



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ABORDAJE DE LA AUTOCRÍTICA Y LAS
DIFICULTADES EN LAS RELACIONES
INTERPERSONALES DESDE UNA PERSPECTIVA
HUMANISTA INTEGRADORA: UN ESTUDIO DE
CASO**

Máster Psicología General sanitaria

Autora: Paule Bilbao Ajuriaguerra

Directora: Sofía Rademaker Martín-Municio

Madrid 2024

ÍNDICE

ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Premisas de los modelos	5
1.1.1. Terapia focalizada en la emoción.....	6
1.1.2. La terapia Gestalt	8
1.1.3. Modelo PARCUVE.....	9
1.2. Apego y autorregulación; presencia de heridas emocionales.....	12
1.2.1. Apego y autorregulación	12
1.2.2. Fuentes emocionales de los trastornos. Presencia de heridas emocionales: Emociones primarias desadaptativas.....	13
2. DISEÑO	16
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	17
4. PRESENTACIÓN DEL CASO	20
Figura 1. Genograma familiar de L.....	21
5. ANTECEDENTES	23
6. FORMULACIÓN DEL CASO	24
6.2.1. FASE 1: Desplegar la narrativa y análisis del estilo de procesamiento del cliente ..	25
Familia.....	25
Parejas	27
Actualmente	28
6.2.2. FASE 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear	28
Figura 2. Elementos de la narrativa del foco terapéutico en la formulación de caso.	29
7. TRATAMIENTO Y CURSO	31
Tabla 1. Objetivos específicos y técnicas utilizadas en cada una de las sesiones	33
8. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	36
Gráfico 1. Comparación de la valoración de la terapeuta y del paciente sobre los resultados del proceso terapéutico, basada en los objetivos de intervención establecidos al inicio del proceso.	38
Gráfico 2. Comparación de los resultados del test TMMS-24 y sus factores antes y después del tratamiento.	39
Gráfico 3. Comparación de los resultados del test RSE antes y después del tratamiento	40
Gráfico 4. Comparación de los resultados del test SWLS antes y después del tratamiento	40
Gráfico 5. Comparación de los resultados del test CaMi-R y sus factores antes y después del tratamiento	42
9. DISCUSIÓN	43
REFERENCIAS	47

RESUMEN

Este estudio presenta un estudio de caso centrado en las intervenciones terapéuticas aplicadas a un paciente que presenta síntomas ansioso-depresivos derivados de una autocrítica intensa. El caso, llevado a cabo dentro del marco de un enfoque humanista, integra elementos de la Terapia Focalizada en Emociones (TFE), la Terapia Gestalt y el modelo PARCUVE. A través de 16 sesiones, el paciente demostró un progreso significativo en el manejo de emociones, el establecimiento de relaciones más saludables y el fortalecimiento del autoconcepto y la autoestima. El proceso terapéutico enfatizó la creación de un espacio seguro para la exploración emocional, abordando conflictos familiares no resueltos y fomentando la autoaceptación y el crecimiento personal. Los hallazgos respaldan la efectividad de integrar diversas modalidades terapéuticas para abordar problemas emocionales complejos, destacando la importancia del procesamiento emocional y las técnicas experienciales en la promoción del bienestar psicológico y la salud relacional. Este estudio de caso contribuye a la comprensión de la psicoterapia humanista y sus aplicaciones en la práctica clínica, enfatizando el potencial transformador de abordar la angustia emocional y las necesidades no satisfechas en las intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: Terapia Humanista, Terapia Focalizada en la Emoción, Terapia Gestalt, Modelo PARCUVE, Ansiedad y depresión, Transformación emocional, crecimiento personal.

ABSTRACT

This study presents a case study focusing on the therapeutic interventions applied to a patient exhibiting anxious-depressive symptoms stemming from intense self-criticism. The case, conducted within the framework of a humanistic approach, integrates elements of Emotion-Focused Therapy (EFT), Gestalt Therapy, and the PARCUVE model. Through 16 sessions, the patient, L., demonstrated significant progress in managing emotions, establishing healthier relationships, and enhancing self-concept and self-esteem. The therapeutic process emphasized creating a safe space for emotional exploration, addressing unresolved family conflicts, and fostering self-acceptance and personal growth. Findings support the effectiveness of integrating various therapeutic modalities to address complex emotional issues, highlighting the importance of emotional processing and experiential techniques in promoting psychological well-being and relational health. This case study contributes to the understanding of humanistic psychotherapy and its applications in clinical practice, emphasizing the

transformative potential of addressing emotional distress and unmet needs in therapeutic interventions.

Keywords: Humanistic Therapy, Emotion Focused Therapy, Gestalt Therapy, PARCUVE Model, Anxiety and depression, Emotional transformation, personal growth.

1. INTRODUCCIÓN

La presentación del caso de L. se revela como una valiosa oportunidad en el ámbito de la psicología clínica, proporcionando un escenario propicio para la validación de teorías y la evaluación de diversos enfoques terapéuticos. Al abordar las dificultades relacionales, emocionales y vitales, se ofrece la posibilidad de someter a examen la eficacia de múltiples estrategias de intervención. Desearía profundizar en este campo y mejorar mi capacidad para ayudar a pacientes con este tipo de problemáticas. Hasta ahora, no había encontrado un caso similar, y ha captado poderosamente mi atención.

Este caso es particularmente relevante para el campo clínico porque aborda varios aspectos críticos cada vez más frecuentes en nuestra práctica clínica: la autocrítica destructiva, la importancia del autocuidado, las dificultades en las relaciones interpersonales y el impacto de los conflictos familiares no resueltos. Además, explorar las dinámicas emocionales subyacentes, como la vergüenza y la valía, ofrece una oportunidad invaluable para desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas. El análisis minucioso de este caso puede conllevar a un enriquecimiento sustancial en la praxis clínica y en las competencias terapéuticas de los profesionales en salud mental. Este análisis profundo permite una comprensión detallada de las complejidades individuales y la validación de teorías preexistentes, así como la adaptación de técnicas específicas orientadas a satisfacer las necesidades emocionales y sociales que presenta el paciente. Así, este estudio no solo beneficia al paciente en cuestión, sino que también proporciona a los profesionales herramientas y conocimientos aplicables a otros casos similares, mejorando la calidad de la atención psicológica. En resumidas cuentas, los estudios de caso en el ámbito de la psicología clínica se erigen como piezas esenciales que, mediante una exploración meticulosa, inciden en el mejoramiento de la práctica clínica, la formulación de hipótesis para futuras investigaciones y la oferta de intervenciones que se centran primordialmente en el individuo afectado.

Con mayor precisión, el presente estudio se centra en el caso de un paciente que exhibe síntomas ansioso-depresivos derivados de una autocrítica intensa. Este fenómeno se caracteriza por la percepción del paciente de que su valía personal está ligada únicamente a su desempeño y logros, en detrimento de su valor intrínseco como individuo. Además, se observa en el paciente la presencia de dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables, la habilidad para establecer límites adecuados y satisfacer sus propias necesidades, lo que se

traduce en una insatisfacción con su calidad de vida, una autoestima menguada, un autoconcepto negativo y una negligencia hacia el autocuidado.

Los conflictos familiares irresueltos y las limitaciones en la identificación, comprensión y expresión emocional emergen como variables subyacentes a estas problemáticas, siendo la valía (o la vergüenza) la herida nuclear preponderante en el panorama clínico del paciente.

En la presente investigación se describen las aplicaciones de intervenciones psicoterapéuticas en el abordaje del dolor nuclear de valía debido a necesidades no cubiertas en la infancia. Se emplea una combinación integradora de varias terapias humanistas, que incluyen: (a) Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), (b) Terapia Gestalt y (c) Modelo PARCUVE. Sin embargo, es importante destacar que el enfoque principal del caso se ha centrado en la Terapia Focalizada en la Emoción, considerando a la Terapia Gestalt y el Modelo PARCUVE como complementarias.

1.1. Premisas de los modelos

La Psicología Humanista emerge como una perspectiva vital en el campo de la psicología, en respuesta a la despersonalización presente en las corrientes dominantes del psicoanálisis y el conductismo (Burgos, 2014). Este enfoque, conocido como la tercera fuerza en psicología, se origina alrededor de 1960 en Estados Unidos, promoviendo una visión holística del ser humano y su desarrollo.

El paradigma humanista, iniciado por figuras como Carl Rogers y Fritz Perls, se basa en principios fundamentales. Por un lado, considera a la persona como un ser integral, destacando la importancia de la autorrealización y el desarrollo individual motivado por una vocación que da sentido a la vida (Bugental, 1964). Esta idea sugiere que cada individuo tiene una dirección innata que guía su desarrollo psicosocial.

Carl Rogers, pionero de la Terapia Centrada en la Persona, sugiere condiciones esenciales para el cambio psicológico, como la autenticidad, la aceptación incondicional y la empatía, creando así un ambiente terapéutico favorable para el crecimiento personal (Burgos, 2014). La teoría de Rogers sobre la tendencia actualizante destaca la búsqueda innata de desarrollo y realización personal en cada individuo (Ortiz López, 2010).

Por otro lado, la Terapia Gestalt, desarrollada por Fritz Perls, resalta el papel activo del individuo en su desarrollo, enfocándose en el presente y empleando técnicas experienciales para mejorar la autoconciencia y la autodirección (Burgos, 2014).

Además, la influencia filosófica del existencialismo y la fenomenología ha tenido un impacto significativo en el desarrollo de la Psicología Humanista. Esta corriente se enfoca en las experiencias subjetivas del individuo, subraya las cualidades humanas auténticas y busca resolver problemas importantes para la vida humana, enfatizando la dignidad y el valor inherente a cada persona (Hillner, 1984).

Desde esta perspectiva humanista, se considera al individuo como un ser en constante realización, responsable de sus acciones y con la libertad de definir su propio camino en la vida (Stumm, 2008). En este enfoque terapéutico, se trabaja con la experiencia consciente del individuo, abarcando múltiples dimensiones humanas y reconociendo que la totalidad es más que la suma de sus partes (Stumm, 2008).

Este marco teórico, basado en la Psicología Humanista, ofrece los fundamentos esenciales para entender la naturaleza integral del ser humano, su desarrollo psicosocial, la importancia de la autorrealización y la influencia terapéutica en el crecimiento personal y la resolución de conflictos existenciales.

1.1.1. Terapia focalizada en la emoción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), que se originó en 1996, es un modelo humanista creado por Greenberg y Johnson. Este enfoque se fundamenta en las bases conceptuales y prácticas de la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers y la Terapia Gestalt de Fritz Perls, incorporando además elementos de modelos constructivistas y tradiciones existenciales. Este enfoque integrador, combina estos métodos terapéuticos para abordar tanto las experiencias emocionales como las creencias y heridas subyacentes de los individuos (Elliot y Greenberg, 2017).

El propósito de esta terapia es que los individuos exploren sus procesos emocionales, pasando de emociones secundarias al dolor nuclear, y transformen emociones no adaptativas en respuestas emocionales más saludables. Así, identifica un dolor emocional crónico relacionado con sentimientos comunes como la tristeza (soledad), la vergüenza (valía) o el

miedo al abandono, y propone una formulación transdiagnóstica que abarca diversas problemáticas psicológicas (Timulak y Keogh, 2019). Este enfoque se fundamenta en el procesamiento de esquemas emocionales desadaptativos que se forman a partir de experiencias emocionales significativas (Greenberg, 2010). El terapeuta trabaja con el paciente para reelaborar sus recuerdos reviviéndolos en el presente y exponer estas estructuras a respuestas emocionales más saludables, buscando modificar las conexiones emocionales no adaptativas (Greenberg et al., 2009).

La TFE se propone como objetivo primordial el incremento de la flexibilidad emocional, la mejora de la autorregulación emocional y la facilitación del acceso a respuestas emocionales más saludables (Timulak y Keogh, 2019). Para alcanzar tanto estos propósitos generales como los específicos que surjan en el contexto de cada paciente, el proceso terapéutico se distingue por su empleo de intervenciones (tareas terapéuticas) dirigidas por marcadores, los cuales identifican indicios sutiles relacionados con las problemáticas presentadas (Greenberg et al., 2009). En adición a las tareas terapéuticas, la sintonización empática con el afecto en el momento presente emerge como otro pilar fundamental en la terapia enfocada en las emociones. Esta sintonización alude a la capacidad del terapeuta para percibir, comprender y reflejar con precisión los estados emocionales del cliente durante la sesión terapéutica. Tal sintonización implica una presencia plena y una atención meticulosa tanto a las expresiones verbales como no verbales del cliente, así como a sus sutiles cambios emocionales. Al integrarse de manera práctica en el proceso terapéutico, el terapeuta emplea esta habilidad para validar las experiencias emocionales del cliente, lo que propicia un sentido de seguridad y conexión. Además, la sintonización empática con el afecto habilita al terapeuta para guiar al cliente en la exploración y comprensión más profunda de sus emociones, facilitando así el proceso de transformación emocional. En síntesis, la sintonización empática con el afecto emerge como el "idioma" para el trabajo emocional efectivo, complementando las tareas terapéuticas (Greenberg, 2015).

La Terapia Focalizada en Emociones se basa en un enfoque de diagnóstico que considera el proceso, analizando las emociones de forma continua y clasificándolas en cuatro tipos: adaptativas primarias, desadaptativas primarias, secundarias reactivas e instrumentales. Además, emplea intervenciones específicas para las emociones presentes con el fin de transformar la vivencia emocional del individuo (Ciro y Caro, 2023).

A lo largo de la historia, la TFE ha experimentado una evolución significativa, emergiendo como un enfoque terapéutico reconocido y aplicado en el tratamiento de una amplia gama de trastornos psicológicos, tales como la ansiedad, la depresión, el duelo, las dificultades de relación de pareja y el trauma, entre otros. En el contexto específico del paciente L., se encuentra respaldo sustancial en la literatura académica que sustenta la eficacia de la TFE como una intervención terapéutica adecuada para abordar problemáticas asociadas con la autovaloración negativa, la autocrítica, la baja autoestima y las carencias emocionales derivadas de experiencias no atendidas en la infancia. Estudios y publicaciones relevantes que respaldan esta afirmación incluyen investigaciones realizadas por Elliott et al. (2004), Greenberg y Watson (2006), Goldman et al. (2006), y Paivio y Pascual-Leone (2010).

