



Trabajo Fin de Máster

**Estudio de caso de una mujer con ansiedad y miedo a la muerte desde el modelo
humanista.**

Jorge Núñez Pujadas

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Mónica Torres Ruiz-Huerta

24 de mayo de 2022

Índice:

1. Resumen	3
2. Introducción.....	4
3. Diseño.....	8
4. Metodología de Evaluación.....	9
5. Presentación del caso.....	12
6. Antecedentes	14
7. Evaluación inicial	17
8. Formulación del caso.....	21
9. Tratamiento, curso y resultados.....	24
10. Discusión	30
11. Conclusiones	32
12. Bibliografía.....	32

1. Resumen

Estudio de caso de los primeros meses de tratamiento de una paciente con evitación emocional, desconexión corporal, cuadros de ansiedad generalizada y planteamientos existenciales en torno a la muerte y el sentido de la vida. Dada la situación actual de crisis social y sanitaria con la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 y el conflicto bélico entre Rusia y Ucrania han podido incrementar las sintomatologías ansiosas con sintomatología somática y foco en el temor a la muerte en personas jóvenes y niños. Desde un modelo humanista integrado se ha seguido un proceso respetuoso de acompañamiento, ampliando el umbral de tolerancia emocional y activando sus procesos de memoria, todo ello desde una relación segura y de confianza con los terapeutas. Esto ha permitido ir desbloqueando su recuerdo y su experiencia, para integrarlos a nivel emocional desde la seguridad y construir así una narrativa integrada de su historia de vida. Se concluye remarcando la adecuación del modelo humanista para este caso gracias al abordaje terapéutico desde el vínculo y la alianza terapéutica.

Palabras clave: Estudio de caso, Humanista, Ansiedad, Existencial, Alianza.

Case study of the first months of treatment of a patient with emotional avoidance, body disconnection, generalized anxiety and existential approaches around death and the meaning of life. Given the current situation of social and health crisis with the pandemic caused by SARS-CoV-2 and the war between Russia and Ukraine, anxious symptoms with somatic symptomatology and focus on fear of death could have increased. From an integrated humanistic model, it has been followed a respectful process of accompaniment, expanding the threshold of emotional tolerance and activating their memory processes, all from a safe and trusting relationship with therapists. This has allowed her to unlock her memory and experience, to integrate them at an emotional level from security and

thus build an integrated narrative of her life story. We conclude by stressing the suitability of the humanistic model for this case thanks to the therapeutic approach from the therapeutic alliance.

Keywords: Case study, Humanistic, Anxiety, Existential, Alliance.

2. Introducción

Este trabajo es un estudio de caso sistemático cuya finalidad es la ilustración clínica del tratamiento desde la psicología humanista con un enfoque integrado del caso de una mujer, C, con ansiedad, sintomatología somática y temor a la muerte.

Es necesario, en primer lugar, contextualizar los conceptos clave y las bases teóricas utilizadas en la evaluación y la intervención del caso. El trabajo realizado con la paciente desde el enfoque humanista integrado se ha centrado, fundamentalmente, en la construcción del vínculo entre la paciente y sus terapeutas. Es de sobra conocida la importancia que tiene la alianza terapéutica para el desarrollo de la terapia y la mejoría del paciente (Horvath et al., 2011 y Wampold, 2001). Por ese motivo, la creación de un espacio donde la paciente pueda estar consigo misma sin juzgarse o sentirse juzgada gracias a la ausencia de juicio de los terapeutas ha sido fundamental; pues es la condición mínima necesaria para todo el trabajo terapéutico posterior. Para lograrlo ha resultado esencial la involucración de los terapeutas en el proceso mediante la puesta en práctica de habilidades como:

- La aceptación incondicional de C, incluidas sus defensas y mecanismos evitativos, sus dificultades para vincularse con nosotros y su temor a la proximidad (Rogers, 1957).

- La comprensión empática de sus dificultades, sintiéndonos muy cerca de su desconexión, de cómo su cuerpo habla sin que ella pueda escucharle hasta que duele, siendo nosotros vehículo intermediario de esa escucha pausada y respetuosa (Rogers, 1957).
- El mantenimiento de la congruencia en la relación, tratando de ser un cuerpo presente, enraizado, acompasando nuestras emociones, no dejando que la racionalización nos arrastre tras la comprensión y las dudas de C (Rogers, 1957).

En el modelo humanista se tiene una visión de la persona en proceso continuo de realización, donde cada ser humano es libre de definir la dirección de su vida, es independiente y autosuficiente; pero también responsable de las consecuencias de sus acciones (Stumm, 2008). Se concibe al paciente o cliente como alguien experto de sí mismo, colocándose el terapeuta como un acompañante de su propio proceso que atiende momento a momento la experiencia del cliente en terapia, con la intención de permitirle profundizar y elaborar los aspectos más dolorosos y controvertidos de la misma (Rice, 1974). Se trabaja, por tanto, con el yo o con la experiencia consciente del individuo, en el aquí y el ahora, prestando atención a las dimensiones corporal, cognitiva, emocional, espiritual y relacional del paciente; y a la interacción entre ellas, pues “el todo es más que la suma de las partes” y la suma de todas estas dimensiones hace del ser humano un individuo muy complejo y completo (Stumm, 2008 y Bugental, 1963). Se entiende que somos capaces de tomar conciencia de los procesos psicológicos relevantes que determinan nuestro ser en el mundo, por lo que nuestras experiencias son apreciadas como herramientas para ayudarnos a adaptarnos a nuestro entorno y en la vida (Stumm, 2008). Todo ello ha guiado nuestro acompañamiento a C, en un proceso de escucha serena y compasiva que le permitiera elaborar su experiencia e integrar todos los elementos de la misma.

También se trabajan en este modelo los aspectos fundamentales e ineludibles de la existencia humana (muerte, libertad, aislamiento y sinsentido vital); cuya falta de conciencia o aceptación provoca ansiedad e impide que las personas sean “plenamente humanas” (Yalom, 1980). Se intenta ayudar a las personas a enfrentar las ansiedades que surgen de la conciencia de la propia condición existencial; y fomentar un compromiso auténtico (responsable, de nuevo) con la realidad y el mundo de cada uno (Winston, 2015). Desde esta dimensión de comprensión del ser humano nos hemos querido acercar a C y a su dimensión más existencial, con una vida atravesada de miedos y preocupación por la muerte, por el vínculo que genera con los demás, por el sentido de la vida y por su valía personal. Para ello ha sido fundamental entender el sentido que tienen para C sus vivencias, prestando atención a lo corporal para integrarlo en lo conceptual y llevando la experiencia al momento presente (Goldman y Greenberg, 2015; Greenberg *et al.*, 1996; Greenberg y Paivio, 1997; Winston, 2015).

