorar rutinas, motivaciones, proyecciones...</p> <p>Conectar a la paciente con sus deseos y reforzarlos.</p>	<p>Visualización. Tu “yo” en cinco años: donde estás, familia, pareja, trabajo.</p> <p>Hablar en primera persona y tiempo presente.</p> <p>Aumento conciencia emocional.</p> <p>Análisis y reflexión posterior.</p>
<p>12</p>	<p>Visibilizar polaridad miedo al contacto VS deseo de contacto (con otros y ella misma).</p> <p>Concretar: función del miedo y función del deseo; y cómo se manifiestan en la forma de relacionarse.</p> <p>Tomar conciencia del polo dominante (miedo).</p> <p>Revisar proceso de duelo por pérdida de mascota.</p>	<p>Exploración, escucha activa y validación emocional.</p> <p>Responsabilizarse de la expresión</p> <p>Diálogo socrático y preguntas reflexivas.</p> <p>Intervenciones orientadas a integrar en vez de disociar.</p> <p>Conectar dominancia del miedo con historia personal.</p> <p>Reflejo y validación emocional.</p>
<p>13</p>	<p>Reforzar avances.</p> <p>Generar diálogo entre polaridades (miedo VS deseo).</p> <p>Profundizar en la función de cada polo, toma de decisiones desde cada uno, forma de operar en la paciente...</p> <p>Adquirir una posición más integradora.</p> <p>Señalar procesos emocionales.</p>	<p>Silla vacía: diálogo entre miedo y deseo.</p> <p>Responsabilizarse de la expresión.</p> <p>Identificación de dificultades.</p> <p>Exploración de recursos.</p> <p>Preguntas reflexivas.</p> <p>Hablar en primera persona y tiempo presente.</p> <p>Repetición de gestos y expresiones.</p>
<p>14</p>	<p>Retomar dudas en la pareja.</p> <p>Visibilizar manifestación del miedo a la soledad y al sufrimiento en la pareja.</p> <p>Reforzar establecimiento de límites.</p>	<p>Integración de elementos fragmentados del discurso.</p> <p>Exploración.</p> <p>Diálogo socrático.</p> <p>Fomento expresión emocional.</p>

	Facilitar reflexión y toma de conciencia emocional y de necesidades.	
15	Hacer conscientes patrones en las relaciones de pareja. Conectar estas dinámicas con la polaridad trabajada miedo – deseo.	Revisión de relaciones pasadas. Validación emocional. Confrontación. Psicoeducación (triángulo del amor – Sternberg). Visibilizar toma de decisiones desde extremos.
16	Abordar dinámica familiar poniendo el foco en la relación madre – hija. Relacionar historia familiar con situación actual y con los sentimientos de soledad y no pertenencia. Favorecer aceptación. Favorecer expresión emocional. Reforzar avances.	Sustitución “porqué” por “cómo”. Diálogo socrático. Favorecer el contacto con el momento presente. Explorar la información que proporciona el mundo emocional de la paciente. Integración de elementos fragmentados del discurso. Psicoeducación.
17	Reflejar polaridades en la vida de la paciente: miedo – deseo, interior – exterior, todo – nada. Validar dificultades. Identificar “zona de confort”.	Revisión de dinámicas relacionales. Revisión de hábitos. Respuestas reflejo. Confrontación. Metáfora.
18	Abordar sentimiento de soledad. Aumentar conciencia acerca del establecimiento de relaciones desde el miedo. Prestar atención al diálogo interno.	Confrontación. Quedarse en el sentimiento. Proporcionar un sentido al miedo relacionándolo con la historia vincular de la paciente. Introducción a los introyectos y su posible influencia en el diálogo

		interno de la paciente. Tarea entre sesiones.
19	<p>Abordar herida relacional de la paciente con su progenitora.</p> <p>Elaborar traición sentida hacia su progenitora.</p> <p>Validar procesos emocionales.</p> <p>Reforzar resiliencia.</p>	<p>Silla vacía con la progenitora desde el diálogo.</p> <p>Toma de conciencia del rol desempeñado en el pasado y en el presente.</p> <p>Promover sensación de agencia.</p> <p>Revisión de toma de decisiones.</p> <p>Validación y potenciación del enfado.</p>
20	<p>Uso del vínculo con su mascota para explorar experiencia de amor seguro e incondicional.</p> <p>Elaborar emociones asociadas a la pérdida de su mascota.</p> <p>Abordar inseguridad física: conocer componentes de la careta que proporciona el maquillaje, y ventajas de la misma.</p> <p>Impulsividad y extremos: capacidad de control ante su presencia y toma de decisiones.</p>	<p>Reflejo y validación emocional.</p> <p>Repetición de frases clave dichas por la paciente (¿cómo te llega esto que acabas de decir?).</p> <p>Señalamiento del diálogo interno culpabilizante.</p> <p>Generar conexión entre inseguridad física y necesidad de aceptación y validación externa.</p> <p>Reforzamiento de avances.</p>
21	<p>Trabajo con introyectos.</p> <p>Relación introyectos con crítico interno.</p> <p>Procesamiento de emociones asociadas a los introyectos.</p> <p>Relación con progenitora.</p>	<p>Lectura y revisión de la tarea mandada entre sesiones (escribir una lista de aquellas frases que hayan quedado grabadas en su pensamiento).</p> <p>Señalamiento de la influencia de estas voces en el diálogo interno de la paciente.</p>

		Escenificación sobre cómo la paciente trata su propio mundo interno. Validación emocional. Reforzamiento de habilidades de comunicación asertiva.
22	Diálogo interno en la interacción con el otro. Influencia de la necesidad de aceptación en el diálogo interno.	Exploración. Uso de metáforas. Psicoeducación. Confrontación. Diálogo socrático.
23	Exploración capacidad de compasión (con ella misma y con los demás). Diferenciación entre autocompasión y autosuficiencia.	Uso de vínculos cercanos (prima pequeña) para referenciar lo que es la compasión. Señalamiento falta de autocompasión. Psicoeducación. Reforzamiento del deseo de conectar con otro.

Tabla 2. *Resumen de objetivos planteados y técnicas utilizadas.*

Fuente: elaboración propia

Conviene mencionar que, a lo largo del tratamiento, aunque se ha mantenido una dirección terapéutica general clara, ha sido fundamental dejar espacio en las sesiones para que la paciente pudiera desarrollar aquello que necesitase trabajar en el momento. E. presentaba múltiples frentes abiertos, por lo que gran parte del trabajo también ha residido en conectar lo que surgía en sesión con objetivos y fórmulas terapéuticas más profundas.

9. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

9.1. Resultados cualitativos

A lo largo del tratamiento ha sido posible otorgar un sentido al profundo sentimiento de soledad de E. Aunque este siga presente, ahora tiene un lugar, y es posible

para la paciente nombrarlo y comprenderlo. Además, es visto por la misma desde un lugar más rico y profundo. Al inicio del proceso terapéutico, era comprendido como un malestar, algo de lo que deshacerse (“temo la soledad”), ahora es aceptado también como una forma de protección, un sentimiento que, aunque desagradable, también le proporciona seguridad, muestra lo conocido (“tiendo a aislarme, es donde me siento segura, por eso también me cuesta salir de ahí”). Todo esto refleja una mirada más amplia hacia lo que es la soledad y cómo actúa en ella. En este proceso, la exploración y adquisición de conciencia ha sido clave. De esta manera, terapeuta y paciente hemos podido llegar a diversas reflexiones, puliendo el enredo hasta llegar a lo nuclear.

En este sentido, el trabajo con la historia vincular ha resultado determinante. Comprender cuáles han sido los “atascos” del pasado y su influencia en el momento presente ha permitido adquirir una visión más integrada y validante del malestar en E.

Un proceso similar ha tenido lugar con la construcción de vínculos desde la seguridad. Al inicio de la terapia, E. afirmaba “no me siento merecedora de amor”, mientras que en las últimas sesiones lograba reconocer “sé que sí soy merecedora de amor, aunque en un plano emocional a veces no termino de creérmelo”. Es decir, de nuevo es observable una mayor capacidad de introspección, que favorece la construcción de vínculos más conscientes y en sintonía con las propias necesidades. Aunque el nivel emocional requiera de mayor experiencia vivencial para ser abordado de forma plena, dicha autoobservación abre la puerta a poder “lanzarse” a experimentarlo. Igualmente, E. expresa haber sentido avances a la hora de relacionarse con los demás, venciendo su necesidad de aceptación y permitiéndose expresar su mundo interno (“hace tiempo no me habría atrevido a decir, por ejemplo, que me gustaban las rosas si el otro decía que le gustaban las margaritas, y ahora sí me siento con más capacidad para decirlo”, “siento que estoy delegando responsabilidad en mi relación de pareja, ahora dejo que él también proponga planes” o, cuando fue a visitar la tumba de su mascota acompañada de su pareja pudo expresar “necesito que me dejes un rato a solas”). Además, cabe mencionar que estos avances han sido vividos con orgullo, y no desde el temor (“estoy muy orgullosa de mí misma, porque noto que poco a poco me atrevo a expresarme más”). Todo ello habla también de una percepción de sí misma más integrada, aceptante y validada.

En este sentido, el trabajo con polaridades también ha sido clave, ya que ha permitido a E. profundizar y tomar conciencia acerca de la manera en que se relaciona.

Por otra parte, también ha sido observable en E. una progresiva atención a su mundo emocional y una mejor gestión del mismo. Por ejemplo, la paciente identifica cuáles son los aspectos de la relación con su progenitora que le activan, y logra detenerse a reflexionar acerca de ellos antes de actuar (“he escrito un mensaje diciéndole todo lo que pienso; el principio está bien, el final es más agresivo, quiero darle una vuelta antes de mandárselo”). También resulta interesante que cuando experimenta soledad y aparece la añoranza, identifica que no es sinónimo de querer volver a su vida anterior, sino un deseo de compañía, de conexión con otro; es decir, ubica la emoción y le pone nombre.

Cabe destacar que el propio discurso de la paciente ha mejorado significativamente, adquiriendo un tono más reflexivo e integrado. Durante el último periodo de tratamiento ha sido notable una mayor agilidad en la capacidad de E. para conectar contenidos y experiencias traídas a sesión, así como para profundizar en las preguntas realizadas. Esta actitud condensa los resultados recientemente escritos, ya que muestra que la manera de razonar de la paciente se ha modificado, adquiriendo una mayor introspección. A medida que ha ido tomando conciencia de lo que le sucede ha podido conectar con mayor precisión. Por ejemplo, cuando profundicé en su dolor por la pérdida de su mascota, pudo reconocer que, más allá de la misma, se veía muy afectada, aunque hubiesen pasado meses, porque conectaba con su percepción de soledad y falta de apoyo incondicional.

El trabajo con el deseo ha sido especialmente interesante. Tenerlo presente, explorando más allá del malestar, ha permitido orientar a la paciente hacia el momento presente y hacia una proyección más coherente con sus necesidades actuales. Esto se refleja, por ejemplo, en un mayor interés por parte de E. en buscar trabajos más acordes a sus intereses, así como en su reciente inscripción en un curso que le permitirá optar a puestos laborales más afines a sus gustos. Además, visibilizar y escuchar el deseo ha facilitado el acceso a las necesidades internas de E., y también su expresión.

Por último, el trabajo centrado en el diálogo interno ha permitido un acceso más profundo y significativo al mundo mental y emocional de E. Aunque no se han observado cambios significativos en el discurso en sí, lo interesante reside en lo siguiente: la paciente ha adquirido mayor conciencia acerca de cómo se relaciona con ella misma (por ejemplo, logra reconocer las voces de otros en su propio discurso), ha crecido en ella la capacidad para detectar la manera en la que se habla, y ha aceptado la autocompasión como herramienta para combatir esta autodestrucción.

9.2. Resultados cuantitativos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación cuantitativos, comparando las puntuaciones adquiridas antes y después del tratamiento, e integrándolos con los hallazgos cualitativos.

Los valores registrados en la **Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24)** indican un evidente avance en la capacidad de la paciente para comprender sus estados emocionales (19 puntos en pre tratamiento frente a 31 puntos en post tratamiento) y regularlos adecuadamente (18 puntos en pre tratamiento frente a 29 puntos en post tratamiento). La atención emocional también ha aumentado, rozando su inadecuación por exceso (32 puntos en pre tratamiento frente a 36 puntos en post tratamiento). No obstante, esta última puntuación es una respuesta que puede considerarse, incluso, esperable, ya que a lo largo del tratamiento se ha promovido una progresiva conexión con la vivencia emocional. Además, se trata de una paciente con dificultades para realizar dicha tarea, por lo que resulta natural que en el post tratamiento se haga más evidente. Todo ello refleja una mejora en el nivel de conciencia emocional de E., a la par que una mayor capacidad de introspección y autoobservación emocional, lo que resulta coherente con lo observado en las sesiones y recientemente ilustrado en el apartado de resultados cualitativos.