Lo distintivo de la TFE radica en su integración de múltiples enfoques, tales como el centrado en el cliente, el gestáltico, el existencial, y elementos psicodinámicos. Además, destaca la importancia de los procesos interpersonales y la reparación de rupturas en la alianza terapéutica (Greenberg, 2010). A diferencia de las terapias cognitivo-conductuales, la TFE enfatiza el papel fundamental de las emociones sobre el pensamiento y las creencias, priorizando el cambio y el proceso durante las sesiones terapéuticas.

1.1.2. La terapia Gestalt

La Terapia Gestalt se caracteriza por su enfoque fenomenológico, existencial y centrado en las relaciones, que se enfoca en la interacción dinámica entre el individuo y su entorno, lo que conforma su fundamento antropológico. Tanto la teoría como la práctica de esta modalidad terapéutica presentan diversas perspectivas y emplean una variedad de enfoques clínicos adaptados a distintos grupos (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013), con la ansiedad como una de las áreas de aplicación (Robine, 2013).

Desde la visión de Perls (1994), la Terapia Gestalt se centra en el "aquí y ahora", incorporando la noción de tendencias orientadoras y realizadoras y conectándose con principios fenomenológicos y existenciales. Este enfoque subraya la concepción del individuo como un ser en constante desarrollo, dotado de capacidad de trascendencia, responsabilidad y libertad, que mantiene relaciones significativas y valora la experiencia plena del presente.

En la perspectiva dialógica de Buber, se destaca la singularidad y la naturaleza de diálogo inherente a la vida humana. Buber sugiere que la auténtica sensación de unidad se

experimenta en forma de dualidad. Esta dualidad se manifiesta en las dos inclinaciones coexistentes en cada individuo: la "tendencia orientadora", que busca el orden, la seguridad y la practicidad en el presente, y la "tendencia realizadora", que da forma a la realidad al integrar lo percibido en la esencia de la existencia (Velásquez, 2001).

Perls relaciona esta dualidad con su concepción del ser humano como una gestalt, una totalidad compuesta por polaridades complementarias. También establece una conexión con el proceso de autorregulación orgánica y la homeostasis, concebida no como un estado estático, sino como un flujo dinámico, un constante movimiento de apertura y cierre, gestalten. Según Perls, el holismo y la homeostasis son impulsos innatos del organismo destinados a permitir que este "se realice a sí mismo tal como es" (Velásquez, 2001). Por lo tanto, la Terapia Gestalt utiliza el pasado exclusivamente para comprender el origen de las experiencias presentes y visualiza el futuro como una oportunidad para alcanzar metas deseadas (Velásquez, 2001). Esta premisa fundamental de la corriente Gestalt es lo que ha suscitado mi interés por integrarla en el abordaje terapéutico de este caso en particular. A pesar de que la Terapia Focalizada en Emociones ya contemple de manera implícita algunos principios gestálticos, he considerado pertinente otorgarle un espacio específico y así incorporar otras técnicas complementarias que faciliten el procesamiento de determinadas vivencias del paciente. Esta decisión constituye un claro indicio de la integración de distintos paradigmas terapéuticos con el propósito de adecuar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente. A modo de ejemplo, menciono la inclusión de modalidades como la arteterapia, el trabajo con el niño interior y las visualizaciones.

Además, diversos estudios han evidenciado que la Terapia Gestalt puede ser efectiva en el abordaje de problemas asociados con la autocrítica, la baja autoestima y las necesidades emocionales no satisfechas en la infancia, (Clarkson, 2004; Francesetti et al., 2013; Yontef y Jacobs, 2014, entre otros) variables identificadas el paciente estudiado. Esta modalidad terapéutica fomenta la autoconciencia, la aceptación personal y el procesamiento de emociones no resueltas, aspectos cruciales para la mejora de dichos problemas.

1.1.3. Modelo PARCUVE

El enfoque PARCUVE, un modelo interdisciplinario, conecta la neurobiología de las emociones básicas con las emociones más complejas en humanos, investigando cómo las interacciones entre mente y cerebro engendran ansiedad y malestar, propiciando

comportamientos patológicos como adicciones u obsesiones. Este modelo se basa en la importancia crítica de los vínculos afectivos, particularmente en la infancia, en la regulación del estrés y las emociones a lo largo de la vida. Las emociones básicas, como el miedo o la ira, asociadas con rupturas en los vínculos afectivos, activan circuitos cerebrales que desencadenan emociones más complejas como culpa o vergüenza (Hernández Pacheco, 2023).

Esta conceptualización surge de la investigación liderada por Panksepp, centrada en el estudio de circuitos emocionales presentes en todos los mamíferos. Panksepp identificó siete circuitos, tres de los cuales se enfocan en respuestas defensivas: pánico, similar al concepto de apego; miedo y rabia. Hernández Pacheco observó la interrelación de estos tres circuitos, sugiriendo que la ruptura con las figuras de apego podría provocar tanto miedo como rabia. Además, Hernández Pacheco añadió la culpa y la vergüenza como mecanismos de regulación social. Estas emociones, exclusivas de los humanos, surgen como estrategias para controlar o expresar sumisión hacia los demás, dando origen a lo que se denomina estrategias de apego o de personalidad. Por lo tanto, el modelo PARCUVE abarca las siguientes emociones: pánico, ansiedad, rabia, culpa y vergüenza. Estas emociones desempeñan un papel esencial en la capacidad del individuo para regularse con los cuidadores durante la infancia y, con el tiempo, se integran en la personalidad para enfrentar desafíos. Además, el modelo incluye el concepto del triángulo del trauma, los axiomas que lo definen y las fases que lo componen, que involucran la evaluación, estabilización, trabajo emocional periférico, trabajo con emociones disociadas y trabajo fuera del entorno clínico (Hernández, 2019).

En definitiva, el modelo PARCUVE ofrece un marco comprensivo para entender la interrelación entre los vínculos emocionales, las emociones básicas y complejas, y las estrategias para regular estas emociones, influyendo en el desarrollo de trastornos mentales en la adultez. Este modelo enfatiza la interacción entre emociones naturales y elaboradas, su conexión con la neurobiología y la psicopatología, y destaca la relación entre el apego y emociones como el miedo, la ira, la culpa y la vergüenza, así como su impacto en los trastornos mentales (Hernández Pacheco, 2023). Esta interconexión entre el vínculo de apego y las emociones ha despertado mi interés, en virtud de su capacidad para ampliar el ámbito de intervención, otorgando primacía y relevancia al vínculo terapéutico. Este enfoque se sustenta en la premisa de que, mediante una relación terapéutica que brinde seguridad y apoyo, el individuo puede abordar y elaborar sus experiencias emocionales pasadas de manera renovada y saludable. Por ende, considero muy interesante incorporar este principio en la aplicación del

tratamiento basado en la TFE, especialmente al tener en cuenta la casuística específica de nuestro paciente.

El modelo en consideración se emplea de manera específica para abordar las heridas emocionales, tales como la baja autoestima, la autocrítica y las necesidades insatisfechas durante la infancia, factores identificados en el caso de L. PARCUVE combina teorías neurobiológicas y de apego para describir cómo las emociones negativas persistentes pueden afectar profundamente el bienestar emocional y psicológico. Esta perspectiva y su enfoque terapéutico han captado mi interés, motivándome a integrarlo como complemento en mi práctica. La revisión de la literatura y los estudios sugieren que este enfoque es prometedor para ayudar a las personas a comprender y regular sus emociones, especialmente en aquellos que han experimentado traumas infantiles. La estructura del modelo, que clasifica las emociones en anillos para explicar sus efectos y manifestaciones en la conducta y la personalidad, facilita una comprensión detallada de las dinámicas emocionales subyacentes (Hernández Pacheco, 2023).

Aunque se requiere más investigación empírica para confirmar la eficacia del modelo PARCUVE, los resultados iniciales y su base teórica son prometedores. El modelo, que incorpora técnicas de autoexploración y regulación emocional, es adecuado para tratar problemas de autocrítica y baja autoestima, ayudando a las personas a reconstruir su autoestima y a sanar heridas emocionales de la infancia.

La TFE y el PARCUVE comparten la importancia de comprender y trabajar con las emociones, reconociendo la influencia significativa de las experiencias emocionales en el bienestar psicológico. Además, ambos modelos reconocen la interconexión entre diferentes emociones y su impacto en la regulación emocional. Aunque el PARCUVE se enfoca en la interrelación específica entre las emociones y los vínculos de apego, y la TFE se concentra en el procesamiento de esquemas emocionales desadaptativos, ambos abordan la importancia de explorar y transformar las experiencias emocionales para mejorar el bienestar psicológico de los individuos.

En consecuencia, me pareció sumamente intrigante amalgamar estos dos enfoques, junto con la inclusión de la Terapia Gestalt, con el propósito de construir un marco más abarcador y ecléctico destinado a la comprensión y abordaje de este caso. En conjunto, estos enfoques terapéuticos pueden ser complementarios, ofreciendo al paciente una variedad de

herramientas para explorar y transformar sus experiencias pasadas, mejorar la regulación emocional y construir una base sólida para un cambio positivo en su vida. El énfasis en la autenticidad, la conexión emocional, la exploración emocional y la comprensión de los vínculos de apego proporciona un marco integral para abordar las complejas necesidades del paciente.

1.2. Apego y autorregulación; presencia de heridas emocionales

Como se ha expuesto con anterioridad, en el contexto del análisis clínico, se han identificado conflictos familiares pendientes de resolución y deficiencias en la capacidad de identificación, comprensión y expresión emocional como factores subyacentes. La herida emocional principal que afecta al paciente reside en su percepción de valía personal, o la vergüenza asociada a su falta de esta. Desde la perspectiva teórica de la Terapia Focalizada en las Emociones, se vislumbra claramente la influencia de los patrones de apego y la habilidad de autorregulación emocional en el curso clínico del individuo. La intervención terapéutica se dirige hacia la resolución de esta herida, procurando fomentar la autocompasión, fortalecer un apego seguro y potenciar las competencias de autorregulación emocional, con el propósito de reconstruir un sentido de valía intrínseca y mejorar la calidad de vida del paciente. Por tanto, se considera pertinente profundizar en el examen de estas dos variables que han ejercido una influencia significativa en la evolución del malestar del paciente:

1.2.1. Apego y autorregulación

El concepto de apego se refiere a un conjunto de comportamientos activados en situaciones de necesidad, con el objetivo de mantener la cercanía y el contacto con la persona a la que el individuo tiene un fuerte vínculo afectivo, generalmente su cuidador principal (Bowlby, 1998). Se ha descrito el apego como un sistema de regulación emocional que se desarrolla en la relación madre-hijo (Schore, 2000), sugiriendo que esta regulación sirve como prototipo para futuras regulaciones en la vida del individuo (Sroufe, 2005). Específicamente, el sistema de apego entre el cuidador y el infante participa en la regulación neurobiológica mediante la coregulación de las emociones positivas y negativas del recién nacido (Schore & Schore, 2007). Prácticas como mecer al bebé, sostenerlo en brazos o el contacto piel a piel se han identificado como contribuyentes a la regulación emocional del recién nacido (Calkin y Leerkes, 2011). Según Fonagy y Target (2002), las relaciones tempranas dan forma a un

sistema de procesamiento de información y control que facilita el desarrollo de los mecanismos de autorregulación en las personas.

En términos de la teoría del apego, la conexión formada entre el cuidador y el recién nacido puede manifestarse en patrones de apego seguros o inseguros (Ainsworth et al., 1978). Un apego seguro implica que el bebé percibe la disponibilidad del cuidador para brindar protección o consuelo cuando sea necesario, y exhibe una exploración apropiada de su entorno (Weinfield et al., 2008). En cambio, los niños con un apego inseguro pueden dudar de la disponibilidad y eficacia de sus cuidadores. Para adaptarse a estos cuidadores, los infantes pueden desarrollar comportamientos *ansiosos* o *resistentes* para captar la atención, o adoptar comportamientos *evitativos* para protegerse del posible rechazo (Weinfield et al., 2008). Basándonos en esto, los patrones de apego se clasifican en cuatro categorías: seguro, inseguro/evitativo, inseguro/resistente (Ainsworth et al., 1978) y desorganizado (Main y Solomon, 1990), que se refiere a un patrón de apego donde los infantes emplean estrategias contradictorias entre sí.

Al igual que el patrón de apego seguro en la infancia configura modelos internos operativos que perduran a lo largo de la vida adulta, los patrones de apego inseguro crean mapas cognitivos que influyen en la construcción emocional del adulto. Por lo tanto, entender el estilo de apego infantil permite anticipar el comportamiento afectivo y la formación de vínculos en la edad adulta (Lozano Sapuy et al., 2016) punto clave para la comprensión de nuestro caso.

Diversos autores indican la existencia de una conexión entre los estilos de apego inseguro, la insatisfacción en las relaciones de pareja, prácticas parentales poco efectivas y la falta de confianza hacia los demás, influenciando así las relaciones interpersonales en la etapa adulta. Asimismo, el desarrollo de este tipo de apego está estrechamente vinculado a trastornos emocionales y sociales en todas las etapas de la vida (Obeid et al., 2019).

1.2.2. Fuentes emocionales de los trastornos. Presencia de heridas emocionales:

Emociones primarias desadaptativas

Las emociones primarias desadaptativas representan una fuente significativa de problemas y dificultades personales. Estas emociones se originan en experiencias que en su momento fueron adaptativas, pero que persisten en el repertorio emocional incluso cuando las circunstancias han cambiado. Se convierten en heridas que afectan la identidad y restringen la

libertad para experimentar plenamente. Principalmente se desarrollan en relaciones interpersonales, especialmente durante la primera infancia, en situaciones donde la persona enfrenta pérdidas, peligros sostenidos o humillaciones mientras se encuentra en un estado de vulnerabilidad o dependencia. Además, se suma a esto el hecho de que los cuidadores, ya sean padres o madres, no brindan el apoyo emocional necesario al niño, lo que lleva a la consolidación de patrones emocionales desadaptativos en lugar de esquemas más resilientes o adaptativos (Jódar y Caro, 2023).