El encuadre de la terapia humanista con la que se ha trabajado con la paciente integra fundamentalmente los principios teóricos y prácticos de la Psicología de la Gestalt (trabajo con polaridades, consciencia corporal, silla vacía, elementos intermediarios, etc.), la Terapia Focalizada en la Emoción o TFE (trabajo con marcadores y tareas de crítico o asunto no resuelto; emociones primarias y secundarias; autocompasión, etc.), la Terapia Existencial (afrentamiento o aceptación de los aspectos fundamentales e ineludibles de la existencia humana: muerte, libertad, aislamiento y sinsentido vital), el Focusing (ayudar a la conexión con el cuerpo) y la terapia de reprocesamiento del trauma a través de la consciencia corporal, la compasión y la autocompasión (Germer y Neff, 2013; Ogden *et al.*, 2006; Smeets *et al.*, 2014). La enfermedad, entonces, se podría concebir como la falta de conexión con lo corporal; la falta de consideración o valoración positiva por parte del otro; la ausencia de relaciones; la no aceptación de la vida libre,

finita, aislada o sin sentido; la evitación o la mala gestión del dolor; la evitación o desregulación emocional, la inadecuada expresión de emociones o la presencia de heridas emocionales por traumas o negligencias.

En este encuadre terapéutico el diagnóstico clínico no tiene tanta relevancia pues, como hemos dicho antes, lo importante en el modelo humanista es el individuo. La acumulación de información sobre sus síntomas y el etiquetado diagnóstico contribuye muy poco al tratamiento psicológico cuando éste se realiza a través del vínculo, la conversación y la relación terapéutica (Bugental, 1963). Sin desestimar las pruebas psicométricas y la evaluación psicológica, se entiende que cada ser humano es único y que su proceso de “enfermedad” es distinto al de cualquier otro. Por tanto, la evaluación es en realidad un proceso continuo a lo largo de toda la terapia, siempre dado de manera conjunta con el paciente, consultándole como experto de su propia experiencia. La evaluación no es un proceso cerrado que concluye con un diagnóstico o síndrome específico que, la mayoría de las veces puede, incluso, tener efectos iatrogénicos en la terapia (Goldman y Greenberg, 2015); ya que ciega la visión de la persona, identificándola con su síntoma patológico y volviéndola pasiva ante su diagnóstico.

El objetivo principal de este trabajo es recoger la práctica clínica llevada a cabo en este caso desde el principio de la intervención y durante los primeros meses de trabajo terapéutico. Con ello se pretende contribuir con la comunidad científica y compartir líneas de trabajo que puedan ser efectivas para la atención en salud mental.

Se pretenden también avanzar en los nuevos desafíos que la práctica clínica debe afrontar, ya que se considera que desde la perspectiva actual de crisis sanitaria y social con la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 y el conflicto bélico entre Rusia y Ucrania se han podido agravar las sintomatologías ansiosas con sintomatología somática y foco en el temor a la muerte. La situación actual ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad humana

y es necesario poner esfuerzos en crear vías para acompañar procesos de ansiedad generalizada y planteamientos existenciales en torno a la muerte.

En las próximas líneas se describe en mayor profundidad el trabajo realizado en sesión de los primeros meses de terapia con C, una mujer de 26 años, donde el objetivo terapéutico fundamental de esa fase inicial ha sido la construcción de una alianza terapéutica óptima que permitiera el posterior trabajo psicológico de la paciente a través del vínculo con sus terapeutas. En el trabajo no se incluirá ningún dato innecesario para los objetivos del mismo que pudiera identificar a la paciente, y se modificarán todos aquellos datos que sí deban aparecer en el trabajo y que pudieran dar lugar a una posible identificación.

3. Diseño

Este trabajo es un estudio de caso sistemático, pues consiste en la descripción y análisis de una parte del proceso de intervención de un caso clínico apoyándose en los resultados de pruebas de evaluación psicológica, con objeto de valorar la adecuación de la intervención y de aportar a la evidencia científica disponible.

La intervención se ha realizado dentro del marco de una institución universitaria, la Universidad Pontificia de Comillas, en un centro clínico privado que pertenece a la propia universidad. La paciente acudía al centro una hora a la semana por la tarde, normalmente en horario de 19:30 a 20:30. Este estudio se ha realizado en un período de intervención de 8 meses, de octubre a mayo, aunque la paciente ha continuado su proceso terapéutico una vez finalizado el trabajo.

La intervención psicológica se ha realizado en forma de coterapia llevada a cabo por dos terapeutas y tres personas observadoras. Por un lado, la terapeuta de referencia de la

paciente y tutora de este trabajo: Mónica Torres Ruiz-Huerta. Doctora en Psicología Clínica con más de 20 años de experiencia en la intervención en terapia Humanista. Por otro lado, el autor de este trabajo: Jorge Núñez Pujadas. Graduado en Psicología y alumno de segundo curso del Máster en Psicología General Sanitaria. El resto del equipo de terapeutas en proceso de formación se encontraban en una sala adjunta al despacho en la que se desarrollaba la terapia, observando las sesiones a través de un espejo bidireccional y escuchando el contenido mediante un circuito cerrado de audio.

Este estudio ha sido aprobado por la comisión ética de la Universidad Pontificia de Comillas.

4. Metodología de Evaluación

Como se mencionaba previamente en la introducción, en la terapia Humanista la evaluación se concibe como un proceso. Las formulaciones de casos no se basan en evaluaciones a priori, sino que van evolucionando, especialmente durante las primeras etapas de la exploración terapéutica. A medida que avanza la terapia, se desarrollan hipótesis de trabajo sobre los mecanismos subyacentes relacionados con los problemas que presenta el paciente. Se da prioridad al proceso sobre el contenido y al diagnóstico del proceso sobre el diagnóstico clínico de la persona (Goldman y Greenberg, 2015). La formulación de caso, por tanto, debe ser flexible con la construcción evolutiva de la persona a lo largo de la situación terapéutica.

En el caso de C, la evaluación ha tenido dos fases. Por un lado, un primer período en el que se ha ido evaluando su funcionamiento intrapsíquico e interpersonal sesión a sesión, particularmente durante el primer mes de la terapia. Esta evaluación se realizó mediante el diálogo con los dos terapeutas y la observación, de nuevo, por parte de los terapeutas,

y del equipo situado detrás del espejo. Esta primera fase se fue intercalando, casi desde el primer momento, con la propia intervención terapéutica.