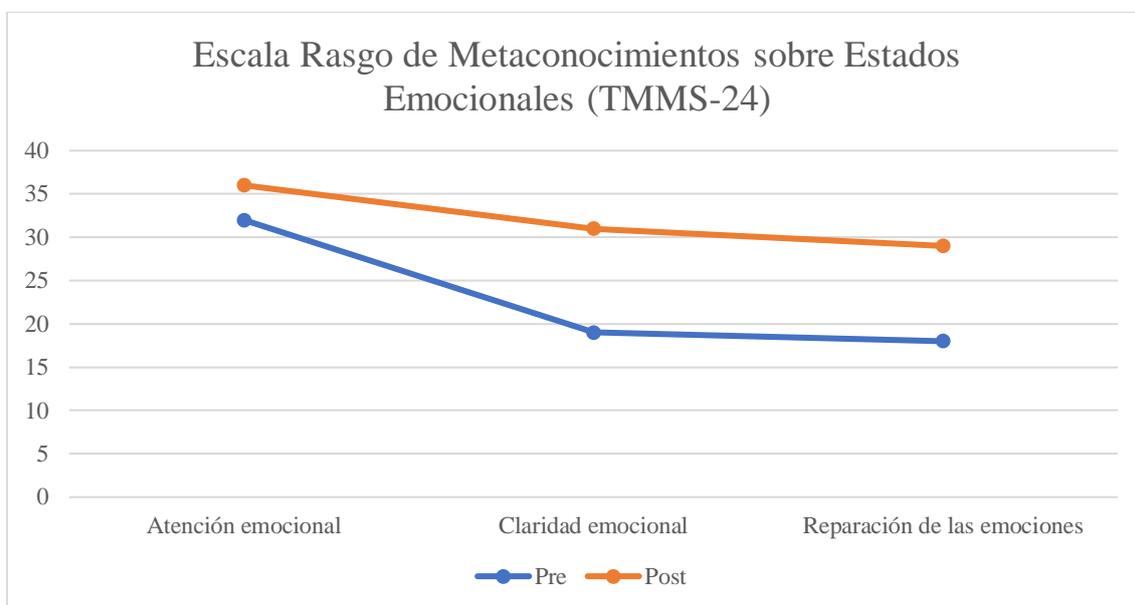


Gráfico 1. Resultados pre – post Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24).

Fuente: elaboración propia.

Los resultados obtenidos en la **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)** reflejan en E. una evolución de una autoestima moderada (puntuación de 28/40 en la evaluación pre tratamiento) a una autoestima elevada, considerada saludable (puntuación de 34/40 en la evaluación post tratamiento). En concreto, llama la atención el cambio de puntuación en los ítems 4 (“tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a”) y 5 (“en general estoy satisfecho/a de mí mismo/a”), que pasa de clasificar como “muy en desacuerdo” a “de acuerdo”. Se considera que ambas afirmaciones ilustran acertadamente el aumento de valía personal en E., así como la adquisición de una imagen más positiva de sí misma. Cabe mencionar que, como se señala en el apartado de resultados cualitativos, puede que estas afirmaciones tengan que ver con un reconocimiento principalmente cognitivo; no obstante, constituyen un paso valioso en el proceso, ya que, aunque aún queda camino para que este reconocimiento también pueda darse plenamente a nivel emocional (algo que también comienza a reflejarse), representan una base desde la que continuar profundizando.

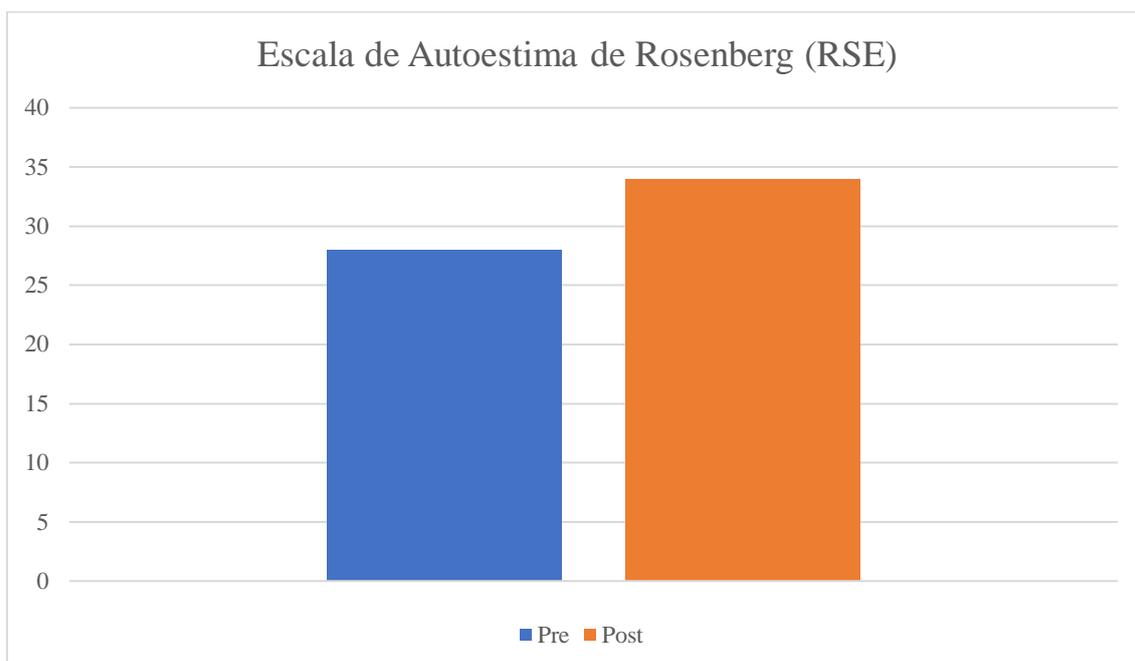


Gráfico 2. Resultados pre – post Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).

Fuente: elaboración propia.

Al observar las medidas pre y post en la **Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA)**, se aprecia una disminución del sentimiento de soledad de un nivel moderado-alto (61 puntos sobre 80) a un nivel moderado-bajo (44 puntos sobre 80). Esto concuerda con lo observado en las sesiones: el sentimiento de soledad en

sí no ha desaparecido, pero escucharlo, reconocerlo y otorgarle un lugar ha llevado a que se reduzca el espacio que ocupaba internamente en la paciente, así como la sensación de angustia e invasión que generaba. Además, los cambios de puntuación, por ejemplo, en los ítems 19 (“hay personas con las que puedo charlar y comunicarme”) y 20 (“hay personas a las que puedo recurrir”) de “raras veces” (pre tratamiento) a “frecuentemente” (post tratamiento), indican un claro reconocimiento de que, aunque no tiene una red de apoyo tan extensa como desearía, sí percibe que tiene personas a su alrededor con las que puede contar.