Estos patrones son la codificación de experiencias y significados durante el proceso de desarrollo del niño, al interactuar tanto con su propio mundo emocional (influenciado por predisposiciones biológicas como el temperamento) como con adultos negligentes o abusivos. Esto perpetúa de manera inapropiada la generación de emociones problemáticas, así como un procesamiento y regulación ineficiente de estas.

Timulak (2015) identifica y detalla tres configuraciones de patrones emocionales primarios desadaptativos o dolores emocionales nucleares: la vergüenza ante la humillación, la inseguridad o temor ante el peligro y la desprotección, y la tristeza por la falta de conexión o cercanía con otros. Es fundamental tener en cuenta que cada individuo experimenta conscientemente estos patrones de manera única, ya que surgen de experiencias personales específicas, especialmente durante la infancia o adolescencia, y la forma en que cada uno gestiona esas experiencias. Sin embargo, hay elementos comunes que emergen y se repiten, como lo demuestra la investigación (Greenberg, 2021; Timulak, 2015). Por ejemplo, es válido hablar de "familias" o grupos de emociones, como la familia de la vergüenza, el miedo o la tristeza, aunque es importante recordar que la manifestación individual de la vergüenza es totalmente personal, influenciada por los esquemas emocionales propios que se formaron a partir de experiencias únicas.

Dentro de la familia de los esquemas emocionales primarios desadaptativos de la tristeza, la inclinación natural hacia la búsqueda de conexión pronto es reemplazada por el impulso de retraerse para conservar energía. La falta de conexión se experimenta como un marchitamiento interno, que es la vivencia de la tristeza por no recibir nutrición afectiva. Esta tristeza desactiva el cuerpo, especialmente las extremidades, y agota la energía.

Por último, en lo que respecta a los esquemas de miedo, se pueden distinguir dos tipos: el miedo relacionado con la inseguridad ante la ausencia de otros, y el miedo o terror frente a una amenaza física para la supervivencia. El primero se manifiesta cuando se siente el peligro de no poder sobrevivir solo en la vida, lo que genera la necesidad de otro para mitigar esa inseguridad. Cuando falta ese otro, se experimenta no tanto la tristeza por la pérdida o la falta de conexión, sino el miedo a estar solo, a necesitar al otro para vivir y, por lo tanto, a estar en peligro. Esto se puede manifestar en el cuerpo como un estómago vacío y contraído, junto con la agitación característica de esa inseguridad. El segundo tipo de miedo desadaptativo está relacionado con experiencias de terror no procesadas, que quedan almacenadas en la memoria esquemática y pueden desencadenarse en momentos específicos cuando los elementos sensoriales del trauma se entrelazan con la realidad presente, generando respuestas de pánico en contextos que ya no representan el mismo peligro que en el pasado.

El objetivo de este estudio es ofrecer una ilustración sobre modelos de intervención psicológica, tales como la Terapia Focalizada en la Emoción, la Terapia Gestalt y el modelo PARCUVE, mediante ejemplos de aplicación específicos. Se busca examinar cómo estos enfoques se integran entre sí para la comprensión y tratamiento del caso presentado. Además, se pretende documentar la viabilidad y la eficacia preliminar de las intervenciones psicológicas innovadoras mencionadas.

Como premisa central, se anticipa una mejora cualitativa tras la implementación de intervenciones particulares en este caso clínico, centrándose especialmente en los siguientes aspectos: mayor conciencia, regulación y expresión emocional; reelaboración de asuntos no resueltos; desarrollo de relaciones más saludables; adquisición de habilidades para escuchar y validar sus propias necesidades; establecimiento de límites; fomento de la comunicación asertiva; coherencia con las propias emociones; elevación de la autoestima; y definición de propósitos y proyectos vitales. Esta mejora se reflejará a través de cambios expresados verbalmente durante las sesiones, en la evolución del contenido narrativo y en la transformación de las emociones desadaptativas (vergüenza) a emociones adaptativas (enfado y tristeza).

2. DISEÑO

El enfoque de investigación adoptado se distingue por su adopción de un estudio de caso clínico, una metodología comúnmente empleada en el ámbito de las ciencias sociales para llevar a cabo investigaciones cualitativas. En este contexto, se enfoca en la observación minuciosa y el análisis crítico de un proceso de intervención específico o un aspecto del mismo, utilizando un caso o una serie de casos como base. Su objetivo principal radica en evaluar la pertinencia de la intervención y medir su conformidad con la evidencia existente.

El presente estudio de caso se centra en presentar un modelo de intervención psicológica mediante un ejemplo práctico, con el propósito de registrar la viabilidad y eficacia preliminar de las intervenciones basadas en Terapia Focalizada en la Emoción, el Modelo PARCUVE y la Terapia Gestalt. Además, busca enriquecer el entendimiento sobre la eficacia clínica de esta modalidad terapéutica.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Psicológico SMC (Salud, Mente y Cuerpo) en Madrid, especializado en psicología integral con un enfoque humanista. El centro aborda una amplia gama de trastornos y problemáticas emocionales, tales como ansiedad, depresión, fobias, entre otros, ofreciendo terapias familiares, de pareja y psicosomáticas.

El paciente participa en el programa de tarifas reducidas ofrecido por el centro como parte de sus colaboraciones con universidades. Este programa permite a los pacientes recibir terapia a un costo reducido a cargo de estudiantes de posgrado que completan sus estudios. La conexión del paciente con el centro y su participación en el programa se facilitaron a través de un familiar que le informó sobre la iniciativa. La comunicación inicial con el centro se realizó por correo electrónico, seguida por la cumplimentación de un formulario de inscripción donde el paciente proporcionó información personal y detalló su motivo inicial de búsqueda de ayuda, centrado en la gestión del estrés.

Una vez completado el formulario, el paciente fue asignado a un terapeuta y un coterapeuta en el menor tiempo posible. Ambos profesionales estaban finalizando su formación en el *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria* y el *Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción* en la Universidad Pontificia

Comillas. Tanto el terapeuta como el coterapeuta cuentan con una licenciatura en Psicología y experiencia previa en otros centros de prácticas y voluntariados. Es pertinente señalar que este caso fue supervisado por un terapeuta experimentado y un equipo de psicólogos en formación, con una cualificación equivalente a la del coterapeuta.

Este estudio cuenta con la aprobación de la dirección del máster, no siendo necesario el aval del comité de Ética. Se garantiza el cumplimiento de los requisitos éticos asociados a una investigación de esta naturaleza, como el consentimiento informado de los participantes y el compromiso de confidencialidad por parte tanto del estudiante como del director del proyecto. Ambos se comprometen a resguardar adecuadamente los datos de acuerdo con la legislación vigente.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Terapia Humanista y la Terapia Focalizada en Emociones (TFE) adoptan una perspectiva centrada en el proceso terapéutico, lo que implica que la evaluación continua del tratamiento sea más congruente que la realización de evaluaciones en momentos específicos. Es relevante subrayar que la TFE prescinde de un sistema diagnóstico estandarizado. Los hallazgos obtenidos en la evaluación se integran en la formulación del caso, la cual se actualiza de manera continua en cada sesión terapéutica. Sin embargo, para operativizar y observar de manera más precisa y detallada los cambios en el paciente antes y después de la terapia, se opta por emplear instrumentos de evaluación como medio de recopilación de información.

Además, es importante señalar que la selección de estos instrumentos de evaluación se basa en las hipótesis iniciales desarrolladas tras realizar una breve formulación de caso, enfocándose en las variables más relevantes del paciente. Estas variables son objeto de evaluación para determinar su veracidad y relevancia en el proceso terapéutico:

- **El Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta - Revisado (CaMir-R)** es una herramienta diseñada por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert en 2011 para evaluar las representaciones de apego y la percepción del funcionamiento familiar en individuos adolescentes y adultos jóvenes. Este cuestionario consta de 32 preguntas que los participantes responden utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 5 significa "Totalmente de acuerdo".

El objetivo del CaMir-R es medir tres dimensiones principales del apego:

1. Seguridad, Disponibilidad y Apoyo de las Figuras de Apego (SDA): Esta dimensión refleja el apego seguro y se relaciona con sentir amor, confianza y disponibilidad en las figuras de apego.
2. Preocupación Familiar (PF): Esta dimensión refleja el apego preocupado y se refiere a la preocupación por los seres queridos y la ansiedad por separación de los mismos.
3. Traumatismo Infantil (TI): Esta dimensión refleja el apego desorganizado y se refiere a los recuerdos infantiles de falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego.

Estas dimensiones proporcionan información sobre las características de las representaciones de apego de los individuos. Para obtener resultados significativos, las puntuaciones del cuestionario se introducen en una tabla Excel específica proporcionada por los desarrolladores. A partir de esta tabla, se obtienen las puntuaciones T de las dimensiones de apego para compararlas con una muestra normativa y comprender mejor el estilo de apego del individuo.

En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, las escalas utilizadas en esta versión reducida del CaMir-R han demostrado una adecuada fiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach de $\alpha_{SDA} = 0.83$, $\alpha_{PF} = 0.67$ y $\alpha_{TI} = 0.67$, indicando una consistencia interna aceptable.

En resumen, el cuestionario CaMir-R es una herramienta útil y confiable para evaluar las representaciones de apego en individuos adolescentes y adultos jóvenes, ofreciendo información valiosa sobre sus relaciones familiares y estilos de apego.

- **La Escala de Metaconocimiento Emocional (TMMS-24)** (Salovey et al., 1995) es un instrumento diseñado para evaluar la habilidad de conocer y regular los estados emocionales mediante 48 preguntas. Fue desarrollado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai en 1995.

La escala examina tres aspectos principales vinculados al conocimiento y la regulación emocional:

1. **Conciencia (Awareness):** Esta dimensión evalúa la capacidad de percibir y ser consciente de las propias emociones. Los ítems miden la frecuencia con la que las personas reconocen sus estados emocionales.

2. **Claridad (Clarity):** Mide la claridad emocional, es decir, la habilidad para comprender y entender las propias emociones. Evalúa qué tan fácil es para una persona identificar y comprender sus sentimientos.

3. **Regulación (Repair):** Evalúa la habilidad de regular emociones, es decir, la capacidad de manejar efectivamente los estados emocionales. Incluye ítems que exploran estrategias de afrontamiento y regulación emocional.

En conjunto, el TMMS-24 busca evaluar las habilidades metaemocionales, es decir, la capacidad de reflexionar sobre las emociones propias, comprenderlas y regularlas de manera efectiva. Este enfoque se fundamenta en la teoría de la inteligencia emocional, que sugiere que la conciencia y el manejo de las emociones son componentes esenciales de la inteligencia emocional.

- **La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)** (Diener et al., 1985) es un cuestionario breve compuesto por cinco afirmaciones. Los participantes responden utilizando una escala Likert de 7 puntos, donde 1 indica "muy en desacuerdo" y 7 indica "muy de acuerdo". Las puntuaciones totales oscilan entre 5 y 35, evaluando el nivel general de satisfacción de un individuo con su vida, donde una puntuación más alta indica una mayor satisfacción.
- **La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)** (Rosenberg, 1965) es un instrumento comúnmente empleado para evaluar la autoestima de los individuos. Concebida por el sociólogo Morris Rosenberg en 1965, esta escala busca captar la percepción subjetiva y general que una persona tiene sobre sí misma, incluyendo su autovaloración y autoaceptación.

La RSE consiste en un cuestionario compuesto por 10 afirmaciones relacionadas con la autoevaluación y el autoconcepto. Los participantes deben indicar su grado de acuerdo

o desacuerdo con cada afirmación, utilizando una escala de cuatro puntos que va desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo".

Los puntajes totales en la Escala de Autoestima de Rosenberg pueden variar de 0 a 30, siendo los puntajes más altos indicativos de una autoestima más elevada. Se trata de un instrumento autorreportado, basado en las respuestas que los individuos ofrecen sobre sus propias percepciones y sentimientos acerca de su autoestima.