Tras esta primera fase de evaluación y de intervención inicial, se observaron en C una serie de funcionamientos y procesos desadaptativos que dificultaban el trabajo terapéutico y su progreso personal. Para confirmar dichas dificultades, tratar de comprender mejor su sintomatología y sus procesos internos y, sobre todo, para mejorar y adecuar el plan de tratamiento, se le aplicaron a la paciente una serie de pruebas psicométricas que aparecen recogidas en la Tabla 1. Todas estas pruebas eran de autorregistro, y se le aplicaron a C con los objetivos específicos de conocer: su nivel de ansiedad tras varios meses de tratamiento; si da sentido a su vida y se siente satisfecha a pesar de su preocupación por la muerte; qué estilo de apego tiene y qué dificultades se pueden prever, dada una falta de identificación con sus figuras parentales; si C tiene algo de disociación; y qué nivel de resiliencia tiene, relacionado con los recursos personales de los que podríamos disponer por su parte en el proceso terapéutico.

Tabla 1.

Descripción de los test psicométricos aplicados a la paciente.

Test	Objetivo	Referencia
GAD-7	Evaluación de la ansiedad.	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. <i>Arch Intern Med.</i> 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

Cuestionario de Apego Adulto	Evaluación del apego adulto.	Melero, R., & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto = Affective styles in a Spanish sample: A questionnaire for the assessment of adult attachment. <i>Clínica y Salud, 19</i> (1), 83–100.
DES-II	Evaluación de la disociación.	Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. <i>Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 6</i> (1), 16–27.
Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version	Evaluación de la resiliencia.	Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. <i>Psychological Assessment, 28</i> (5), e101–e110. https://doi.org/10.1037/pas0000191
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	Evaluación de la satisfacción vital.	Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. <i>Journal of Personality Assessment, 49</i> (1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901

PIL	Evaluación del sentido vital.	Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL Test: Administration, interpretation, uses theory and critique. <i>International Forum for Logotherapy</i> , <i>11</i> (2), 76–88.
-----	-------------------------------	---

5. Presentación del caso

La paciente, C, es una mujer joven de 26 años que acude a terapia por cuenta propia. Inició un proceso de terapia previo en el mismo centro con otro profesional, pero solicitó un cambio buscando a alguien que le diera más confianza por edad y presencia.

Actualmente, C vive con su marido, I, con quien lleva casada un año. Con él tiene una relación muy buena, de plena confianza. C ha vivido siempre con sus padres y su hermano, 4 años menor que ella. Estudió la carrera de Psicología y ahora trabaja en una conocida y prestigiosa empresa en el puesto de Recursos Humanos, donde también trabaja su marido.

Durante el tratamiento, sus padres han iniciado un proceso de divorcio. Tiene también un hermanastro mayor del que casi no habla y a quien tiene muy poco presente en su día a día. Es hijo de su padre, quien lo tuvo con otra mujer antes de casarse con su madre.

Su padre ha sido un empresario que ha estado siempre muy enfocado en su trabajo (tenía un alto puesto en su empresa). Ahora está jubilado y vive en su pueblo separado de su mujer e hijos, pero rodeado de toda su familia extensa. Con su mujer ha tenido una relación complicada, colocándose él en un rol de poder con cierta manipulación

psicológica hacia ella. Parece ser un hombre autoritario, que imponía mucho su criterio e invadía los límites de los demás.

Su madre estudió Psicología, pero nunca ha ejercido como tal. Dejó de lado su tesis doctoral para dedicarse al cuidado de sus hijos y la familia cuando se mudaron a Brasil, siendo C una niña de apenas 2 años. Toma medicación para la ansiedad desde hace mucho tiempo y ha empezado hace poco a ir a terapia también. Tienen una relación bastante fusional madre-hija. Su madre siente que ha sido maltratada psicológicamente por su marido, colocándose en un rol de inferioridad y sumisión.

De pequeña se mudaron durante unos años a Brasil por el trabajo de su padre, pero la mayor parte de su vida la ha pasado en Madrid. El tiempo que pasó allí lo recuerda con una sensación de libertad muy grande. Cuando volvió a España, estuvo muy enferma durante el primer año. Su madre también estuvo muy enferma y con mucha ansiedad, tomando todavía medicación para la ansiedad a día de hoy.

Su grupo de amigas, según sus palabras, es “*muy de comentar y criticar a los demás*”. Ella tiene miedo de esos comentarios, juicios y críticas; y ha incorporado también esa forma de pensar.

El motivo de consulta de la paciente son sus “*problemas de ansiedad y miedo a la muerte*”, que tiende a somatizar en la zona de la tripa, el cuello, los hombros y la zona de la espalda. Comenzó con estos problemas el año que se fue de intercambio a Estados Unidos, con 22 años. Aunque actualmente dice estar mejor, acude a terapia precisamente para tratar esta problemática ahora que su estado físico y mental interfiere menos en su día a día y puede dedicar más recursos emocionales, físicos y cognitivos en el trabajo terapéutico.

Comenta que siempre ha sido tímida, que siente que tiene baja autoestima y poco sentido de agencia. Es una persona muy racional, le cuesta mucho conectar con su mundo emocional y ser consciente de lo que siente. También tiende a tener un pensamiento muy obsesivo y rumiativo.

La paciente dio su consentimiento para participar en esta investigación y que la difusión de la información que se recopile sirva para ampliar los conocimientos sobre este tipo de problemática y su intervención desde la terapia humanista.

6. Antecedentes

C ha tenido una relación bastante fusional con su madre y con un rol bastante parentalizado, estando pendiente de ella, defendiéndola y cuidándola. Los padres de C discutían mucho, especialmente desde que se mudaron a Brasil. Su padre solía enfadarse con mucha facilidad y enseguida se ponía a gritar a su madre, quien al principio reaccionaba defendiéndose, pero luego terminó por adoptar un rol de sumisión para evitar que las discusiones fueran a más y que los niños les vieran discutir. Durante su infancia y, sobre todo, su adolescencia, C salía en defensa de su madre, gritando a su padre para que dejara de atacar a su madre. También retaba a su padre, le ignoraba, le contestaba, le negaba su afecto, etc. Su padre reaccionaba a sus intervenciones calmándose o retirándose del conflicto. Parece expresar, sobre todo, un recuerdo de rechazo y asco. Lo recuerda como algo lejano que va viniendo a su memoria con cierta sorpresa al recuperarlo.