Por otra parte, me gustaría destacar el cambio de puntuación en los ítems 12 (“mis relaciones sociales son superficiales”) y 13 (“pienso que realmente nadie me conoce bien”) en la evaluación previa al tratamiento (puntuados ambos como “nunca”) y en la evaluación posterior al tratamiento (puntuados como “frecuentemente” y “algunas veces” respectivamente). Aunque aparentemente esto refleja un aumento en el sentimiento de soledad, también refleja en E. un mayor nivel de comprensión del mismo e introspección. Al inicio del tratamiento, y como se comentaba en los resultados cualitativos, la soledad era simplemente vista como algo a quitarse, ahora la mirada hacia la misma es más profunda. E. ha podido identificar y reconocer cómo limita el contacto con el otro.

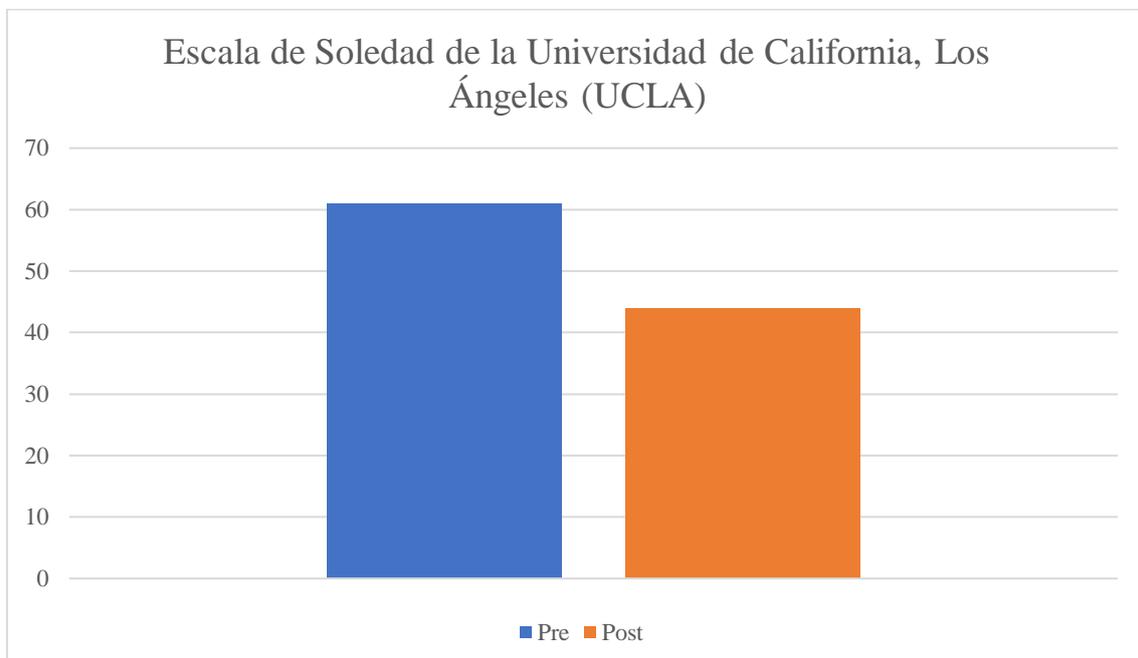


Gráfico 3. Resultados pre – post Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA).

Fuente: elaboración propia.

Según los resultados pre y post de la **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)**, la paciente ha experimentado un aumento en la sensación general de acompañamiento y respaldo por parte de su entorno social (puntuación total pre tratamiento de 39/72 frente a puntuación total post tratamiento de 56/72). Este incremento se debe, principalmente, a un cambio en la percepción del *apoyo familiar* (pasa de una puntuación moderada -12 sobre 24 puntos- a una puntuación elevada -22 sobre 24-). Dicho dato resulta especialmente interesante, ya que indica un cambio en la forma en que E. percibe a su familia, pudiéndose enfocar en aquellas figuras que le brindan bienestar (su tía y su prima) y reconocer el apoyo que le proporcionan. Como también ha sido observado en las sesiones, E. excluye como fuente de bienestar y acompañamiento a su progenitora y pareja de la misma, llegando a decidir no tener relación con los mismos. Por tanto, es relevante señalar cómo E. “rescata” aquello que sí tiene (y decide conservar), y logra adquirir de ello lo que necesita: acompañamiento y apoyo.

En las subescalas *apoyo de amigos* y *apoyo de otros significativos* las puntuaciones pre – post conservan una línea general semejante. Aun así, es observable un aumento en las mismas: pasó de 7 a 11 puntos sobre 24 (puntuación baja) y pasó de 20 a 23 puntos sobre 24 (puntuación elevada), respectivamente. Estos datos sugieren, y en concordancia con lo mencionado en la Escala de Soledad (UCLA) que, aunque la red de apoyo de la paciente no haya incrementado como tal, sí ha aumentado en ella la capacidad para reconocer el acompañamiento que recibe de la misma. A la par, esto también sugiere una mejora en la capacidad de contacto y conexión con el otro.