Ampliamente utilizada en investigaciones y contextos diversos, esta escala permite evaluar la autoestima en diferentes poblaciones y comprender su relación con otros aspectos de la salud mental y el bienestar psicológico. Es importante tener presente que la autoestima es un constructo complejo y multidimensional, y la RSE ofrece una medida general de la evaluación positiva o negativa que una persona tiene de sí misma.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

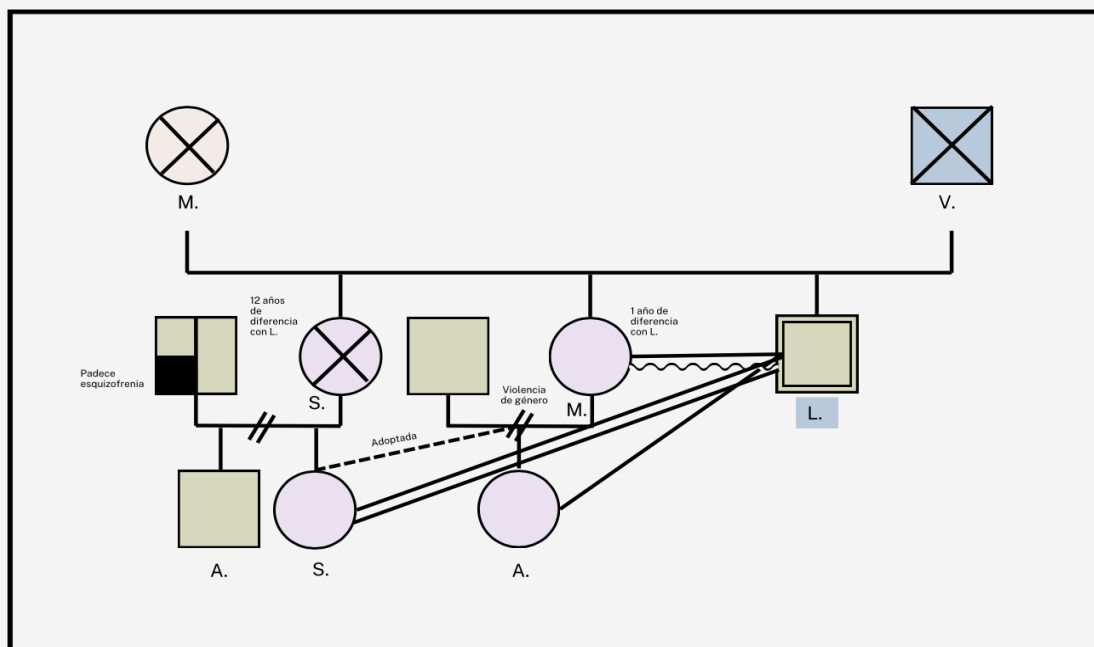
L., un varón de 49 años de origen español, inició su tratamiento terapéutico el 19/10/2023 debido a *“síntomas ansioso-depresivos y una necesidad de manejar el estrés asociado a su ocupación como auxiliar sociosanitario”*. Estos síntomas están ligados a una autocrítica intensa, caracterizada por la percepción de que su valía personal está intrínsecamente ligada a su rendimiento y logros, lo cual impacta negativamente en su autoestima y autoconcepto. Esta situación se manifiesta en dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables, establecer límites adecuados y satisfacer sus propias necesidades, generando una insatisfacción con su vida y una falta de cuidado personal.

La historia de L. revela una serie de experiencias y circunstancias que han contribuido a su estado emocional actual. Durante la primera sesión de psicoterapia, L. se presentó con un saludo frecuente y asentimiento, mostrando timidez y una gran cortesía. Al sentarse en la parte delantera de la butaca, optó por no apoyar la espalda y mantuvo una postura inclinada hacia adelante, con los brazos y las manos apoyados en los muslos. Este gesto corporal no solo refleja su actitud inicial en la sesión, sino también aspectos de su postura emocional y mental que serán explorados y abordados durante el proceso terapéutico.

L. es un individuo que ha atravesado por pérdidas significativas en su trayectoria vital, entre las cuales se cuentan el fallecimiento de su padre, su hermana y, más recientemente, su madre. Su origen familiar se encuentra marcado por estas tragedias, las cuales han dejado

profundas secuelas emocionales en su ser. Su núcleo familiar se compone de una hermana mayor, con quien tuvo una relación distante, y una hermana menor que ha enfrentado situaciones de adversidad, como el maltrato físico por parte de su expareja. Este contexto ha suscitado en L. sentimientos de ansiedad al percibir el peligro en el que se encontraron sus sobrinos, siendo él el responsable principal de su cuidado.

Figura 1. Genograma familiar de L.



En su infancia, L. experimentó el desafío de tener padres de edad avanzada en comparación con los progenitores de sus compañeros, lo que limitaba ciertos planes familiares y le generaba una sensación de diferencia respecto a sus amigos, llegando incluso a sentirse solo en ocasiones. Durante la adolescencia, enfrentó la represión de su sexualidad debido al entorno religioso restrictivo en el que se desenvolvía, lo cual afectó su capacidad para explorar esta área de su vida. Además, asumió la responsabilidad de cuidar a sus sobrinos en su juventud, lo que añadió una carga emocional considerable a sus vivencias.

A lo largo de los años, L. ha mantenido varias relaciones sentimentales, aunque ha demostrado un patrón de temor al compromiso y dificultades para establecer vínculos íntimos y saludables. Su historia familiar, caracterizada por relaciones conflictivas y pérdidas, ha contribuido a su dificultad para establecer conexiones profundas.

Actualmente, L. ejerce como auxiliar sociosanitario, enfrentando una carga emocional significativa en el cuidado de personas dependientes. Para él, esta labor constituye una forma de satisfacer sus propias necesidades al hacer del bienestar de los demás una prioridad sobre las suyas. Aunque disfruta de su trabajo, busca equilibrarlo con la posibilidad incipiente de una carrera en diseño gráfico, con el objetivo de reinventarse profesionalmente y disponer de más tiempo para sí mismo.

La historia de L. está marcada por una serie de experiencias y circunstancias que han moldeado su estado emocional actual que desarrollaremos próximamente. A continuación, se detallan los síntomas más prominentes que presenta:

- Síntomas ansioso-depresivos: L. experimenta una combinación de síntomas ansiosos y depresivos, los cuales se manifiestan en una autocrítica intensa, agotamiento emocional atribuido a la carga laboral como auxiliar sociosanitario, insatisfacción emocional en relaciones previas, tendencia a priorizar el cuidado hacia los demás en detrimento de sí mismo, y dificultad para establecer relaciones íntimas y saludables.
- Asuntos no resueltos: Se identifican conflictos pasados, particularmente con su hermana, caracterizados por una sensación de manipulación y falta de reconocimiento, los cuales no han sido abordados adecuadamente en el pasado. Estos conflictos han generado sufrimiento en las relaciones actuales con esa misma persona y otros individuos.
- Pérdidas significativas y duelos no resueltos: L. ha experimentado múltiples pérdidas en su vida, incluyendo la muerte de su padre, su hermana y, más recientemente, su madre. La falta de resolución en estos duelos, especialmente en relación con el rápido y difícil proceso de duelo por su padre y hermana, junto con las tensiones en las relaciones familiares actuales, impactan su bienestar emocional.
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales saludables: Se observa en L. una dificultad para desarrollar vínculos emocionales profundos, posiblemente influenciada por sentimientos de falta de valía y vergüenza, así como por su historia familiar caracterizada por relaciones conflictivas y situaciones problemáticas con sus hermanas.
- Dificultad para establecer límites: L. tiende a involucrarse en situaciones donde asume la responsabilidad del cuidado de los demás en detrimento de atender sus propias necesidades. Esta conducta puede ser atribuida a una falta de autovalía, lo que dificulta su capacidad para establecer límites adecuados.

- Autointerrupción emocional y sentimiento poco claro (dificultad para identificar, comprender y expresar emociones): L. presenta una tendencia a interrumpir su proceso emocional y enfrenta dificultades para conectarse con sus sentimientos más profundos. Esta reluctancia para compartir aspectos personales, especialmente aquellos que despiertan sentimientos de vergüenza o temor al rechazo, sugiere una barrera en la expresión emocional.

El paciente ha otorgado su autorización para formar parte de este estudio, con la finalidad de contribuir al avance del entendimiento en relación a este tema específico y a las posibles intervenciones desde la perspectiva de la terapia humanista.

5. ANTECEDENTES

La historia clínica de L. revela una serie de antecedentes personales y emocionales que han moldeado su situación actual. Su presentación clínica incluye “síntomas de ansiedad y depresión, junto con la necesidad de gestionar el estrés derivado de su trabajo como auxiliar sociosanitario”. Estos síntomas están vinculados a una autocrítica severa, caracterizada por la creencia de que su valor personal depende directamente de su desempeño y logros. Esta percepción impacta negativamente en su autoestima y autoconcepto. Como resultado, tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables, poner límites adecuados y atender sus propias necesidades, lo que lleva a una insatisfacción general con su vida y a un descuido de su bienestar personal. Este estudio detallado de su historia clínica ofrece una visión integral de los factores que contribuyen a su malestar emocional y proporciona un marco para comprender sus dificultades actuales.

Este malestar se ve exacerbado por sus experiencias pasadas de pérdidas significativas, incluyendo la muerte de su padre, su hermana y, más recientemente, su madre. Estas pérdidas, junto con duelos no resueltos, contribuyen a su angustia emocional y su miedo al compromiso en las relaciones afectivas.

Además, la historia de L. revela dificultades para establecer límites, especialmente evidente en su papel de cuidador tanto en su trabajo como en su familia. Su tendencia a priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas propias puede interpretarse como una forma de evitar confrontar sus propios problemas emocionales. Asimismo, su represión emocional y falta

de expresión dificultan su capacidad para procesar adecuadamente sus sentimientos y establecer conexiones emocionales profundas con los demás.

Los antecedentes personales de L. también son relevantes para su situación actual. Su infancia estuvo marcada por la falta de conexión emocional con sus padres y la cercanía con su hermana menor, mientras que su adolescencia estuvo influenciada por la represión de su sexualidad debido a creencias religiosas restrictivas. Estas experiencias contribuyen a su dificultad para establecer relaciones íntimas y su miedo al rechazo en las relaciones afectivas.

En cuanto a su situación laboral, L. enfrenta un agotamiento emocional significativo debido a su trabajo como auxiliar sociosanitario, así como a su papel de cuidador en su familia. Aunque disfruta de su trabajo, la intensidad de sus responsabilidades laborales y familiares afecta su calidad de vida y su capacidad para establecer relaciones personales íntimas y saludables.

Sin embargo, es relevante señalar que el paciente L. no ha utilizado medicación ni ha consumido ningún tipo de psicofármacos en el pasado. Asimismo, no presenta antecedentes familiares de trastornos mentales. Es también importante mencionar que este es su primer proceso terapéutico, dado que no ha buscado tratamiento psicoterapéutico con anterioridad.

En definitiva, la historia clínica de L. revela una compleja interacción de factores personales, familiares y laborales que contribuyen a su malestar emocional. El reconocimiento y la comprensión de estos antecedentes son fundamentales para diseñar un plan de tratamiento efectivo que aborde sus necesidades emocionales y promueva su bienestar integral.

6. FORMULACIÓN DEL CASO

En este segmento nos adentraremos en la comprensión profunda de cada situación, planteando posibles hipótesis sobre su origen, buscando explicar su persistencia en el tiempo y su evolución durante el tratamiento. Para lograrlo, nos centraremos en el análisis del caso de L. desde la perspectiva de la TFE, prestando atención a actividades específicas durante el curso del tratamiento, tales como: la observación y el análisis de los estados emocionales de la persona, desarrollando un marco conceptual que facilite su comprensión y utilizando esta información para proponer actividades que aborden sus dificultades emocionales. Además, abordaremos la formulación del caso en dos etapas distintas, siguiendo una serie de pasos

específicos y resaltando las habilidades necesarias para llevar a cabo la formulación (Goldman et al., 2016). Es crucial considerar que las formulaciones de caso desde la TFE se ajustan y evolucionan conforme el paciente introduce nuevos temas en sesión, permitiendo así una construcción conjunta del enfoque de intervención.

6.2.1. FASE 1: Desplegar la narrativa y análisis del estilo de procesamiento del cliente

En esta fase, nos concentramos en investigar la trayectoria de los desafíos actuales de L., utilizando nuestra “brújula del dolor” para comprender su situación. Escuchamos con atención y nos conectamos empáticamente con su relato, con el propósito de comprender las dificultades que enfrenta y que le impiden avanzar.

Familia

La estructura familiar de L. es una compleja red de relaciones marcadas por pérdidas significativas y roles definidos por la responsabilidad y el cuidado. Con la muerte de sus padres y su hermana mediana, L. se encuentra ahora solo con su hermana mayor y, sus dos sobrinas y su sobrino, siendo este su único núcleo familiar.

Desde una edad temprana, L. ha asumido el papel de cuidador. Tras la desprotección de sus sobrinos debido a situaciones complicadas en sus hogares, L. se convirtió en su principal apoyo, brindándoles el cuidado y la atención que necesitaban. Este compromiso con el cuidado de los demás se ha convertido en una constante en la vida de L., moldeando su percepción sobre la importancia de la responsabilidad familiar.

Su vínculo más estrecho es con su sobrina S., con quien comparte una historia de cuidado tanto de los sobrinos como de la madre de L. durante sus últimos días. Esta relación se ha fortalecido a lo largo del tiempo, cimentada en la experiencia compartida de enfrentar desafíos familiares juntos. Sin embargo, su relación con su hermana mayor es más complicada, caracterizada por la distancia emocional y los conflictos no resueltos.

El cuidado de sus sobrinos durante momentos difíciles en sus hogares ha sido una carga emocional para L., moldeando su percepción sobre el cuidado y la responsabilidad familiar. La ansiedad que experimenta al ver a sus sobrinos desprotegidos y expuestos a situaciones de

maltrato refleja su profundo compromiso con su bienestar y su lucha por mantener un entorno seguro y estable para ellos.

La falta de reciprocidad y agradecimiento por parte de su hermana ha generado resentimiento en L. Se siente utilizado y poco valorado, especialmente porque su hermana parece acercarse a él únicamente en momentos de necesidad, sin mostrar verdadero aprecio por su ayuda. Esta falta de reconocimiento podría estar relacionada con una posible envidia por parte de su hermana hacia la cercanía de L. con su madre y su estabilidad laboral, lo que ha contribuido a la tensión en su relación.

La relación de L. con su hermana mayor se ve afectada por la falta de comunicación y la manipulación percibida por parte de ella. Los conflictos sobre las responsabilidades familiares, especialmente en lo que respecta al cuidado de la sobrina, han exacerbado la tensión entre ellos.

La dinámica familiar parece estar marcada por una combinación de represión religiosa, culpa y la falta de resolución de conflictos. L. se ha sentido invalidado desde su infancia, tratado con excesivo cuidado por su madre y con una distancia emocional por parte de su padre. Esto ha contribuido a su sensación de inseguridad y soledad, especialmente durante su adolescencia. Esta dinámica ha dejado profundas huellas en su forma de relacionarse con los demás y en su percepción de sí mismo, sintiéndose débil y con una autoimagen de sentirse "pequeño", con baja autoestima.

El deseo de establecer límites con su familia, especialmente con su hermana, refleja el intento de L. por protegerse y vivir una vida más libre. Reconoce la necesidad de mantener cierta distancia para su propio proceso de sanación y para evitar ser absorbido por las dinámicas tóxicas que caracterizan su relación con su hermana.