Su madre de pequeña les decía a C y a su hermano menor que no podían “*chulearse ni fardar, que tenían que ser humildes*”; y al mismo tiempo les ponía los reforzadores en lo exterior con frases como “*has aprobado porque el examen era muy fácil*” o “*hay gente que está peor*”. Relacionado con esto, su madre siempre ha sido muy crítica con ella, de

forma indirecta, en relación a su aspecto físico y su comportamiento, sobre todo de cara al público. Además, C tuvo una educación emocional bastante pobre en su casa, recibiendo mensajes como *“no puedes estar triste”* o *“hay que poner buena cara”*. C tiende a quitarse valor y quitarle importancia a las cosas que hace. Esa forma de ser también la ha podido aprender directamente de su madre. Sabemos que su madre a sí misma se boicotea mucho: *“mi madre se echa mucha tierra encima”* comenta un día C en sesión; y dada su relación tan fusional, ella ha podido incorporar también esa forma de funcionar y de relacionarse consigo misma.

Al volver de Brasil, C entró en un colegio religioso y el cambio de estilo educativo recuerda que le costó mucho. Pasó de “ser libre” a tener que cumplir muchas normas y tener una exigencia académica alta, a la que no estaba acostumbrada. Además, la forma en que fue educada en la fe cristiana en ese colegio la vivió de un modo muy negativo. C comenta que *“tenía miedo de Dios por todos los castigos que me podía poner”*. Sentía mucho rechazo hacia las normas, prohibiciones y mandamientos religiosos que había a su alrededor. En ese colegio también recibió una educación muy restrictiva del mundo emocional: *“las emociones eran algo a evitar”*.

Por otro lado, las amigas que hizo en el colegio eran muy críticas, estaba rodeada de juicios y se sentía muy cohibida. Comenta que a ella no le sale de primeras criticar a los demás, pero que a raíz de escuchar a sus amigas tiene miedo de esos comentarios y ella misma ha aprendido o incorporado esa forma de actuar y de pensar socialmente. Ahora tiene muchos prejuicios, una visión muy escindida de la realidad entre lo bueno-malo y lo correcto-incorrecto, una autocrítica muy fuerte y cierta ansiedad anticipatoria. Por ejemplo, nos comenta que el día de su boda *“estaba muy agobiada porque me iba a exponer delante de todo el mundo y la gente iba a ver cuántos amigos tengo”*. También a modo de ejemplo, comenta que con gente con la que tiene poca confianza suele actuar

“con mucho prejuicio, con pensamientos negativos sobre lo que pueden decir de mí. (...) Siento que tengo conversaciones vacías y falsas, es mi forma de pasar los días”. Al irse de intercambio a EEUU volvió a sentirse libre, a ser ella misma, a no sentir que tenía que cumplir expectativas o encajar en determinados roles, a no sentirse juzgada al no estar cerca de sus amigas... Sin embargo, a la vuelta del intercambio reapareció ese sentimiento de verse *“pequeña frente a los demás”*, un fuerte sentimiento de inferioridad y de desconexión con su vivencia de lo que tiene como algo valioso.

Su vida en Brasil se podría comparar a su año de intercambio en EEUU. En ambas experiencias C refiere tener una sensación muy grande de libertad, de ser ella misma, de no tener que cumplir expectativas y, también en ambos casos, al volver a Madrid, su salud empeora y vuelve a cohibir su mundo interior.

Sobre el tema de la ansiedad y miedo a la muerte, la paciente dice tener estos problemas desde que fue a Estados Unidos de intercambio mientras estudiaba la carrera. Aunque en primera instancia no es capaz de conectar ningún hecho o acontecimiento concreto con el inicio de estos problemas; en terapia acaba saliendo a la luz que aquel año sucedieron tres cosas relevantes en relación a la temática de la muerte. La primera experiencia fue que una persona conocida de la paciente falleció en un accidente haciendo escalada. Era una persona muy joven, enérgica y con muchos proyectos vitales por delante, y ella se enteró de su fallecimiento a través de una amiga. Fue una noticia inesperada y de gran impacto que parece no haber podido exteriorizar ni elaborar dada la baja posibilidad de conexión emocional y espacio para compartir que le brindaba su entorno. La segunda, que durante su estancia en EEUU ella estuvo acudiendo como voluntaria a un centro sanitario donde acompañaba a un grupo de exconvictos de guerra. En las sesiones a las que acudía escuchaba relatos de mucho dolor y trauma. Parece que su propia experiencia no ha podido ser abordada ni acogida desde su vivencia traumática como observadora de tanto

dolor. En tercer lugar, tuvo un accidente de coche muy fuerte del que afortunadamente salió ilesa, pero que tuvo un gran impacto en ella con un estrés post traumático silenciado. No ha habido espacio para la elaboración y será valioso poder hacerlo en el transcurso de la terapia.

Desde entonces ha tenido bastantes experiencias relacionadas con el sufrimiento y la muerte (o cercanía con la muerte, más bien) de gente próxima a ella. Una amiga suya fue víctima de abusos sexuales; otra amiga tuvo cáncer; el padre de otra amiga suya se suicidó y su hermano pequeño tuvo un ICTUS del que, por suerte, se recuperó sin ningún problema. En el momento en que en sesión cuenta la experiencia del ICTUS de su hermano se angustia mucho. Tiene una relación muy buena con su hermano, a quien ha cuidado de forma algo parentalizada en la adolescencia. Ahora parece que su hermano es un lugar seguro y un apoyo que le ayuda a manejar algunas vivencias con menos carga (como el reciente divorcio de sus padres).

Estas experiencias le han hecho plantearse a la paciente el sentido que tiene la vida y la existencia humana, provocando fuertes pensamientos intrusivos relacionados con la muerte y de corte existencial. A modo de ejemplo, la paciente dice frases como *“la muerte es la peor de las pesadillas, porque nunca te llegas a despertar”*; *“si pienso en la muerte siento que la vida no tiene sentido, para qué, si todo se va a acabar igualmente y no va a quedar nada...”*; *“veo que me llaman al móvil y ya me pongo en lo peor, cualquier llamada puede ser una mala noticia”* ...