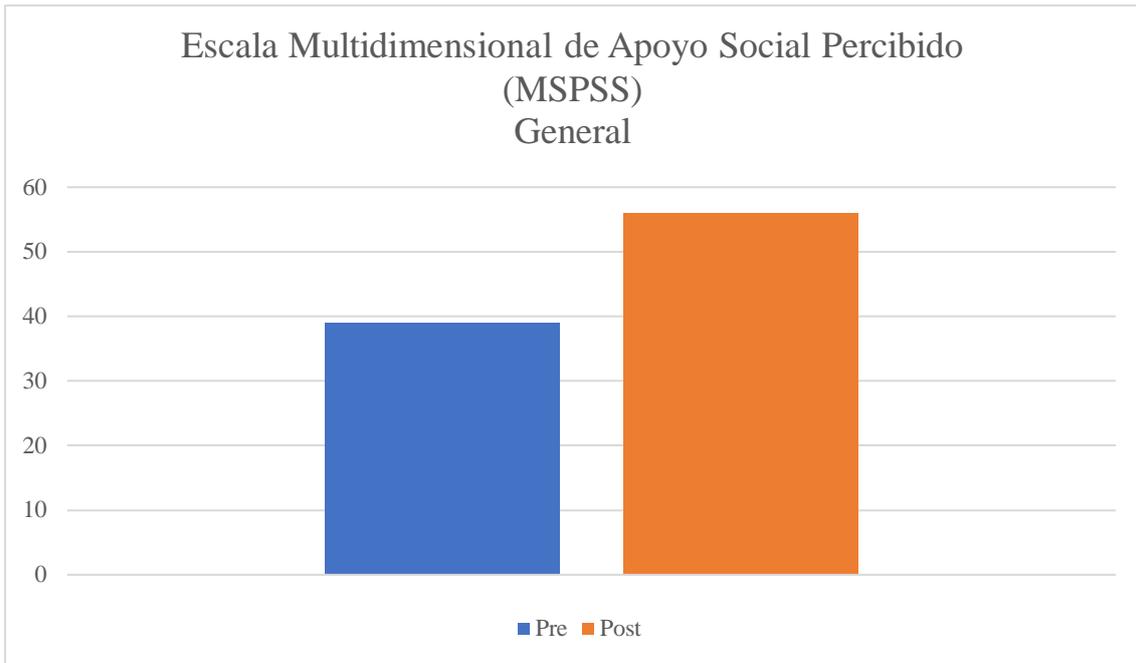


Gráfico 4. Resultados pre – post Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). General.

Fuente: elaboración propia.

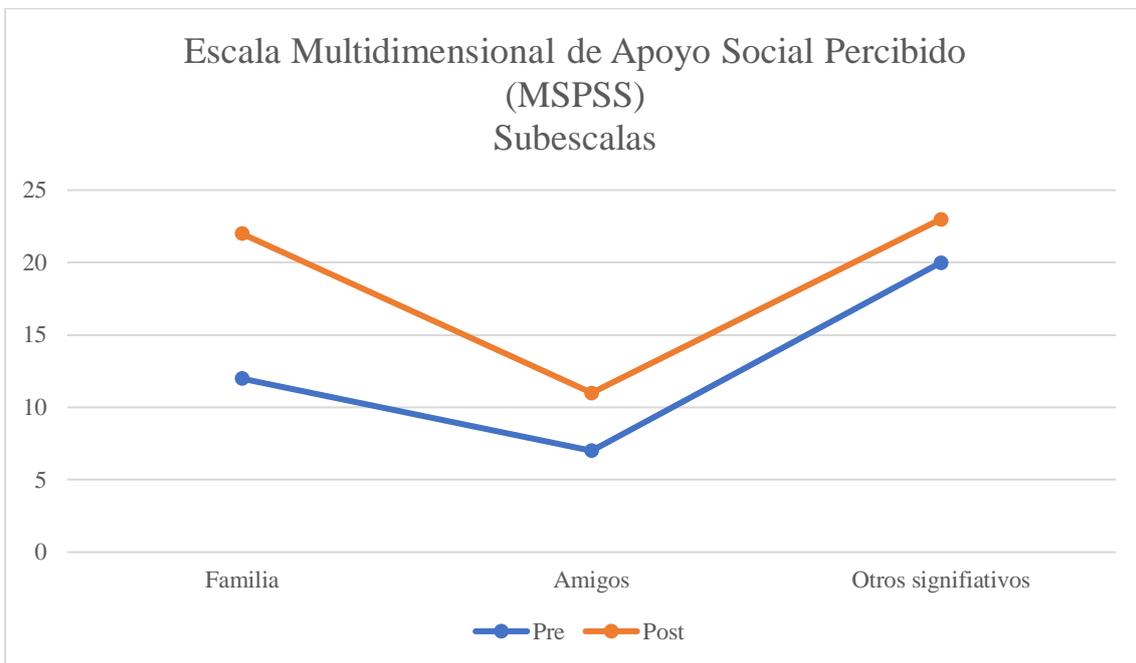


Gráfico 5. Resultados pre – post Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Subescalas.

Fuente: elaboración propia.

Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R). Dada la importancia que se le ha dado a lo largo del tratamiento a la historia vincular de E., se ha considerado pertinente reevaluar la variable apego con el fin de observar posibles cambios en su percepción acerca de sus propias vivencias familiares. Los resultados revelan puntuaciones pre y post en las dimensiones *seguridad*, *preocupación familiar*, *interferencia de los padres* y *traumatismo infantil* relativamente estables, ya que las variaciones han sido muy reducidas (10,2 frente a 7,7; 49,7 frente a 47,4; 74,9 frente a 71,4; y 98,0 frente a 101,0 respectivamente). Sin embargo, sí se han hallado diferencias relevantes en las siguientes dimensiones:

Valor de la autoridad de los padres. Ha sido la más llamativa, ya que ha aumentado 20, 2 puntos (21, 5 en pre frente a 41, 7 en post). En los tres ítems que conforman la dimensión se ha detectado mayor nivel de acuerdo con las afirmaciones. Esto puede relacionarse con una reconciliación respecto al papel de la autoridad en la crianza; ahora interpretada no como sinónimo de control, sino como protectora y necesaria si es bien empleada. Como señalan Lacasa y Muela (2014), aceptar la autoridad (saludable) se relaciona con estilos de apego seguros.

Permisividad parental. Ha aumentado con una diferencia de 9,9 puntos (41,8 en pre frente a 51,7 en post). Mientras las puntuaciones pre y post de los ítems 2 (“mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario”) y 22 (“mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería”) se han mantenido estables (ambos respondidos como “muy en desacuerdo”), la calificación en el ítem 15 (“cuando era niño/a, tenían una actitud de dejarme hacer”) ha aumentado (en pre respondido como “en desacuerdo” y en post respondido como “de acuerdo”), siendo esta la responsable del incremento de puntuación en la dimensión. Esto se relaciona con una mayor toma de conciencia en E. respecto a las vivencias familiares. Esta aparente contradicción en la respuesta de los ítems refleja la ambivalencia vivida en su infancia, y que ella misma reconoce (“a veces mi madre se iba y no volvía días”, “mi madre tenía que controlar con quién salía, qué hacía...”).

Autosuficiencia y rencor contra los padres. Se ha observado un incremento de la puntuación con una diferencia de 6, 4 puntos (73,5 en pre frente a 79,9 en post). La responsabilidad la carga el ítem 9 (“sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas”), que pasa de ser clasificado como “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Las puntuaciones en el resto de ítems de la dimensión se mantienen estables.

Estos datos nos hablan del sufrimiento de E. en su historia vincular, y del miedo a contactar y compartir con el otro que, a pesar de los avances alcanzados, aún sigue dentro de ella.