En última instancia, L. se encuentra en un proceso de reconciliación con su pasado y sus relaciones familiares. Reconoce las dificultades y los conflictos, pero también busca flexibilizar su mentalidad autoboicoteadora para abrirse a nuevas experiencias y relaciones en el futuro. Su historia es un testimonio de resiliencia y búsqueda de sanación en medio de las adversidades familiares.

Parejas

L. ha navegado a través de una serie de relaciones amorosas en el pasado, cada una marcada por sus propias dinámicas y desafíos. Su historial revela un patrón de dificultades arraigadas en su miedo al rechazo y por ende, al compromiso y la vergüenza que siente en torno a mostrarse auténtico y vulnerable también orientado a las relaciones sexuales.

En sus relaciones pasadas, L. ha experimentado una mezcla de sentimientos de culpa, miedo y vergüenza, particularmente en lo que respecta al cuidado y a la intimidad física. A pesar de anhelar un vínculo afectivo y expresar su deseo de tener una pareja estable, se ve obstaculizado por su incapacidad para dejar que alguien lo cuide y su evitación del compromiso.

L. se presenta a sí mismo como alguien que no necesita a nadie para estar bien, pero al mismo tiempo, reconoce su deseo de compañía, intimidad y afecto. Sin embargo, su miedo al rechazo y su vergüenza por mostrarse vulnerable lo llevan a poner excusas durante el proceso de acercamiento a una posible pareja.

En sus sesiones de terapia, L. ha compartido detalles sobre sus relaciones pasadas, resaltando tres parejas significativas. Con E., su primera pareja, L. enfrentó su temor a las relaciones sexuales y al compromiso, lo que desencadenó una desconexión emocional al no poder regularlo. La intensidad emocional era tan abrumadora que tuvo que bloquearla, desconectándose. Con C., aprendió a permitirse ser querido, pero la relación se vio afectada por los problemas de salud mental de ella. Con M., experimentó una inversión de roles en cuanto a la sexualidad, pero la relación se vio obstaculizada por la falta de coincidencia en los horarios de trabajo. Las últimas relaciones no se han llevado a cabo o no se han desarrollado más, poniendo ciertas "excusas" de que la compatibilidad horaria en el trabajo no les permite verse, y que esta es la gran dificultad. Estas "excusas", llamadas defensas o resistencias, le sirven a L. para protegerse de ponerse en contacto con sus heridas más profundas.

Aunque L. muestra interés en establecer nuevas relaciones y ha tenido encuentros con mujeres como J., quien busca una relación sin compromiso, sigue enfrentando dificultades para superar su miedo al rechazo y su vergüenza. Reconoce la importancia de la honestidad y la transparencia en sus interacciones, pero todavía lucha por abrirse completamente a alguien.

Actualmente

L. trabaja como auxiliar sociosanitario y experimenta agotamiento emocional debido a las responsabilidades de cuidado en su trabajo. No obstante, desde enero, la carga de trabajo se ha reducido, ya que actualmente solo se ocupa de una persona, y por tanto, el agotamiento emocional también es mucho menor, lo que le permite tener más tiempo para descansar y dedicarlo al desarrollo de sus aficiones. Se siente cómodo con su situación laboral actual, pero también ha expresado su deseo de retomar la práctica deportiva y explorar oportunidades en el diseño gráfico.

Desde enero, L. ha experimentado preocupación económica debido a un presupuesto ajustado, lo que le genera ansiedad, ya que actualmente tiene menos trabajo. Por ende, ha dedicado más tiempo a desarrollar sus pasatiempos y a retomar el diseño gráfico, considerando la posibilidad de emprender un proyecto relacionado para generar ingresos adicionales. Este enfoque ha resultado de su trabajo en fortalecer y explorar su identidad, autoconcepto y propósito de vida. Comenta que esto le llena de satisfacción y le proporciona un descanso de su trabajo como auxiliar sociosanitario. Ha estado buscando otro empleo para mejorar su situación financiera y ha tenido entrevistas, aunque está a la espera de los resultados.

En cuanto a su vida social, L. mantiene encuentros con amigos, su hermana, su sobrina y citas con mujeres que conoce principalmente a través de aplicaciones. Actualmente, no tiene ninguna relación más seria, ya que conoce a diferentes mujeres y queda con ellas, pero no avanza a un nivel más profundo.

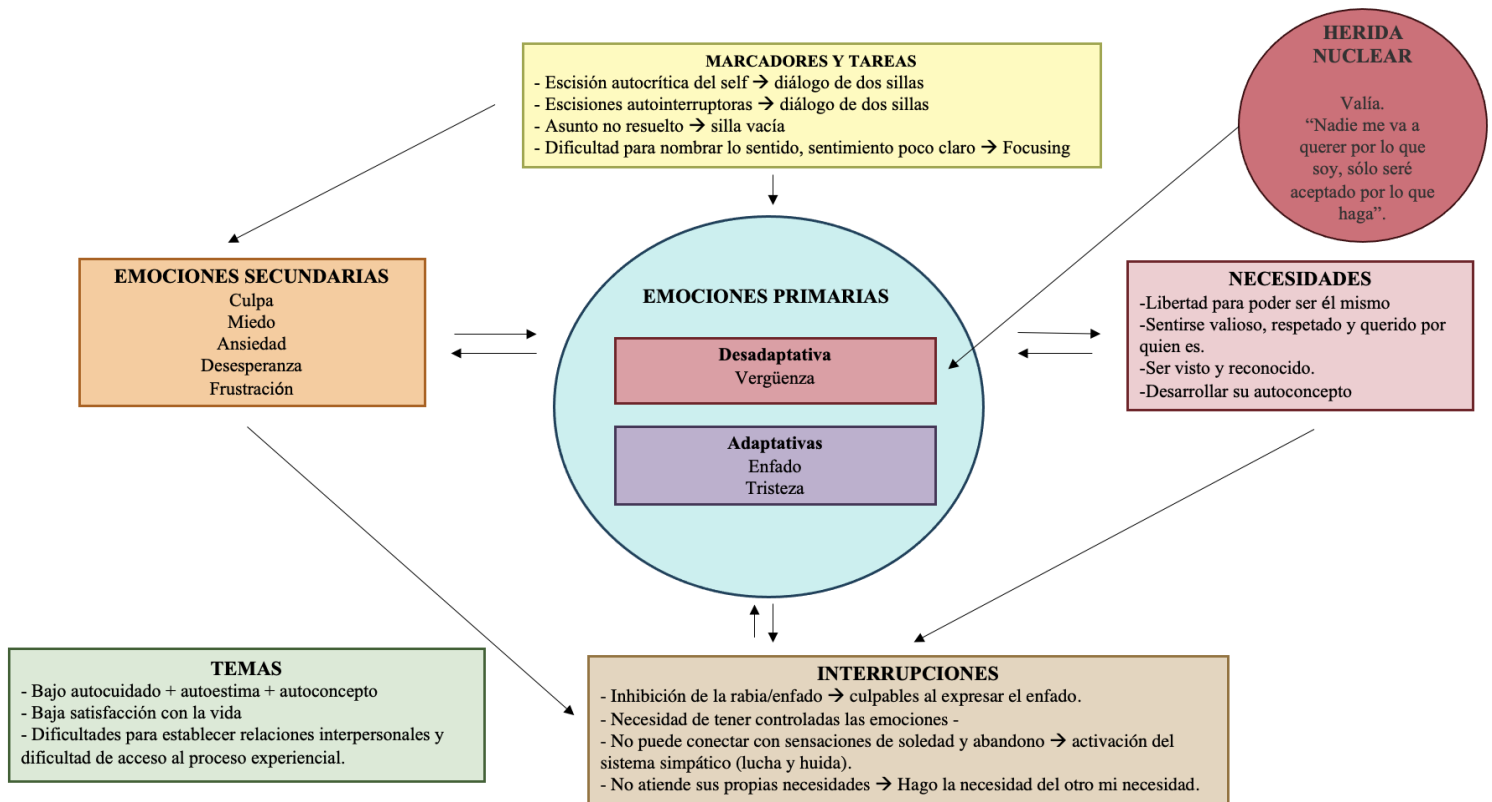
En resumen, L. se siente alentado y emocionado por los cambios positivos que está experimentando en su vida a lo largo del proceso terapéutico, así como por permitirse abrirse a nuevas experiencias.

6.2.2. FASE 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear

En esta fase, examinaremos las auto-organizaciones del paciente, las cuales juegan un papel fundamental en sus dificultades. Este análisis se realiza mediante la exploración del malestar emocional más significativo, prestando atención a los marcadores específicos de problemas en el procesamiento emocional. La información obtenida se organizará en seis categorías experienciales y procesuales, que se agrupan bajo el acrónimo MENSIT: Marcador

de tarea (M), Emociones primarias (E), Necesidades (N), Emociones secundarias (S), Interrupciones (I) y Temas (T). En el caso del paciente que estamos tratando, la configuración del foco terapéutico se reflejará en el esquema presentado en la Figura 2, que será detallado posteriormente.

Figura 2. Elementos de la narrativa del foco terapéutico en la formulación de caso.



El caso de L. se caracteriza por una herida nuclear relacionada con la valía personal. L. experimenta una profunda sensación de que su valía como individuo está intrínsecamente ligada a sus acciones y logros, más que a su ser auténtico. Esta creencia subyacente, arraigada en una infancia marcada por la falta de aceptación incondicional, seguridad, confianza, mentalización e individuación, ha dado lugar a una serie de emociones primarias desadaptativas, siendo la vergüenza la más prominente. La vergüenza, en este caso, actúa como un velo que oscurece la percepción de su valía intrínseca, perpetuando así un ciclo de autoevaluación negativa y autocrítica constante.

A pesar de la carga emocional evidente, se observa la manifestación de emociones primarias adaptativas, como el enojo y la tristeza, que emergen como respuestas legítimas a las experiencias de invalidación y falta de reconocimiento emocional. No obstante, estas

emociones adaptativas se ven impedidas por la presencia de emociones secundarias, tales como la culpa, el miedo, la ansiedad, la desesperanza y la frustración, las cuales actúan como barreras para un acceso completo y saludable a la experiencia emocional.

En el núcleo de la vivencia de L. se identifican diversas necesidades emocionales insatisfechas, que incluyen la libertad para expresar su autenticidad, sentirse valorado y amado por su verdadero ser, ser reconocido en su totalidad y desarrollar un autoconcepto positivo y resistente.

La dificultad en el establecimiento de un vínculo materno seguro y la consecuente limitación en el acceso al procesamiento emocional han dejado una marca indeleble en la psique de L., lo cual se refleja en su baja autoestima, falta de cuidado personal y dificultades para encontrar satisfacción en la vida. Asimismo, estas vivencias tempranas han incidido en sus dificultades para establecer relaciones afectivas y sexuales saludables, así como en su tendencia a ser autocrítico en la relación entre su yo y su identidad.

Durante las sesiones terapéuticas, se han identificado diversas interrupciones que obstaculizan el avance en la terapia. Estas incluyen la inhibición en la expresión de la ira y el enojo, la necesidad de controlar las emociones, la incapacidad para conectar con la sensación de soledad y abandono, y la tendencia a subordinar sus propias necesidades a las de los demás por temor al rechazo.

A lo largo del proceso terapéutico, han surgido distintos marcadores y tareas que ofrecen oportunidades para explorar y abordar los aspectos subyacentes del caso de L. Entre estos se encuentran el uso de la técnica de la silla vacía para tratar temas no resueltos, el diálogo entre dos sillas para investigar divisiones autointerruptoras, y técnicas como el Focusing para facilitar la identificación y clarificación de las experiencias emocionales ambiguas. Además, el diálogo entre dos sillas se ha empleado para enfrentar la división autocrítica del yo y promover la integración emocional.

El caso de L. ilustra la complejidad de las heridas emocionales arraigadas y la necesidad de un enfoque terapéutico compasivo y centrado en la resolución de conflictos. A través de la TFE y el Modelo MENSIT, se abre un camino hacia la sanación emocional y la reconexión con el ser auténtico de L., ofreciendo así la esperanza de una vida más plena y satisfactoria.

7. TRATAMIENTO Y CURSO

El tratamiento terapéutico se lleva a cabo en sesiones presenciales, totalizando 16 sesiones de una hora cada una. Destacan aspectos significativos del proceso terapéutico con el paciente L., evidenciando su compromiso y disposición hacia el cambio. Ha asistido regularmente a las sesiones, con excepciones justificadas, participando activamente en la exploración de sus problemas y reflexionando sobre ellos entre sesiones. Durante las sesiones, ha demostrado atención, respeto y sensibilidad hacia las intervenciones terapéuticas, participando también en las tareas sugeridas tanto durante como fuera de las sesiones según sus necesidades.

En cuanto a la formación del vínculo y la adherencia al tratamiento durante nuestra interacción con el paciente L., inicialmente me enfoqué en establecer un vínculo sólido y crear un ambiente de confianza que le permitiera expresar sus sentimientos sin temor al juicio. Durante este proceso, trabajamos diligentemente para construir una alianza terapéutica sólida, explorando los aspectos fundamentales de su historia de vida. Este ha sido un punto crucial en el proceso terapéutico, destacando la importancia de la curación a través del vínculo terapéutico.

Aunque nuestra interacción ha sido constructiva, enfrenté obstáculos para establecer una conexión emocional con L., especialmente al principio, debido a su reticencia inicial para adentrarse en temas personales. Sin embargo, conforme avanzaba el proceso terapéutico, noté un aumento en su receptividad hacia la terapia, lo cual resulta alentador. La sintonización empática con el afecto momento a momento fue fundamental para desarrollar esta conexión.

A medida que avanzamos en las sesiones, hemos observado una evolución positiva en su disposición para abrirse más. Aunque aún existen dificultades para abordar ciertos temas emocionales en profundidad, valoro el progreso que L. ha mostrado y me siento comfortable con ello. No obstante, he experimentado momentos de frustración como terapeuta debido a la resistencia ocasional del paciente. Por esta razón, he sometido este caso a supervisión con el equipo terapéutico, conformado por colegas y un terapeuta experimentado.

Las primeras diez sesiones se llevaron a cabo en co-terapia, mientras que las seis sesiones restantes se realizaron bajo la dirección de un único terapeuta. Esta transición se

gestionó considerando la opinión del paciente, permitiéndole despedirse del co-terapeuta de manera adecuada y saludable.

Dadas las particularidades del caso y la formación de los terapeutas, se implementó una intervención basada en enfoques humanistas, con énfasis específico en la Terapia Focalizada en la Emoción, complementada por la Terapia Gestalt y el Modelo PARCUVE.

Las intervenciones se centraron en el fomento del "despertar emocional" (*arousal* emocional), los procesos experienciales (*experiencing*), la gestión productiva de las emociones y la capacidad para atribuir un nuevo significado a las emociones activadas, todo ello con un sólido fundamento en la empatía y una atención cuidadosa en la relación terapéutica (Greenberg, 2010). Además, los aspectos vinculares se abordaron dentro de la propia relación terapéutica, utilizando los fundamentos del Modelo PARCUVE. La premisa subyacente de esta intervención implica el procesamiento esquemático de las emociones, es decir, la reorganización personal de las estructuras de memoria emocional al bloquear la consolidación de aquellas previamente adquiridas.

El objetivo terapéutico central consistió en establecer un entorno seguro y de confianza donde el paciente L. pudiera explorar y comprender sus patrones emocionales y relacionales. Esto implicó la investigación de experiencias pasadas, particularmente aquellas relacionadas con el cuidado y las relaciones íntimas. Además, se buscó trabajar en la construcción de una autoaceptación sólida, fomentando el autocuidado y la apertura emocional hacia nuevas relaciones.

Se pretendió facilitar un proceso de autodescubrimiento que permitiera a L. comprender y enfrentar sus miedos, trabajar en su identidad, expresión y reprocesamiento emocional, mejorar su autoconcepto y desarrollar relaciones interpersonales más saludables. Esto incluyó abordar el procesamiento emocional relacionado con eventos pasados y presentes, como asuntos no resueltos con su hermana, autocrítica, historia de vida y otras preocupaciones que pudieran afectar su bienestar integrando elementos de la TFE y la Terapia Gestalt.

Además, se buscó explorar y comprender las dinámicas familiares de L., encontrando un equilibrio entre sus relaciones familiares, laborales y actividades personales. Se prestó atención especial a la relación de L. con sus sobrinas, así como a sus aspiraciones profesionales y personales, profundizando en sus valores y motivaciones.

En resumen, el objetivo era crear un espacio terapéutico que promoviera el autoconocimiento, el crecimiento personal y el bienestar emocional de L., abordando de manera integral sus relaciones interpersonales, experiencias pasadas y metas futuras. Estos objetivos reflejaban un enfoque integral para abordar diversas áreas de la vida de L. y trabajar en su bienestar emocional y psicológico.

La Tabla 1 presenta de manera resumida un análisis de la intervención llevada a cabo en el caso de L., organizado en los siguientes apartados: "S", indicando el número de sesiones; "Objetivos Específicos", que se buscan lograr una vez que se comprende el tema y se emplean tareas y técnicas particulares; "Técnicas Utilizadas", que facilitan la identificación del tipo de tarea o técnica a aplicar y la disposición actual para abordar dicho problema.

Tabla 1. Objetivos específicos y técnicas utilizadas en cada una de las sesiones

S	Objetivos Específicos	Técnicas Utilizadas
1	1. Establecer un vínculo sólido y de confianza.	Preguntas abiertas, Sintonización empática con el afecto momento a momento: Validación de experiencias, Reflejos empáticos, Sostén emocional; Exploración de la línea de vida, Ofrecimiento de espacio, Respeto por los tiempos emocionales.
2	1. Explorar experiencias de cuidado y responsabilidad. 2. Investigar influencia de experiencias religiosas. 3. Abordar miedo al abandono. 4. Reflexión sobre el deseo de pareja. 5. Identificación de necesidades.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración del significado emocional, Exploración de dinámicas familiares, Psicoeducación, Preguntas reflexivas, Tareas entre sesiones.
3	1. Explorar experiencias pasadas en relaciones. 2. Ayudar a superar miedos emocionales. 3. Reflexión sobre autocuidado. 4. Establecimiento de hábitos. 5. Desafiar creencias limitantes. 6. Desarrollo de habilidades.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Dificultad para nombrar lo sentido: Escáner corporal, Exploración de historial personal, Reflexión y confrontación, Establecimiento de metas y Entrenamiento en habilidades sociales.

4	1. Explorar motivaciones en búsqueda de oportunidades. 2. Gestionar emociones relacionadas con miedo al rechazo. 3. Reflexión sobre dinámicas familiares. 4. Promoción de autocuidado. 5. Expansión de autoconcepto.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Dificultad para nombrar lo sentido: focusing, Exploración de motivaciones y emociones, Reflexión y confrontación, Ejercicios de autoexploración, Apoyo emocional, Desarrollo de habilidades.
5	1. Reconocer y validar emociones relacionadas con pérdidas. 2. Explorar conexiones emocionales. 3. Fomentar expresión y resolución constructiva de resentimiento. 4. Identificar estrategias de afrontamiento.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración de sentimientos, Validación emocional, Reflexión sobre el concepto de cuidado, Silla vacía de asunto no resuelto.
6	1. Facilitar duelo y aceptación. 2. Promover actividades recreativas para autocuidado. 3. Establecer límites en relaciones interpersonales. 4. Fomentar expresión emocional y comunicación asertiva. 5. Abordar sensación de culpa y pensamientos negativos.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Escucha Activa, Validación Emocional, Exploración de Recursos, Establecimiento de Objetivos, Técnicas de Afrontamiento, Role-playing.
7	1. Reconocer importancia del autocuidado. 2. Comprender influencias familiares y sociales. 3. Trabajo con la autocrítica. 4. Establecer límites saludables. 5. Reflexión sobre experiencias pasadas.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Psicoeducación, Reflexión y exploración, Validación emocional, Escisión autocrítica del self: diálogo de dos sillas, Escisiones autointerruptoras: diálogo de dos sillas.
8	1. Procesar emociones por experiencias recientes. 2. Establecer límites saludables. 3. Validar emociones relacionadas con rechazo en vida amorosa. 4. Facilitar desarrollo de habilidades emocionales. 5. Reflexión y metas personales para futuro.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Escucha activa, Análisis y reflexión, Psicoeducación, Dificultad para nombrar lo sentido: focusing, Cuestionamiento reflexivo, Exploración de metas, Apoyo emocional.

9	1. Explorar motivación para proyecto empresarial. 2. Profundizar en valores personales. 3. Relacionar experiencias personales con motivación empresarial. 4. Identificar obstáculos y preocupaciones. 5. Fomentar autocuidado y bienestar emocional.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración y reflexión, Clarificación, Validación emocional, Escisión autocrítica del self: diálogo de dos sillas, Elaboración, Sugerencias y aliento.
10	1. Explorar percepción de semana de L. 2. Identificar y comprender preocupaciones. 3. Analizar autopercepción y su efecto emocional. 4. Fomentar expresión emocional a través del arte. 5. Facilitar reflexión sobre metáforas en dibujo de L.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración, Sentimiento poco claro y dificultad para nombrarlo: Focusing y Arte terapia, Interpretación de símbolos.
11	1. Explorar y comprender ansiedad económica. 2. Investigar tensiones familiares. 3. Fomentar expresión emocional. 4. Reflexión sobre establecimiento de límites. 5. Apoyo y orientación en afrontamiento.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Silla vacía de asuntos no resueltos, Explorar de la dinámica familiar, Reflexión emocional, Apoyo y validación.
12	1. Explorar miedos y resistencias en proyectos personales. 2. Identificar patrones de comunicación disfuncionales. 3. Establecer límites saludables. 4. Fomentar expresión emocional adecuada.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración, Validación emocional, Uso de Playmobils para simbolizar las dinámicas familiares.
13	1. Explorar relación con familia. 2. Analizar evolución de dinámicas familiares. 3. Establecer límites saludables. 4. Explorar actividades personales. 5. Apoyo en toma de decisiones.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Exploración, Reflexión y procesamiento emocional, Visualización y representación gráfica, Identificación y establecimiento de límites, Apoyo en toma de decisiones.

14	1. Evaluación de la calidad de la alianza terapéutica. 2. Evaluación de la experiencia en el espacio terapéutico. 3. Recapitulación del proceso terapéutico. 4. Identificación de los logros alcanzados. 5. Identificación de los aspectos pendientes por trabajar.	Sintonización empática con el afecto momento a momento, Expresión de agradecimiento y despedida.
----	---	--

El enfoque terapéutico empleado se basa en los principios fundamentales del enfoque Humanista, que abarcan la autenticidad, la aceptación positiva incondicional, la comprensión empática, la presencia y el establecimiento de un vínculo terapéutico sólido. Cada tema o relato compartido por el paciente L. durante las sesiones ha sido abordado mediante tareas diseñadas para fomentar la empatía, como la exploración empática y la afirmación, aplicadas de manera incondicional a lo largo del tratamiento. Estas tareas se han llevado a cabo a través de acciones como la exploración, la evocación, la conjetura empática, la validación, la atención a la experiencia interna, la diferenciación, la reflexión sobre la vulnerabilidad, la facilitación de la reexperimentación y la profundización, entre otras.

Además, se han utilizado técnicas que integran los tres enfoques en los que se basa el trabajo terapéutico, como la TFE, la Gestalt y el Modelo PARCUVE.

Por otro lado, y también relacionado con el curso del tratamiento, es importante destacar que los enfoques teóricos y las técnicas se han adaptado en todo momento a las necesidades del paciente. Se han aplicado técnicas más gestálticas, de la TFE o del modelo PARCUVE según los temas tratados en cada sesión, y se ha intentado abordar la herida nuclear de forma transversal a través de estas técnicas.

8. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

A rasgos generales, L. ha expresado haber experimentado mejoras significativas tras las sesiones terapéuticas. Se ha observado un notable avance en su capacidad para gestionar sus emociones y necesidades de manera equilibrada y congruente. Destaca su capacidad para abordar aspectos pendientes, especialmente aquellos relacionados con su familia de origen y, en particular, con su hermana. Asimismo, mediante la exploración de su identidad, autoconcepto y percepción de sí mismo, ha logrado un mayor autoconocimiento y una conexión

más profunda con aspectos previamente evitados. Este proceso le ha facultado para establecer relaciones interpersonales más saludables, fijar límites claros y actuar de forma coherente con sus propias necesidades, respetándolas debidamente.

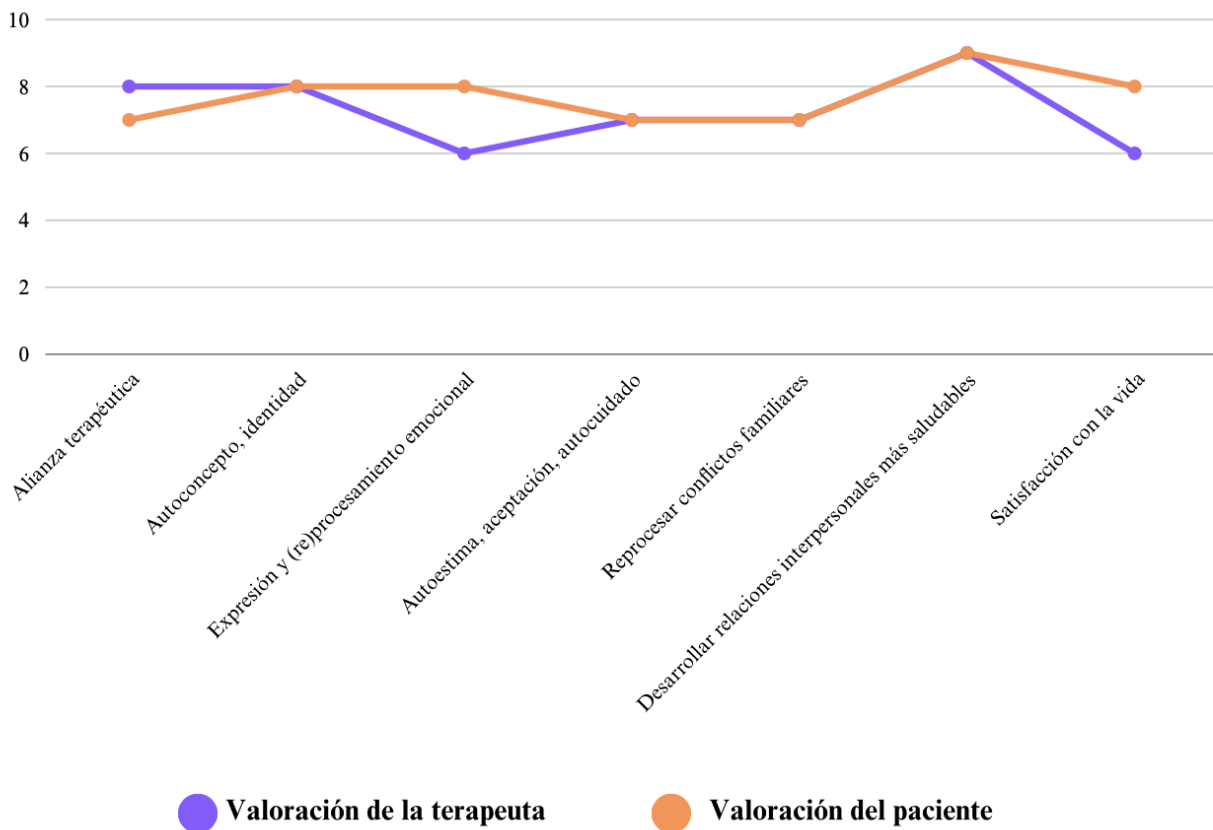
En lo que respecta al procesamiento emocional y la conciencia emocional, L. señala una mejora significativa en su capacidad para simbolizar y comprender las sensaciones sentidas que al inicio eran poco nítidas, identificando con mayor precisión las emociones y prestando atención a otros componentes relevantes del esquema emocional. Adicionalmente, se han abordado inicialmente las autointerrupciones emocionales para acceder a las emociones nucleares (emociones primarias desadaptativas) y transformarlas en estados emocionales más adaptativos que sirvan como guía de su mundo interno.

Todas estas intervenciones se han llevado a cabo mediante la aplicación de diversas técnicas y tareas detalladas en la tabla correspondiente (ver Tabla 1).

De manera más específica, atendiendo a los objetivos generales establecidos al inicio del tratamiento (ver en el apartado Tratamiento), hemos constatado una mejora significativa en todas las dimensiones planteadas. Para evaluar este progreso, procedí a realizar en la última sesión una entrevista semiestructurada con el paciente, durante la cual se abordaron los objetivos previamente establecidos (resumidos en el gráfico de forma genérica para una mejor comprensión), con el propósito de que el paciente proporcionara una calificación del 0 al 10 en relación con la mejoría percibida. A fin de añadir una variable adicional y confrontarla con mi propia percepción como terapeuta, procedí a evaluar estas mismas dimensiones. De esta manera, resulta posible examinar en qué medida las percepciones del paciente y del terapeuta coinciden en cuanto al progreso y los tiempos del proceso terapéutico, llevando un adecuado ritmo acompasado con el paciente.

Como se puede observar en el siguiente gráfico (ver Gráfico 1), la percepción del paciente y la del terapeuta son muy similares en lo que respecta a la mejora, siendo la expresión y el (re)procesamiento emocional, así como la satisfacción con la vida, los factores que más difieren (con una diferencia de 2 puntos). En el resto de los factores, se aprecia una percepción más positiva por parte del paciente, excepto en el primer factor de la alianza terapéutica, donde el terapeuta tiene una impresión más favorable.

Gráfico 1. Comparación de la valoración de la terapeuta y del paciente sobre los resultados del proceso terapéutico, basada en los objetivos de intervención establecidos



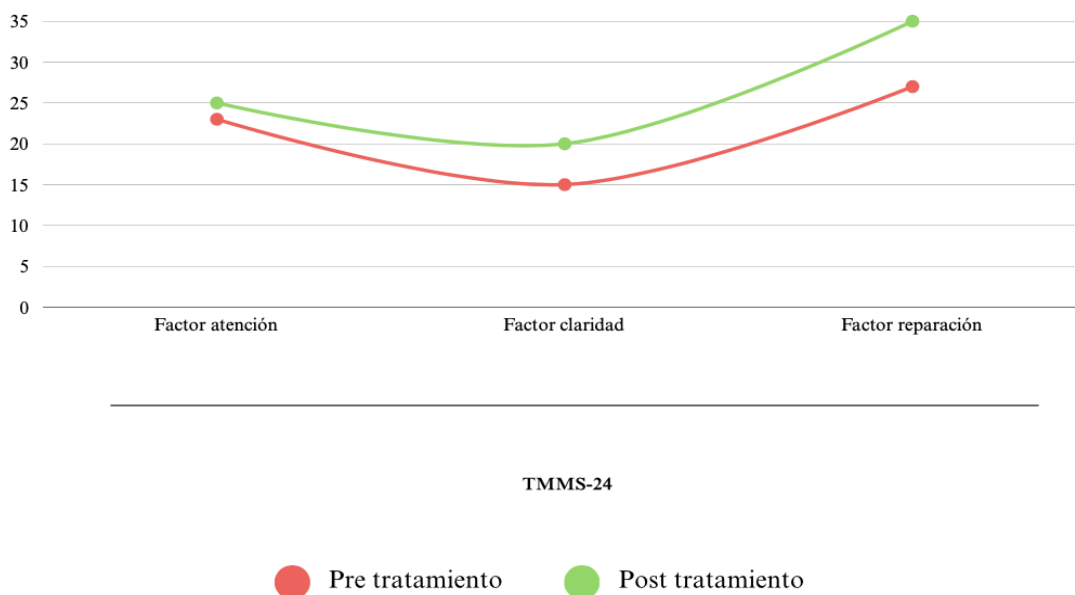
al inicio del proceso.

Además de la descripción de los resultados cualitativos, hemos incluido las medidas cuantitativas, es decir, los tests que se administraron al inicio del proceso terapéutico. Esto se realizó con el propósito de obtener una formulación de caso más clara y establecer un plan de intervención o tratamiento más completo. De esta manera, los objetivos generales recientemente planteados y contrastados con los resultados del post-tratamiento constituyen dimensiones más específicas de intervención que pueden incluirse dentro de las variables medidas por las siguientes evaluaciones:

En relación con la Escala de Metaconocimiento Emocional, previo al inicio de la psicoterapia, el paciente L. fue sometido a evaluación el 15 de noviembre de 2023. Los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas destacaron su nivel de atención, el cual fue considerado adecuado en la escala TMMS-24 (Salovey et al., 1995), con una puntuación de 23,

aunque se ubicaba en el límite inferior de aceptabilidad. Respecto a la claridad emocional, L. obtuvo una puntuación de 15 puntos, evidenciando la necesidad de mejorar su comprensión emocional al situarse por debajo del percentil 25. En lo que concierne a la capacidad de reparación emocional, registró una puntuación de 27, ubicándose dentro del rango de regulación adecuada, aunque con valores en el extremo inferior. Posterior al tratamiento, el 24 de abril de 2024, se procedió a la repetición de las pruebas. Los resultados obtenidos revelaron mejoras significativas en diversos aspectos. En la escala TMMS-24 (Salovey et al., 1995), la atención de L. experimentó un avance, alcanzando una puntuación de 25, ubicándose ahora dentro del rango de atención adecuada. No obstante, su claridad emocional aún requería desarrollo, con una puntuación de 20, por debajo del percentil 25. En cuanto al componente de reparación emocional, L. demostró un progreso notable, obteniendo una puntuación de 35, lo que indica una regulación emocional casi sobresaliente.

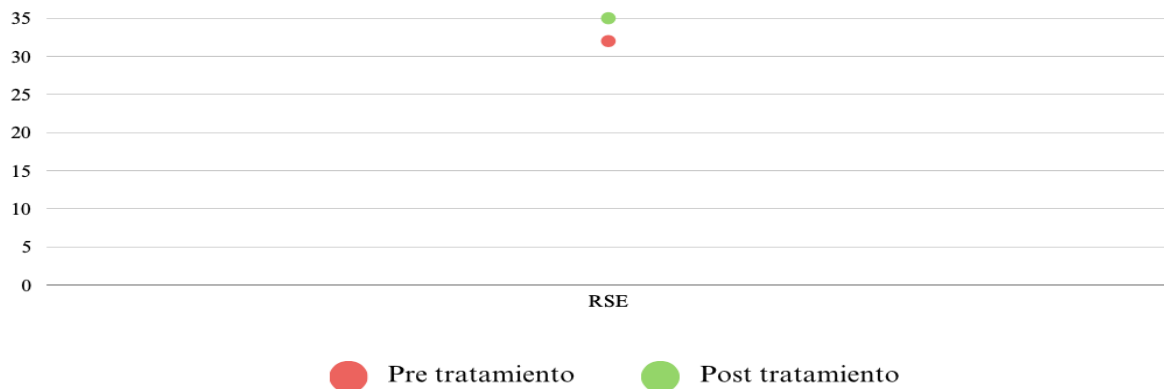
Gráfico 2. Comparación de los resultados del test TMMS-24 y sus factores antes y después del tratamiento.



En la evaluación inicial mediante la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), el paciente L. exhibió una puntuación de 32, indicativa de una autoestima altamente positiva. Estos hallazgos denotan una percepción favorable de sí mismo por parte de L. y una manifestación de confianza sólida en sus capacidades. Tras la intervención terapéutica, se evidenció un incremento en la puntuación del paciente L. en la misma escala,

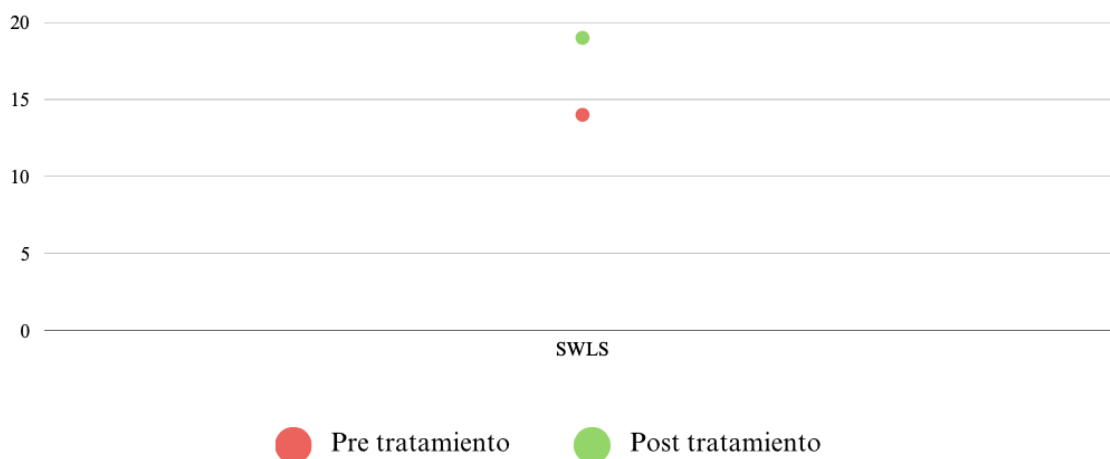
alcanzando un puntaje de 35. Este aumento sugiere un nivel de autoestima aún más favorable que el registrado previo al tratamiento. Dichos resultados podrían interpretarse como un fortalecimiento del sentido de valía personal y una orientación aún más positiva hacia el autoconcepto de L., derivados de la intervención terapéutica recibida.

Gráfico 3. Comparación de los resultados del test RSE antes y después del tratamiento



Inicialmente, en la evaluación a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), el paciente L. presentó una puntuación de 14, evidenciando un nivel bajo de satisfacción general con su vida. Esta calificación sugiere la presencia de algún grado de insatisfacción o malestar en su situación vital en el momento de la evaluación. Tras la intervención terapéutica, se evidenció una mejoría en la satisfacción con la vida de L., quien obtuvo una puntuación de 19 en la misma escala. Este incremento señala un nivel intermedio de satisfacción, aunque aún por encima del promedio. Dicha mejora indica un progreso en la percepción general de L. con respecto a su vida, reflejando un cambio positivo en su bienestar subjetivo como consecuencia del tratamiento recibido.

Gráfico 4. Comparación de los resultados del test SWLS antes y después del tratamiento



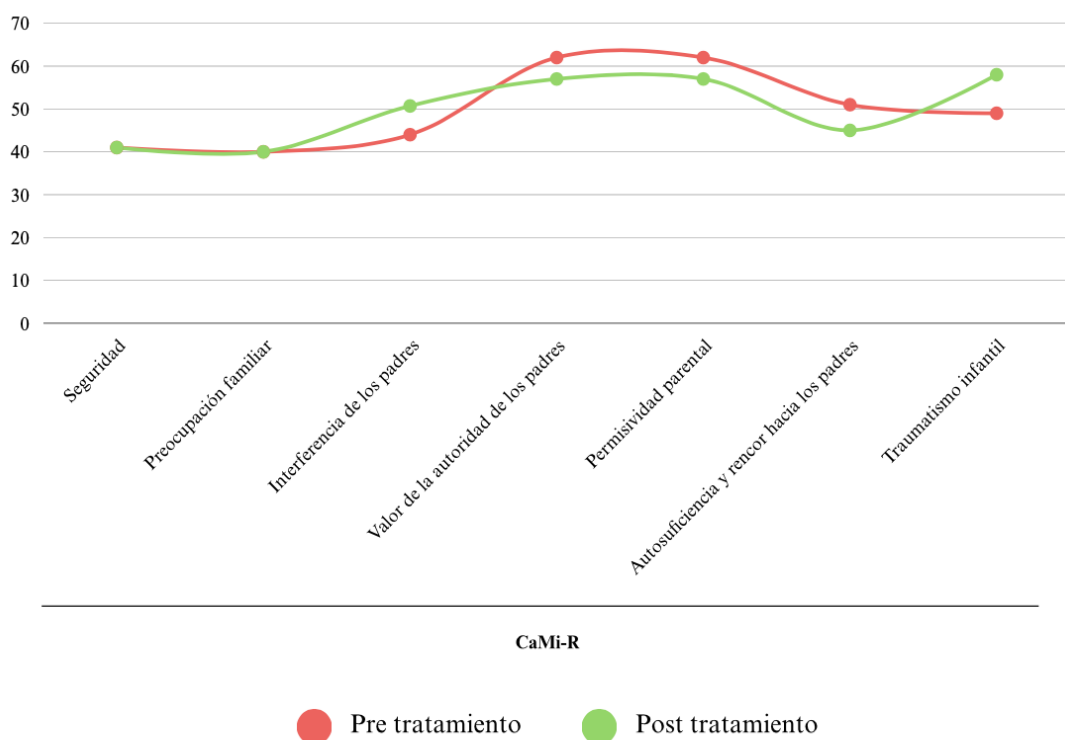
La evaluación inicial mediante el CaMir-R (Balluerka et al., 2011), un instrumento diseñado para explorar las percepciones de apego y la dinámica familiar durante la adolescencia y el inicio de la adultez, reveló un estilo de apego predominantemente inseguro en el sujeto, caracterizado por varios aspectos:

1. Seguridad en las figuras de apego: La puntuación obtenida se situó por debajo de 50 (puntuación T= 41), indicando una carencia de confianza en el apoyo y disponibilidad de las figuras de apego.
2. Preocupación familiar: La puntuación obtenida también estuvo por debajo de 50 (puntuación T= 40,2), sugiriendo una ansiedad moderada en relación con la separación de las figuras de apego y una preocupación excesiva por su bienestar.
3. Interferencia de los padres: La puntuación alcanzada fue alta (puntuación T= 43,8), reflejando la percepción de una sobreprotección por parte de los padres y una influencia negativa en la autonomía del sujeto.
4. Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental: Ambas puntuaciones superaron el umbral de 50 (puntuación T= 62,1), indicando reconocimiento de la autoridad parental pero también percepción de límites difusos y falta de guía clara.
5. Autosuficiencia y rencor hacia los padres: La puntuación obtenida (puntuación T= 51,2) reflejó un equilibrio entre la negación de la dependencia y el resentimiento hacia las figuras de apego, manifestando una actitud de autosuficiencia.
6. Traumatismo infantil: Aunque la puntuación se ubicó por debajo de 50 (puntuación T= 48,8), se evidenció cierta experiencia de trauma durante la infancia, lo cual incidió en la formación del apego.

Posteriormente al tratamiento, los resultados en el CaMir-R sugirieron un impacto positivo en algunas áreas, como la percepción de la autoridad parental y la reducción del resentimiento hacia las figuras de apego. Sin embargo, también señalaron la posibilidad de haber desenterrado o amplificado el trauma infantil:

1. Interferencia de los padres: Se observó una disminución significativa (puntuación T= 57), lo cual sugiere una mejora en la percepción de la sobreprotección parental y una mayor autonomía.
2. Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental: Ambas puntuaciones disminuyeron, indicando una posible revisión de la percepción de los límites parentales y una mayor claridad en la guía recibida.
3. Autosuficiencia y rencor hacia los padres: Se registró una disminución notable (puntuación T= 44,8), sugiriendo una menor negación de la dependencia y resentimiento hacia las figuras de apego, posiblemente como resultado del tratamiento.
4. Traumatismo infantil: Se observó un aumento en la puntuación (puntuación T= 58), indicando una mayor conciencia o procesamiento de las experiencias traumáticas de la infancia durante el tratamiento.

Gráfico 5. Comparación de los resultados del test CaMi-R y sus factores antes y después del tratamiento



Es importante tener en cuenta que las puntuaciones en estas pruebas pueden estar sujetas a un margen de error, que puede estar influenciado por el perfil de personalidad y la disposición del paciente. Además, el contexto individual de cada persona y otros factores externos también pueden afectar los resultados de las pruebas psicométricas. Por lo tanto, es crucial interpretar los resultados con precaución y considerar el progreso en el contexto del tratamiento y las circunstancias individuales del paciente.

9. DISCUSIÓN

El caso que hemos tratado sigue la estructura de formulación de caso de la Terapia Focalizada en la Emoción, enriquecida con aportes de la Terapia Gestalt y el modelo PARCUVE. Se han identificado marcadores que han guiado el proceso terapéutico y han facilitado la selección de intervenciones específicas. Estas intervenciones han arrojado resultados positivos, gracias también al uso de diversas técnicas diferentes a las de la TFE, Gestalt y Modelo PARCUVE que han permitido ampliar el enfoque de la intervención, adaptándose de manera efectiva a las necesidades y ritmos individuales del paciente.

Los hallazgos obtenidos coinciden con las propuestas de Elliot et al. (2004) y Greenberg et al. (1996). Profundizar en los procesos emocionales facilita la transición de las emociones secundarias hacia las emociones primarias, que son desadaptativas. En el caso específico del paciente L., explorar sentimientos como la culpa, el miedo, la ansiedad, la desesperanza y la frustración frente a la evaluación lleva al reconocimiento de la vergüenza, la cual tiene su origen en la sensación de invalidez o falta de valor, afecto y aceptación. A través de intervenciones experienciales, se logra avanzar hacia emociones primarias adaptativas como el enfado y la tristeza, impulsando así un proceso de cambio emocional que fomenta el desarrollo personal.

De acuerdo con la teoría de la Terapia Focalizada en la Emoción (Elliot et al., 2004), establecer una relación terapéutica segura, centrada en el cliente y empática, junto con la implementación de diversas actividades experienciales y de procesamiento, permite que la persona reestructure sus esquemas emocionales hacia la salud emocional. Esto facilita la activación de emociones primarias adaptativas, como el enfado asertivo y la compasión, para satisfacer las necesidades subyacentes vinculadas a la herida emocional, transformando así la vergüenza inicial y favoreciendo la construcción de nuevos significados y la integración del yo.

El objetivo principal de la terapia fue crear un entorno seguro y de confianza donde L. pudiera explorar y comprender sus patrones emocionales y relacionales. Esto implicaba investigar experiencias pasadas, como las relacionadas con el cuidado y las relaciones íntimas. Además, se buscaba trabajar en la construcción de una autoaceptación sólida, fomentando el autocuidado y la apertura emocional hacia nuevas relaciones. Se pretendía facilitar un proceso de autodescubrimiento que permitiera a L. comprender y enfrentar sus miedos, mejorar su autoconcepto y desarrollar relaciones interpersonales más saludables. Esto incluía trabajar en el procesamiento emocional relacionado con eventos pasados y presentes, como el duelo de familiares, así como abordar la ansiedad económica y otras preocupaciones que pudieran afectar su bienestar.

Además, se buscaba explorar y comprender las dinámicas familiares de L., encontrando un equilibrio entre sus relaciones familiares, su trabajo y sus actividades personales. Se prestó atención especial a la relación de L. con sus sobrinas, así como a sus aspiraciones profesionales y personales, profundizando en sus valores y motivaciones.

En resumen, el objetivo era crear un espacio terapéutico que promoviera el autoconocimiento, el crecimiento personal y el bienestar emocional de L., abordando de manera integral sus relaciones interpersonales, experiencias pasadas y metas futuras. Estos objetivos reflejaban un enfoque integral para abordar diversas áreas de la vida de L. y trabajar en su bienestar emocional y psicológico.

Abordar los asuntos no resueltos, la escisión autocrítica del self, las escisiones autointerruptoras y avanzar hacia una resolución parcial, reevaluar eventos pasados (especialmente vinculados a cuestiones familiares) para otorgarles nuevos significados, explorar situaciones problemáticas con empatía y validar los sentimientos de vulnerabilidad son estrategias que contribuyen a la transformación del dolor emocional. Esto permite que L. mejore y desarrolle un estilo de afrontamiento más adaptativo, interactuando consigo mismo y con los demás desde un lugar de emociones primarias adaptativas, en lugar de reaccionar desde emociones secundarias. Además, las prácticas de focusing, tanto dentro como fuera de la sesión terapéutica, han ayudado a que L. se concentre en el presente sin juicios, aceptando todas las experiencias con una mente abierta y siendo capaz de simbolizar y expresar con mayor claridad y profundidad las sensaciones previamente confusas. Esto le ha permitido ser consciente de sus críticas internas y sentimientos dolorosos, tratándose con compasión cuando es posible o abordando los problemas en sesión cuando es necesario.

La integración de diversas técnicas gestálticas, tales como el arte terapia, las visualizaciones y el role-playing, conjuntamente con la orientación proporcionada por el modelo PARCUVE para identificar y dirigir estas técnicas hacia una orientación más vincular y relacional, se revela como un elemento fundamental en el abordaje de la sintomatología presentada por L. Las intervenciones centradas en la transformación emocional, mediante el fomento del vínculo y la alianza terapéutica como experiencias emocionales correctivas, han permitido a L. procesar los conflictos relacionales a través de un vínculo seguro.

Es pertinente observar que algunas de las necesidades expresadas por el paciente a lo largo de las distintas tareas terapéuticas han sido satisfechas, o al menos parcialmente satisfechas, según se evidencia en los resultados obtenidos. Estas necesidades versan sobre la libertad para ser uno mismo, sentirse valioso, respetado y amado, percibirse visto y reconocido, y desarrollar un autoconcepto saludable. Dada la naturaleza genérica de estas variables, es complicado afirmar con absoluta certeza su completa satisfacción o su progreso en el desarrollo. No obstante, el proceso terapéutico ha servido como punto de partida para el fortalecimiento de estas necesidades, y las herramientas adquiridas como resultado de la terapia representan recursos para continuar avanzando en el camino iniciado conjuntamente.

La principal dificultad encontrada al aplicar el tratamiento, especialmente al comienzo, fue la resistencia de L. a reconocer y enfrentar sus emociones y sensaciones corporales, lo que obstaculizaba la participación activa y experiencial en las sesiones. La introducción de técnicas activas y experiencias se manejó con cautela, ya que había riesgo de enfocarse demasiado en la racionalización y la búsqueda de respuestas puramente cognitivas por parte de L. La empatía y la conexión emocional por parte de los terapeutas fueron fundamentales en este proceso.

Además, el uso de metáforas, la arte terapia y la psicoeducación fueron aspectos esenciales. Las metáforas y la arte terapia permitieron explorar el mundo emocional de L. de manera indirecta, facilitando la conexión entre lo que expresaba y su experiencia interna. Este enfoque indirecto evitó que L. se sintiera invadida o amenazada. Por otro lado, la educación psicológica ayudó a L. a sentirse más en control, reducir sus defensas y comprender la importancia de estar en sintonía consigo misma.

En conclusión, este estudio resalta la relevancia de abordar las emociones en la psicoterapia, enfocándose en el malestar emocional del individuo y sus necesidades no satisfechas, con el fin de transformar emociones disfuncionales en funcionales y promover una

interacción más saludable con el entorno. Además, el caso ilustra la eficacia de las terapias humanistas (Terapia Centrada en la Persona y Gestalt), integrando principios del modelo PARCUVE para fomentar un mayor bienestar emocional y crecimiento personal.

REFERENCIAS

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Balluerka, N, Lacasa, F, Gorostiaga, A, Muela, A y Pierrehumbert, B (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.

Bradshaw, J. (1992). *Homecoming: Reclaiming and Healing Your Inner Child*. Bantam.

Bugental, J. F. T. (1964). The third force in psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/002216786400400102>

Burgos, J. M. (2014). *Historia de la psicología*. Palabra.

Calkins, S. D. y Leerkes, E. M. (2011). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (eds.) *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications* (2nd ed.), 355-373. New York: Guilford Press.

Casado, E. (2007). *El niño interior y el camino del retorno*. Editorial Rigden-Institut Gestalt.

Clarkson, P. (1992). *Inner Child in Dreams*. Inner City Books.

Clarkson, P. (2004). *Gestalt Counselling in Action*. SAGE Publications Ltd.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, Rh. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy*. The Process-Experiential Approach to Change. Washington, DC, American Psychological Association.

Elliot, R., y Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. In A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, 106-120. Oxford University Press.

Fonagy, P. y Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.

Francesetti, G., Gecele, M., y Roubal, J. (Eds.). (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Milan: FrancoAngeli.

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 537–549.

Greenberg, L. S. y Foerester, F.S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439.

Greenberg, L. S., y Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., Elliott, R., y Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín científico*, 142.

Greenberg, L. S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción. Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(1), 32-42.

Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings (2nd ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>

Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion*. American Psychological Association.

Hernández Pacheco, M. (2019). *Apego, disociación y trauma*. Ed. Descleé De Brouwer.

Hernández Pacheco, M. (2023). *Reconocer y superar las relaciones tóxicas y la dependencia*. Serendipity Maior.

Hillner, K. P. (1984). *History and Systems of Modern Psychology a Conceptual Approach*.

Jódar Anchía, R. y Caro García, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción*. Descleé De Brouwer.

Lozano Sapuy, L.P., Albarracín Ángel, P.A. y Vásquez Amézquita, M. (2016). Apego parental y su relación con el apego romántico y la dependencia afectiva en 119 universitarios de la ciudad de Ibagué Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 7(1), 8-39. Disponible en: <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Apego-Parental-y-su-relaci%F3n-con-el-Apego-Rom%E1ntico-y-la-Dependencia-Afectiva-en-119-Universitarios-de-la-ciudad-de-Ibagu-e2--%26%238211%3B-Colombia.htm>

Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (eds.) *Attachment in the preschool years*, 121-160. Chicago: University of Chicago Press.

Obeid, S., Haddad, C., Akel, M., Fares, K., Salameh, P., y Hallit S. (2019). Factors associated with the adults' attachment styles in Lebanon: The role of alexithymia, depression, anxiety, stress, burnout, and emotional intelligence. *Perspect Psychiatr Care*, 55(4), 607-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31004358>

Ortiz López, M. T. (2010). *Relación de ayuda significativa y tendencia actualizante*.

Paivio, S. y Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative Approach*. American Psychological Association.

Perls, F. (1994). *Sueños de existencia: terapia gestaltica*. Cuatro Vientos.

Robine, J.M. (2013). Anxiety Within the Situation: Disturbances of Gestalt Construction. *Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, 479-495.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Riso, W. (2010). *Sanando las heridas del niño interior*. Editorial Edaf.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health*, 125-151. Washington: American Psychological Association.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2 (1), 23-47. <http://doi.org/10.1080/146167300361309>.

Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.

Schore, J. y Schore, A. (2007). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36 (1), 9-20. *Doi:10.1007/s10615-007-0111-7*.

Sroufe, L. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment y Human Development*, 7 (4), 349-367. *Doi:10.1080/14616730500365928*.

Stumm, G. (2008). The person-centered approach from an existential perspective. *Existenzanalyse*, 25(1), 7-15. <http://www.existential-analysis.org/>

Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge.

Timulak, L., y Keogh, D. (2019). Emotion-Focused Therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(9), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>

Velásquez, L. F. (2001). Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls. Fundamentación Fenomenológica-Existencial. *Psicología desde el Caribe*, (7), 130-137.

Weinfield, N., Sroufe, A., Egeland, B. y Carlson, E. (2008). *Individual differences in infant-caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security*. Handbook of attachment (2nd ed.), 78-101. New York: Guilford.

Yontef, G. M. y Jacobs, L. (2011). Gestalt Therapy. En R. J., Corsini y D., Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*, 42-382. U.S.A.: Brooks/Cole, Cengage Learning.