7. Evaluación inicial

Como ya se ha explicado, la evaluación fue realizada sobre todo de forma cualitativa, mediante el diálogo con la paciente y la observación del equipo desde detrás del espejo;

y también de forma cuantitativa mediante la aplicación de una serie de tests psicométricos. Se observaron en C rasgos de su funcionamiento intrapsíquico e interpersonal muy significativos. Lo primero que se observó fue un nivel moderado de ansiedad, expresado a modo de queja por la propia paciente. Esta ansiedad se manifiesta a través de somatizaciones que C no siempre es capaz de identificar como tal, como dolores de cabeza (pinchazos muy puntuales y agudos), sofoco, dolores de tripa, dolor muscular en la zona superior de la espalda, sensación de hormigueo en los dedos... C también presenta bastante aprensión sobre sus propias somatizaciones, con una preocupación que sólo desaparece cuando ella misma ha descartado otras posibles causas para su malestar que no sean psicológicas. Estas somatizaciones suelen aparecer de forma repentina y aguda, sin que ella pueda anticiparse, y suele tardar en reconocer la causa de sus molestias.

El rasgo más destacado de C es su pensamiento obsesivo, rumiativo y excesivamente racional, con el que deja completamente de lado su mundo emocional, como disociado. Su evitación y bloqueo de la emoción dificulta enormemente el trabajo terapéutico. Aunque ella comenta que quiere tener más consciencia emocional y trabajar este aspecto en terapia, no es consciente de esta dificultad tanto como lo somos nosotros como terapeutas. Tiene muy poca conciencia de sus emociones y le cuesta mucho conectar con sus sensaciones corporales si no son fuertes dolores.

Al margen de su pensamiento tan racional y obsesivo, relacionado especialmente con la temática de la muerte, en el plano cognitivo C presenta también una tendencia muy marcada hacia la escisión y el pensamiento polarizado o dicotómico. Su mundo está lleno de normas y “deberías”; y está dividido entre lo bueno (asociado al disfrute, la espontaneidad, la adrenalina, etc.) y lo malo (asociado a la norma, la opinión de los

demás, el prejuicio, etc.), sin conexión entre las dos partes, como estratificado en diferentes niveles.

Por último, en el plano más relacional, C se presenta con una autoestima baja y un mundo de valores bastante rico pero muy coartado por su ambiente familiar y educativo y las decisiones que se ha visto “obligada” a tomar a lo largo de su vida, como las relacionadas con su vida profesional.

A modo de ejemplo, C dice frases como “*Mis vergüenzas no merecen la pena porque hay gente con cosas más duras*”, “*No lloré en la ceremonia de mi boda, la novia no puede llorar*” o “*Hay que aprovechar el tiempo, tengo que leer y ser culta*”.

Tras esta evaluación cualitativa, se le pasaron a C una serie de pruebas psicométricas para tratar de comprender mejor sus procesos internos y, sobre todo, para mejorar y adecuar el plan de tratamiento que se le estaba aplicando. Los resultados de estas pruebas aparecen recogidos en la Tabla 2.

Tabla 2.

Resultados de los tests psicométricos.

Test	Resultados:
GAD-7	8 – Ansiedad Leve en los últimos 15 días.
Apego Adulto	Sin tener un estilo de apego concreto, hay una clara tendencia al apego alejado/evitativo, con rasgos de apego ansioso/preocupado.
DES	No es clínicamente relevante, no hay disociación.
BRS	2 – Baja Resiliencia.

SWLS	20 - Satisfacción con la vida.
------	--------------------------------

PIL	109 – Presencia de metas y sentido vital.
-----	---

La evaluación psicométrica nos ha permitido recabar más información sobre el funcionamiento de C y consolidar la evaluación más cualitativa que realizamos a lo largo de las primeras sesiones del proceso terapéutico. Antes de interpretar estos resultados, conviene recordar que todas estas pruebas eran de autorregistro. Además de analizar la puntuación total de cada test, hemos ido prueba por prueba revisando también las respuestas individuales de C por la posible interferencia de la discapacidad social y otros sesgos, como su capacidad de darse cuenta de su propia subjetividad y de los aspectos más problemáticos de su vida. Ha resultado satisfactorio encontrar que sus niveles de ansiedad son leves en comparación con los que tenía al inicio de la terapia, y que no tiene disociación. Su tendencia al apego evitativo con rasgos de apego preocupado va en línea con la falta de identificación con sus figuras parentales y la inestabilidad que vivió de niña. Su baja resiliencia coincide también con lo que veníamos observando hasta ahora en ella, pues se relaciona con su locus de control externo, su percepción de escasa capacidad de agencia y su baja autoestima.

Sin embargo, los resultados del SWLS y del PIL parecen desmarcarse de lo que habíamos observado de los procesos internos y del funcionamiento de C. Por lo que nos ha contado C en sesión y lo que hemos percibido en su discurso, esperábamos encontrarnos con una satisfacción con la vida baja y la ausencia de metas y sentido vital, pero los resultados parecen indicar lo contrario. No obstante, en las respuestas individuales de C a cada uno de los ítems de estas escalas hemos encontrado ciertas incongruencias y contradicciones. Por ejemplo, dentro del PIL (puntuado en una escala de 1 a 7) comenta que *“Cada día es*

– neutro (4)” pero “*Si pudiera escoger, preferiría - vivir mil veces una vida muy parecida a esta (6)*”; o “*Mi vida está - en mis manos y bajo mi control (6)*” pero “*En cuanto a la libertad del hombre para tomar sus propias decisiones, creo que el hombre - está bastante limitado por su herencia y ambiente (3)*”. Esto pone de manifiesto la escisión que C vive por dentro y que ya conocíamos: se siente culpable si se queja de su vida, que objetivamente percibe como buena; pero al mismo tiempo sufre y está angustiada por sus preocupaciones y obsesiones diarias. Está tan desconectada de sí misma que no es del todo consciente de su incongruencia ni de la polaridad de su pensamiento y autopercepción, reflejando en sus respuestas de los tests bastante incongruencia y falta de consciencia. Todo esto nos hace relacionar los resultados con la hipótesis de que no ha integrado el sufrimiento que padeció de niña y en su adolescencia, manteniéndose rígida en una percepción “artificial” y optimista de su vida porque es intolerable para ella reconocer su sufrimiento y las carencias que tuvo de pequeña.

8. Formulación del caso

Observamos cómo la contención y desconexión emocional, cognitiva y corporal presentes en C, que han sido una constante desde el inicio del tratamiento, se pueden explicar desde su historia vital. Su herida nuclear se configura como un fallo en la seguridad y la confianza, provocada fundamentalmente por la inestabilidad que vivió de pequeña y la falta de modelos de identificación con sus figuras parentales, cuya relación era muy conflictiva y desigual en cuanto al reparto de poderes. Su madre, una mujer que ha quedado “aplastada” por su marido por lo que vamos viendo, sin atreverse a expresar sus emociones y necesidades y sin poner límites, le ha transmitido a C esa forma de pensar y de interactuar con los demás y consigo misma a través de la relación tan fusional que han tenido.