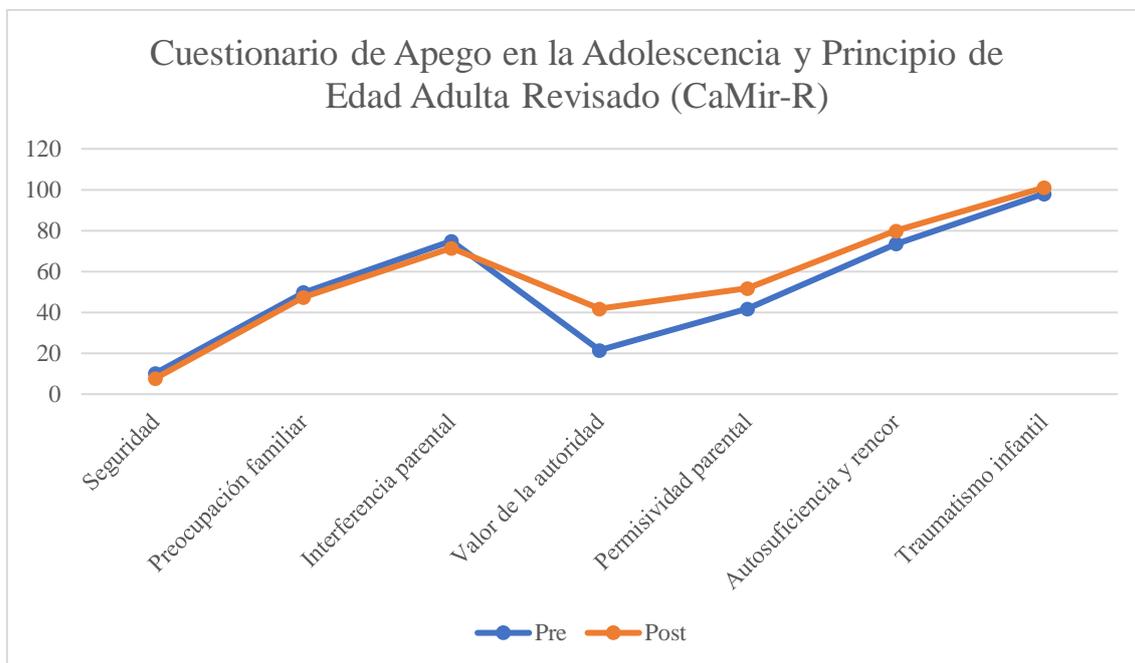


Gráfico 6. Resultados pre – post Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R).

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, los datos obtenidos a partir de **Cuestionario de Salud Mental General (GHQ-12)** indican una significativa mejora en el estado psicológico de E. La puntuación previa al tratamiento fue de 20, mientras que la posterior al tratamiento fue de 4 sobre un máximo de 36 (a menor puntuación, mejor estado de salud mental). En todos los ítems del cuestionario la paciente ha mostrado mejora. No obstante, entre los mismos se considera pertinente destacar el 4 (“¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?”) y el 8 (“¿ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?”), que puntuó como “más que lo habitual”; y el 6 (“¿ha sentido que no puede superar sus dificultades?”) y el 10 (“¿ha perdido confianza en sí mismo?”), que puntuó como “no, en absoluto”. Dichas afirmaciones reflejan un mayor sentimiento de agencia y capacidad de afrontamiento en E.; lo que sugiere que, a medida que ha ganado en bienestar, también ha ganado en fuerza para profundizar en asuntos no resueltos y elaborarlos (y viceversa). Cabe destacar que estas puntuaciones también resultan coherentes con los resultados obtenidos en la Escala

de Autoestima de Rosenberg (RSE) y Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24), ya que ambas reflejan una mejora en E. en la percepción que tiene de sí misma y en su capacidad para autorregularse. Sin estos factores, difícilmente se sentiría capaz de afrontar sus problemas ni de confiar en sus propios recursos.

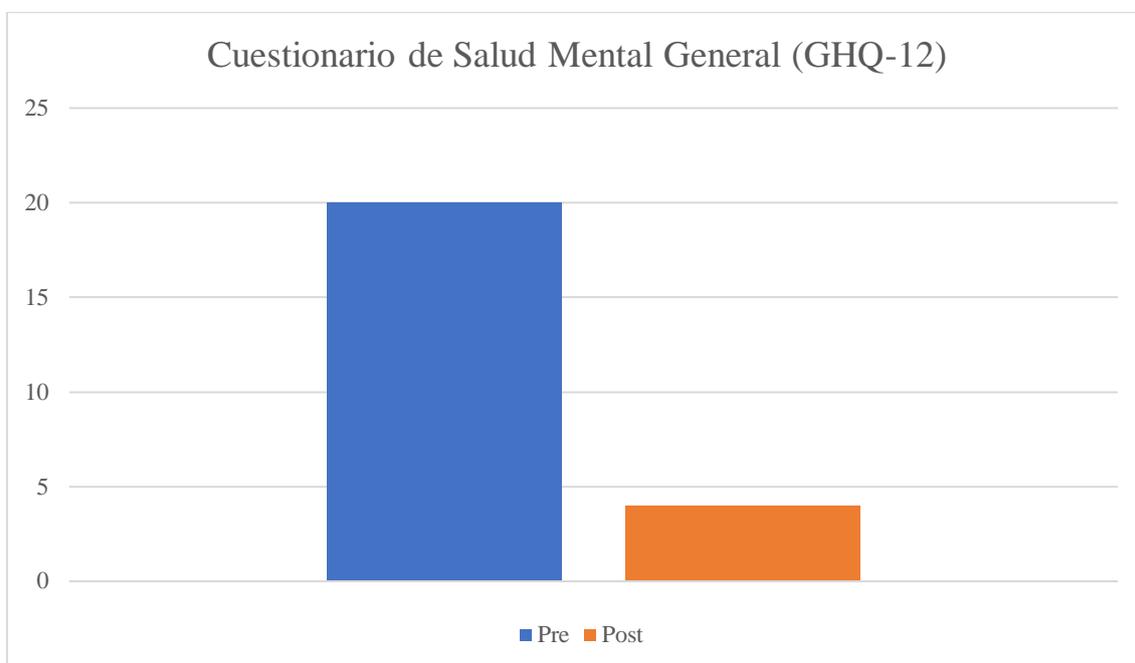


Gráfico 7. Resultados pre – post Cuestionario de Salud Mental General (GHQ-12).

Fuente: elaboración propia.

10. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso muestran una evolución positiva en el abordaje de sentimientos de soledad, apoyo social percibido, nivel de conciencia emocional, autoestima y estado de salud mental general; a partir de la integración de la Terapia Gestalt y la CFT. Además, evidencian una mejora en el trabajo con dificultades asociadas a la construcción de vínculos seguros, y en la facilitación de la capacidad de introspección y el desarrollo de una mirada hacia uno mismo más consciente, validante e integrada. Por tanto, dichos resultados permiten concluir que la combinación de la Terapia Gestalt y la CFT es efectiva para el abordaje de las problemáticas mencionadas (en este caso, aspectos nucleares del malestar de la protagonista del estudio), y para trabajar con personas con una historia relacional altamente dañada. De este modo, el presente estudio ofrece un sustento empírico al marco teórico desde el que se ha planteado el tratamiento, al mismo tiempo que refleja una

coherencia entre los objetivos terapéuticos propuestos y los cambios observados a lo largo del proceso. En este sentido, puede afirmarse que las hipótesis planteadas al inicio del trabajo han sido validadas. Esto reafirma la relevancia del enfoque integrador utilizado, y sugiere que podría ser útil y aplicable en otros contextos clínicos de características similares a las del caso analizado.

Los hallazgos del presente estudio respaldan las propuestas fundamentales de la Terapia Gestalt y de la CFT. Desde el enfoque gestáltico se entiende que, en la medida en que el individuo adquiere conciencia acerca de su experiencia (incluyendo las dificultades, pero abarcando la vivencia de manera completa), se hace responsable de la misma y se orienta a lo que sucede en el momento presente, el cambio es posible, ya que se favorece un desarrollo auténtico en el individuo y la posibilidad de elegir nuevos caminos (Ayala, 2021; Rojí & Saúl, 2005). Los resultados del tratamiento reflejan dicha propuesta, especialmente en lo que se refiere a la toma de conciencia. En la medida en que E. pudo ir poniendo sobre la mesa sus temores, dificultades, anhelos e inquietudes, también pudo ir experimentando un verdadero contacto con sus necesidades presentes (por ejemplo, generar un contacto auténtico y genuino con un otro), así como una responsabilidad acerca de sí misma y sus decisiones (por ejemplo, E. pudo reconocer lo que la soledad significaba para ella más allá de un simple malestar, identificando que ella también la busca en ocasiones, ya que es un espacio conocido y, en cierto modo, seguro para ella). De esta manera, y de la mano de la activación del deseo, pudieron ir tomando forma nuevas maneras de mirarse y sentirse a sí misma; es decir, a partir de la toma de conciencia, pudo comenzar a tomar decisiones más libres. Además, también se hizo visible una capacidad de introspección mucho mayor, así como un progresivo contacto y expresión emocional. Por otra parte, la CFT ha aportado al trabajo terapéutico una especial atención al diálogo interno de la paciente y el poder transformador de la compasión. Aunque no se ha hallado un cambio sustancial en el contenido del discurso interno de E., sí se ha promovido su identificación, observación y aceptación de la autocompasión como herramienta para combatirlo. Esto coincide con la propuesta de Gilbert y Procter (2006), quienes señalan que la autocompasión requiere de un proceso y entrenamiento, puesto que su llegada no es inmediata. Además, la literatura (Leaviss & Uttley, 2015; MacBeth & Gumley, 2012) indica que la CFT es efectiva para la reducción del malestar psicológico, lo que coincide con los resultados del tratamiento de E.

La articulación entre la Terapia Gestalt y la CFT ha resultado exitosa por sus puntos en común, pero también por su capacidad para complementarse de manera efectiva. La mirada compasiva (por parte del terapeuta hacia la paciente, y la introducción de esta en la misma hacia el final del tratamiento) ha permitido enriquecer la progresiva toma de conciencia en E. respecto a sus dificultades, adquisición de responsabilidad y orientación hacia el aquí y el ahora; elementos perseguidos por la Terapia Gestalt. De este modo, se ha potenciado el desarrollo de una actitud más amable y aceptante en E., a la par que ha podido desarrollar una mirada más amplia e integradora. Se plantea que, por estas razones, la combinación de ambas terapias ha sido productiva, al punto que su articulación se desarrolló de forma natural, e incluso intuitiva, a lo largo del proceso terapéutico. Este hallazgo está en consonancia con lo propuesto por Gilbert (2009), quien defiende que la CFT puede ser aplicada junto a otros enfoques terapéuticos, ya que puede complementarlos y potenciar su efectividad.

Cabe destacar, tal como se ha venido señalando a lo largo del estudio, la importancia del vínculo terapéutico desarrollado durante el tratamiento. La construcción de un espacio seguro ha facilitado en la paciente una progresiva expresión tanto emocional como cognitiva, permitiendo el desarrollo de un trabajo terapéutico cada vez más profundo. Es decir, a medida que la relación se fue fortaleciendo, las intervenciones clínicas fueron adquiriendo también un tono cada vez más efectivo y revelador. En este sentido, la constante exploración y preocupación por conocer a la paciente más allá de su malestar han sido elementos clave. De esta manera, E. no ha sentido que haya tenido que sacrificar partes de sí misma para desarrollarse en la terapia (como ella mencionaba: “es que aquí soy yo al cien por cien, puedo decir todo lo que se me pasa por la cabeza”). La experiencia clínica ilustrada en el presente estudio de caso respecto al impacto de la calidad de la relación terapéutica coincide con la literatura existente (Andrade, 2005; Corbella & Botella, 2003), que defiende la calidad de la relación terapéutica como un factor clave en el desarrollo y éxito de un tratamiento.

Una de las principales dificultades en el proceso terapéutico con E. ha sido conducir su evitación y desconexión emocional. Dado que el marco teórico desde el que se ha trabajado persigue lo vivencial, se ha buscado generar este tipo de experiencias; no obstante, siento que la evitación emocional de E. ha limitado la posibilidad de profundizar en ese nivel. En este sentido, en ocasiones, ha predominado un enfoque más cognitivo y centrado en la comprensión racional. No obstante, pienso que esta forma de proceder

también ha proporcionado sus beneficios: por un lado, porque comprender aporta alivio y claridad; y por otro, porque también ha sido una forma de adaptarse al estilo de la paciente. Dado que esta desconexión también es una defensa, haber lanzado a lo vivencial a E. desde el primer momento podría haber resultado en mayor desregulación. De manera progresiva fue posible ir introduciendo técnicas cada vez más vivenciales, así como adentrarse en lo emocional partiendo del diálogo y haciendo uso del buen vínculo terapéutico.

Como también se expresa en el apartado de tratamiento, la paciente ha presentado múltiples frentes abiertos, tanto actuales como del pasado, lo que en ocasiones ha dificultado vislumbrar un camino terapéutico claro. Por tanto, el principal reto ha residido en conectar los diversos contenidos que E. traía a sesión con objetivos terapéuticos más profundos. No obstante, también he considerado esta flexibilidad como parte natural del proceso, teniendo en cuenta también el marco teórico desde el que se ha trabajado, que no busca rigidez sino todo lo contrario: adaptación.