C pasó de vivir en Brasil, en un entorno donde se sentía muy libre y segura, a volver a España y tener que adaptarse muy rápido a un entorno muy rígido, prejuicioso, extraño y valorativo para ella. C ha recibido una educación en casa (a través de su madre, fundamentalmente) y en el colegio muy normativa y restrictiva a nivel emocional, cargada también de mensajes estigmatizantes hacia su persona. De todas estas experiencias en la infancia aparece una confusión en su identidad y en sus valores. Pueden entenderse su gran inhibición, su desconexión emocional, su locus de control externo y su baja autoestima y autoconcepto. Relacionado con esto, en sus relaciones sociales actuales se siente muy cohibida con gente a la que considera “superior” (por tener más amigos o tener más recursos económicos, p.e.) o a la que no conoce; y muy segura con gente a la que considera “inferior” (por tener menos amigos que ella o menos recursos, p.e.) o con la que tiene mucha confianza. Esta percepción de su entorno es la misma que tiene ella de sí misma, muy escindida y opuesta en aspectos como su valía como profesional, amiga, o hija.

Cuando volvió de Brasil, su madre estuvo muy enferma (no recuerda exactamente qué le pasaba a su madre) y con mucha ansiedad. Ahí empezó a medicarse, y desde entonces toma pastillas para la ansiedad. C recuerda que ella también estuvo muy enferma aquel primer año en Madrid: muchos dolores de cabeza y de tripa, fiebre, dolores musculares... Ese año apenas pudo asistir al centro escolar. Aunque puede ser una mera coincidencia, podría no ser tanta casualidad que ella lo pasara mal y enfermera a la vez que lo hacía su madre, dada la relación tan estrecha que había entre las dos. Su madre y ella podrían estar somatizando su ansiedad, la de su madre provocada por su inestabilidad matrimonial y el cambio de vida de Brasil a Madrid; y la de Clara provocada también por el cambio de vida, de colegio y de sistema educativo, por ver conflictos entre sus padres y por perder la protección que le brindaba su madre al enfermar ésta.

Toda su sintomatología y su forma de estar en el mundo están muy relacionadas con la presión, el prejuicio social y su inseguridad y baja autoestima, que hacen que inhiba su mundo interno y espontáneo. La experiencia temprana de pérdidas que no ha podido elaborar le ha generado también mucha sensación de falta de control e incertidumbre, lo que compensa con su pensamiento obsesivo y rígido y su excesivo control emocional. Esto ha podido disparar sus temores de ansiedad generalizada y miedo a la muerte. En ese sentido, la muerte puede tener una función adaptativa a corto plazo para ella. Parece ser el único tema con el que ella se puede permitir sentir agobio y malestar, expresar su preocupación y su dolor. Sería, por así decirlo, la “vía de escape” para su angustia diaria. En su concepción escindida de la vida y de su mundo interior, las preocupaciones, temores y necesidades de su vida diaria, las que la propia C denomina como “mundanas”, no tienen cabida. Ella acumula a diario mucha preocupación, estrés, tristeza... Pero todo queda “taponado”, oculto bajo una fachada de normalidad y formalidad. Sólo con temas como la muerte se permite agobiarse, llorar, sentir miedo o dolor.

Su somatización puede entenderse también como la vía de escape que tiene su cuerpo de externalizar de alguna manera todo el malestar que C acumula a diario. Aunque racionalmente y emocionalmente sea capaz de bloquear su dolor y preocupación diaria, su cuerpo actúa como un recipiente de todo este malestar y termina por manifestarlo de alguna manera. En el caso de C, su dolor de tripa, de cuello, de cabeza, etc. son síntomas somáticos de toda esa preocupación, ansiedad y dolor emocional que quedan inhibidos.

En cuanto a su relación familiar, C ha quedado triangulada entre su padre y su madre. Tiene un rol mediador entre los dos desde que es pequeña, protegiendo a su madre y cuidando de ella, siendo su vía de “desahogo”; y poniendo límites a su padre y relacionándose con él casi de igual a igual.

9. Tratamiento, curso y resultados

Los objetivos fundamentales del tratamiento han sido generar una mayor riqueza emocional y consciencia corporal, a la vez que se trataba de flexibilizar su funcionamiento cognitivo tan racional y disminuir sus defensas evitativas para, consecuentemente, rebajar su ansiedad y somatización. Este trabajo ha sido troncal a todas las sesiones que se han tenido con C.

Durante el inicio de la terapia el objetivo prioritario ha sido la generación de una buena alianza terapéutica que comprometiera a C con su proceso personal y asentara las bases del futuro trabajo que hubiera que realizar. Dada su inicial desconfianza en el primer terapeuta que tuvo y su necesidad de encontrar un profesional que se ajustara a sus expectativas, este objetivo tenía una especial relevancia para nosotros. Además, contábamos con la dificultad añadida de ser dos terapeutas con los que generar alianza y la presencia oculta, pero consciente, del equipo de observación, que suele generar cierta sensación de inseguridad y falta de intimidad en muchos pacientes del centro. Por eso la primera fase del tratamiento ha consistido en la construcción del vínculo: aprender a estar en una relación de seguridad, compartiendo su historia, para poder escucharse a sí misma e ir adquiriendo conciencia de su propio relato. Desde el primer día se han puesto en práctica algunas técnicas de intervención, como los modos de respuesta vivencial, la presencia terapéutica o ejercicios corporales; y la evaluación se ha ido intercalando con el propio tratamiento en cada sesión. Ha sido un proceso muy lento y respetuoso con sus propios tiempos, pero con el paso de las sesiones hemos logrado crear un espacio seguro, sin juicio y con aceptación incondicional, donde C ha podido estar consigo misma y expresarse libremente, permitiendo su apertura y desbloquear la conexión con su narrativa.

En esta fase ha sido fundamental la psicoeducación que ha recibido C para empezar a comprender su funcionamiento, entender la función adaptativa de las emociones y normalizar aquello que le ocurre. Los principales recursos que se han usado para la psicoeducación de C han sido textos sobre la importancia, utilidad y funcionamiento de las emociones¹; y también sobre la muerte y su afrontamiento².

También ha sido muy importante el uso de metáforas, pues nos han permitido ir adentrándonos en su mundo emocional sin que C entrara en una posición defensiva o en la evitación. Cuando trabajamos con metáforas, el paciente está conscientemente escuchando y analizando los aspectos literales de la misma, mientras que la parte más implícita, donde se encuentra el mensaje terapéutico, pasa desapercibida conscientemente pero es igualmente procesada (Muran y DiGiuseppe, 1990). A nivel neurológico, Yu y sus colaboradores (2019) explican que el uso de la metáfora en terapia puede producir mayor insight, pues al usar este recurso se activan dos redes neuronales: una relacionada con el procesamiento básico del lenguaje metafórico (Área de Broca y de Wernicke, entre otras) y otra relacionada con la resolución de problemas (que incluye el hipocampo, la amígdala y la circunvolución fusiforme). Estos autores explican que existen correlaciones significativas entre la experiencia de insight y las activaciones del hipocampo y la amígdala, lo que implica que la metáfora tiene el potencial de producir un efecto terapéutico mayor y más prolongado en el tiempo, involucrando la parte emocional en el procesamiento y la generación de nuevos significados.

¹ Greenberg, L. S. (2015). Emotional intelligence and the purpose of emotion. In *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.*, 2nd ed. (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-002>

² Benito, E., Dones, M., & Barbero Gutiérrez, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13, 367–384. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>

En una segunda fase del tratamiento, el trabajo se ha centrado en aprender a escuchar su cuerpo y percibir el mundo externo y el mundo interno como algo sobre lo que tiene capacidad de observación y ajuste. Esto ha permitido que C pueda ir habitando su experiencia y activando su recuerdo. Poco a poco ha ido tomando consciencia de sus procesos internos: pensamientos (introyectos, creencias), emociones, deseos, fantasías, sueños, sensaciones... Nos encontramos en un momento donde C está explorando dónde se experimenta en su cuerpo lo que siente emocionalmente antes de que haya dolor somático, diferenciando sensaciones corporales y trabajando la aceptación de lo que hay. Su alta desconexión corporal ha dificultado enormemente este proceso, que también ha sido muy lento y respetuoso. Aún hay que continuar trabajando en esta línea, pero C ha hecho grandes avances. Cada vez identifica mejor sus estados internos y relaciona con mayor facilidad qué vivencia ha desencadenado su ansiedad y la sensación física desagradable que experimenta.

Asimismo, se han trabajado sus pensamientos obsesivos, sus constructos y sus creencias previas; especialmente las relacionadas con la muerte y el sentido de la vida. Poco a poco, C va pudiendo tender puentes entre las partes de su mundo y su pensamiento que antes estaban tan escindidas y desconectadas: su visión de lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, la libertad de Brasil y la inhibición de España, la superioridad de sus amigas y su propia inferioridad. Han resultado muy enriquecedores los ejercicios vivenciales que hemos realizado en esta fase, como el de esculturas o el de simbolización. Le han permitido a C expresar corporal, cognitiva y emocionalmente sus dos partes escindidas, poniendo consciencia corporal en cada posición y materializando así un cambio consciente.

Además, estamos tratando de reparar el apego de C con la intención de que pueda construir relaciones desde la seguridad y que esto le permita a ella colocarse en una

posición familiar más equidistante con sus progenitores, en especial con su madre, trabajando su asertividad y capacidad para poner límites. Relacionado directamente con esto, también se espera que se relacione de un modo más sano con sus amigas, utilizando su propio criterio y desligándose de los prejuicios que están instalados como una forma de relacionarse entre ellas. Lentamente está empezando un proceso de diferenciación en el que va pudiendo poner algún límite sin sentir culpa. También ha resultado muy facilitador trabajar con esculturas en este proceso, generando consciencia sobre el peso que tienen las miradas de la madre y sus amigas, pudiendo distanciarse y poner límites poco a poco.

Por último, la siguiente fase del tratamiento consistirá en trabajar con sus partes internas dañadas y elaborar los procesos de duelo. Habrá que construir estrategias de afrontamiento y de fortalecimiento del yo, así como mejorar su capacidad para poner límites. Cuando la relación terapéutica vaya permitiendo reasegurar el vínculo, la intervención implicará acompañarla y elaborar estas experiencias que han fijado más su miedo e inseguridad. Finalmente, trabajaremos también con la autocompasión.

Se espera que con el logro de estos objetivos irá mejorando poco a poco la autoestima y el sentido de agencia de C, que no deja de ser otro objetivo a largo plazo para ella. También es especialmente relevante para C en su proyecto vital darle un sentido existencial a la vida y conseguir tener interés por la cultura y la sabiduría. Estos objetivos no son tan relevantes a nivel terapéutico para nosotros, pero creemos que: mejorando su autoestima, teniendo más sentido de agencia, más consciencia corporal y emocional y, además, trabajando sus constructos y creencias previas; C podrá darle un sentido existencial a la vida. Tal vez, entonces, su interés por la cultura y la sabiduría salga de forma natural, no como una obligación y una carga para ella; o tal vez ella pueda aceptarse con sus intereses reales y explorar sus motivaciones libre de construcciones externas.

Las técnicas concretas que se han utilizado a lo largo de estos meses de terapia aparecen recogidas en la Tabla 3, relacionadas con los objetivos que se pretendían lograr con su uso y las fases en que se ha desarrollado la terapia.

Tabla 3.

Fases, objetivos y técnicas del proceso de tratamiento.

Fases	Objetivos principales	Objetivos secundarios	Técnicas utilizadas
Primera	Generar una alianza terapéutica buena y sólida	Adquirir conciencia de sí misma Comprender su funcionamiento Aumentar su sensación de control y seguridad	Modos de respuesta vivencial Presencia terapéutica Vínculo terapéutico Metáforas Psicoeducación
Segunda	Generar una mayor conciencia corporal y riqueza emocional	Activar el recuerdo de C Diferenciar sensaciones corporales y emociones Disminuir su somatización	Focusing Ejercicios corporales Vínculo terapéutico Psicoeducación Elaboración de un diario Ejercicio de esculturas

	Trabajar sus pensamientos obsesivos y sus constructos y creencias previas	Elaborar su miedo a la muerte Dar sentido a su vida Disminuir su escisión o polarización	Simbolización y externalización Psicoeducación Vínculo terapéutico Ejercicio de esculturas
	Reparar su apego	Mejorar su asertividad y capacidad para poner límites Colocar a C en una posición más equidistante con sus progenitores Relacionarse de un modo más sano con sus amigas	Vínculo terapéutico Psicoeducación Silla Vacía Ejercicio de esculturas
	Eliminar sus defensas evitativas	Rebajar su ansiedad Disminuir su somatización	Metáforas Psicoeducación Silla Vacía Vínculo terapéutico
Tercera	Elaborar procesos de duelo	Trabajar su autocompasión Elaborar experiencias traumáticas Fortalecer el Self	Silla Vacía Focusing

10. Discusión

La principal dificultad que nos hemos encontrado en la aplicación del tratamiento ha sido la enorme desconexión y evitación que mostraba C hacia sus emociones y sensaciones corporales, lo que impedía el trabajo activo y vivencial en sesión. La aplicación de técnicas activas y el trabajo experiencial se ha planteado muy lentamente, pues existía el riesgo de vernos atrapados en el exceso de racionalización y en la búsqueda de respuestas de C en un plano muy cognitivo. Los reflejos y respuestas empáticas que le hacíamos, en lugar de facilitar la toma de conciencia emocional y corporal, la dificultaban. Para C era tremendamente angustiante entrar en contacto con sus emociones y nuestros acercamientos hacían que levantara aún más sus barreras defensivas. Su evitación y desconexión era tal, que casi cualquier acercamiento resultaba en vano. Es por eso que el trabajo con metáforas y la psicoeducación han sido fundamentales. Las metáforas, por un lado, han permitido descubrir el mundo emocional de C de forma indirecta, con devoluciones de los terapeutas que despertaban en ella nuevas sensaciones y conectaban significados entre lo dicho y su experiencia. Gracias a esta aproximación indirecta podíamos acceder a su mundo emocional sin que ella lo viviera como algo intrusivo o peligroso. Por otro lado, la psicoeducación ha permitido que C aumente su sensación de control y seguridad, rebaje sus defensas y que tome conciencia de la importancia que tiene estar en contacto consigo misma.

Otra dificultad que ha aparecido durante el proceso, particularmente en el objetivo de diferenciación de su madre, ha sido un sentimiento muy grande de culpa. C se siente muy responsable de sostener emocionalmente a su madre y de acompañarla porque la percibe muy aislada. A la hora de poner límites a su madre e imponer su criterio y preferencias por encima de las demandas de ella, C se ha mostrado algunas veces resistente.

Finalmente, una limitación que también ha dificultado el proceso de C ha sido la enorme discontinuidad de asistencia que ha tenido durante estos meses. Desde que empezó la terapia se ha ausentado en numerosas ocasiones por viajes (luna de miel, vacaciones navideñas y de Semana Santa, viajes de trabajo, etc.) o por procesos de cuarentena por el contagio de SARS-CoV-2 de ella o de alguno de los terapeutas. Estas ausencias han supuesto una limitación por la interrupción repetida del proceso terapéutico en el momento de creación de vínculo y alianza terapéutica, que ya entrañaba una dificultad extraordinaria por el contexto de la intervención.

A pesar de las mencionadas limitaciones, se ha podido establecer con la paciente una buena alianza y vínculo terapéutico. Eso ha permitido que C percibiera la terapia como un espacio seguro, lo que le daba sensación de control y seguridad. Poco a poco ha ido conectando con su cuerpo, reactivando su recuerdo e integrando la experiencia con sus emociones y sensaciones físicas. Todo ello ha permitido que C rebajara sus defensas evitativas, ampliara su umbral de tolerancia sin sentir amenaza y comprendiera su funcionamiento interno y el proceso de salud.

En última instancia se han conseguido rebajar sus niveles de ansiedad y de somatización, así como su rumiación y los pensamientos obsesivos en relación a cuestiones existenciales. C también ha podido integrar sus partes escindidas y, en el plano más relacional, poner límites y diferenciarse, poco a poco, de su grupo de amigas y de su madre.

Finalmente, remarcar que el proceso terapéutico de la paciente no ha finalizado. En los próximos meses de tratamiento de C habría que afianzar los objetivos obtenidos hasta ahora e intentar profundizar en el trabajo de su apego, el trauma y el miedo a la muerte.

11. Conclusiones

Se espera que este trabajo sirva de ejemplo a la hora de abordar el tratamiento desde el modelo humanista de pacientes con evitación emocional, desconexión corporal y cuadros de ansiedad generalizada y planteamientos existenciales en torno a la muerte y el sentido de la vida.

El abordaje de este caso desde el modelo humanista ha resultado beneficioso por la importancia que cobra el trabajo con el vínculo. Generar una buena alianza ha sido fundamental para favorecer la adhesión de C al tratamiento y su percepción de la terapia como un entorno seguro. Una vez establecida esta relación, se ha seguido un proceso respetuoso de acompañamiento, ampliando lentamente su umbral de tolerancia emocional y activando sus procesos de memoria. Esto ha permitido ir desbloqueando su recuerdo y su experiencia, para integrarlos a nivel emocional desde la seguridad y construir así una narrativa integrada de su historia de vida.

12. Bibliografía

Benito, E., Dones, M., & Barbero Gutiérrez, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, *13*, 367–384.

<https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>

Bugental, J. F. T. (1963). Humanistic psychology: A new breakthrough. *American Psychologist*, *18*(9), 563–567. <https://doi.org/10.1037/h00486666>

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *6*(1), 16–27.

- Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL Test: Administration, interpretation, uses theory and critique. *International Forum for Logotherapy, 11*(2), 76–88.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Greenberg, L. S. (2015). Emotional intelligence and the purpose of emotion. In *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings., 2nd ed.* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-002>
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.
- Goldman, R.N, & Greenberg, L.S. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: *Co-constructing clinical maps for change*. Washington: APA Books.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Melero, R., & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto = Affective styles in a Spanish sample: A questionnaire for the assessment of adult attachment. *Clínica y Salud, 19*(1), 83–100.

- Muran, J. C., & DiGiuseppe, R. A. (1990). Towards a cognitive formulation of metaphor use in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 69–85. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90107-L](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90107-L)
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101–e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191.supp> (Supplemental)
- 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>
- Rice, L. (1974). The Evocative Function of the Therapist. En L. N. Rice & D. A. Wexler (Ed.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289–311). Wiley.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting Suffering With Kindness: Effects of a Brief Self-Compassion Intervention for Female College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794–807. <https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stumm, G. (2008). The person-centered approach from an existential perspective. *Existenzanalyse*, 25(1), 7–15. <http://www.existential-analysis.org/>

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Winston, C. N. (2015). Points of convergence and divergence between existential and humanistic psychology: A few observations. *The Humanistic Psychologist*, 43(1), 40–53. <https://doi.org/10.1080/08873267.2014.993067>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yu, F., Zhang, J., Fan, J., Luo, J., & Zhang, W. (2019). Hippocampus and amygdala: An insight-related network involved in metaphorical solution to mental distress problem. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 19(4), 1022–1035. <https://doi.org/10.3758/s13415-019-00702-6>