Sería pertinente continuar explorando la efectividad de la Terapia Gestalt desde una perspectiva empírica. Posee una gran riqueza teórica y clínica, lo que lo convierte en un enfoque con un potencial terapéutico de gran interés, pero que carece de suficiente apoyo científico. Así mismo, se considera relevante continuar profundizando en enfoques integradores que incluyan la CFT. Como su propio creador indica (Gilbert, 2009), es una terapia flexible, capaz de adaptarse a otros modelos terapéuticos. En concreto, sería interesante explorar qué espacio ocupa la autocompasión en el proceso terapéutico, ya que la pertinencia de su incorporación puede variar según las necesidades del paciente.

Finalmente, también se invita a continuar profundizando en la articulación de la Terapia Gestalt y la CFT, dado que los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren una integración prometedora. Sin embargo, responden al análisis de un caso único, por lo que la generalización a otros contextos o poblaciones es incierta. De esta manera, sería interesante ampliar la investigación a diferentes muestras y mediante distintas metodologías.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, B. & Rasmussen, P. H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Andrade, N., (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16 (1), 9-29.
- Araya, C. & Moncada, L. (2016). Autocompasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV (1), 67-78.
- Ayala, R. (2021). *Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia Gestalt* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional RIUMA. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/38075>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Brabete, A.C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): Estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37 (1), 11–29.
- Carvalho, S., Martins, C.P., Almeida, H.S. & Silva, F. (2017). La evolución de la terapia cognitivo-conductual: la tercera generación y su eficacia. *European Psychiatry*, 41, 773-774. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Estrés, apoyo social y la hipótesis de amortiguación. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. (sf). *Escala de autoestima de Rosenberg*. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala%20rosenberg.pdf>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.

- Daneshvar, S., Shafiei, M., & Basharpour, S. (2022). Group-based Compassion-focused Therapy on Experiential Avoidance, Meaning-in-life, and Sense of Coherence in Female Survivors of Intimate Partner Violence with PTSD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of interpersonal violence*, 37(7-8), NP4187–NP4211. <https://doi.org/10.1177/0886260520958660>
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., & Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga, España.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Hewitt, C., Perry, A., Adams, B. & Gilbody, S. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders*, 128(1-2), 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.029>
- Lacasa, F., & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y el adolescente*, 83-93.
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y estrés*, 8(2-3), 173-182.

- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lucre, K., Ashworth, F., Copello, A., Jones, C., & Gilbert, P. (2024). Compassion Focused Group Psychotherapy for attachment and relational trauma: Engaging people with a diagnosis of personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 97(2), 318–338. <https://doi.org/10.1111/papt.12518>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Martín, Á. (2011). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Desclée de Brouwer.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 79–92). The Guilford Press.
- Orth-Gomér, K. (1994). Evidencia epidemiológica internacional de una relación entre el apoyo social y la enfermedad cardiovascular. En SA Shumaker y SM Czajkowski (Eds.), *Apoyo social y enfermedad cardiovascular* (pp. 97–117). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2572-5_5
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia gestalt. La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1994). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Gestalt Journal Press.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K. & Gilbert, P. (2024). El impacto de la terapia centrada en la compasión en los resultados positivos y negativos de salud mental: Resultados de una serie de metaanálisis. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 31 (2), 230–247. <https://doi.org/10.1037/cps0000193>
- Raffagnino, R. (2019) Efectividad de la terapia Gestalt: Una revisión sistemática de la evidencia empírica. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>

- 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>
- Rojí, M. B., & Saúl, L. Á. (Eds.). (2005). *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Roubal, J., Francesetti, G., Brownell, P., Melnick, J., & Zeleskov-Djoric, J. (2016). Uniendo la práctica y la investigación en terapia Gestalt. En J. Roubal (Ed.), *Hacia una tradición de investigación en terapia Gestalt* (pp. 1–17). Cambridge Scholars Publishing.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 46(6), 1313–1321. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.6.1313>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Saadati, H., Shoaee, F., Pouryan, A., Alkasir, E. & Lashani, L. (2014). Effectiveness of Gestalt Group Therapy on Loneliness of Women Caregivers of Alzheimer Patients at Home. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22), 54–58.
- Schoenbach, V., Kaplan, B., Fredman, L., & Kleinbaum, D. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American journal of epidemiology*, 123(4), 577–591. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114278>
- Serok, S., Rabin, C., & Spitz, Y. (1984). Intensive Gestalt Group Therapy with Schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34(3), 431–450. <https://doi.org/10.1080/00207284.1984.11491395>
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/dmx4s8>

- Thomason, S., & Moghaddam, N. (2021). Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Psychology and psychotherapy*, 94(3), 737–759. <https://doi.org/10.1111/papt.12319>
- Vahhabi, M., Mina Mojtabaie, M., Mohadese Shahin, M. & Fadavi, P. (2024). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy Training on Reducing Depression and Anxiety and Increasing Quality of Life in Women with Breast Cancer in Tehran. *Psychology of Woman Journal* 5(3), 77-85. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.3.10>
- Varley, D., Sherwell, C. S., & Kirby, J. N. (2025). Compassion focused imagery reduces fears of compassion irrespective of attachment. *Journal of counseling psychology*, 72(1), 69–79. <https://doi.org/10.1037/cou0000770>
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayebi, A. & Sabet, M. (2023). La eficacia de la terapia centrada en la compasión sobre la conducta alimentaria emocional, la desregulación emocional, el estrés percibido y la rumia en mujeres con obesidad crónica. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7>
- Vázquez, A. J. & Jiménez, R. (1994). Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 45–54.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247-255. <https://doi.org/10.55414/bsxyn321>

12. ANEXO



Madrid, 20 de enero de 2025

Dictamen 059/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "UN ESTUDIO DE CASO DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA INTEGRADOR", presentado por D^a. Beatriz Balbás García-Salmones en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de la persona participante en la investigación, la cual es una paciente adulta que presenta dificultades para sentirse segura en sus relaciones personales. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante podrá incrementar su conciencia sobre sus experiencias y la plenitud de las mismas. No existen riesgos para la participante. En la investigación no participa ningún menor de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

La participante en el proyecto goza de autonomía para determinar si interviene o no en el mismo, siendo también informada de que en cualquier momento puede retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de la participante no resulte posible. La investigadora aporta autorización de la responsable del centro terapéutico en el que se llevará a cabo el estudio. La investigación es conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario