



“Entre la Perfección y la Parálisis: Un Estudio de Caso sobre cómo el perfeccionismo con crítico interno obstaculiza la toma de decisiones.”

Mayo de 2024

Madrid

Trabajo de Fin de Máster

Autor: Daniel Díaz-Villarejo Díaz

Tutora: Sofía Rademaker Martín-Municio



Índice

1. Introducción.....	4
2. Diseño	10
3. Metodología de evaluación	12
4. Presentación del caso	13
5. Antecedentes	16
6. Evaluación inicial	17
7. Formulación de caso.....	19
8. Evaluación final	22
9. Tratamiento y curso	24
10. Resultados del tratamiento	33
11. Discusión.....	39
12. Bibliografía.....	43

Resumen

Este trabajo muestra un estudio de caso con el objetivo de describir su abordaje a nivel terapéutico frente al perfeccionismo con escisión autoevaluativa (crítico interno) presente desde el encuadre o modelo de terapia humanista, sobre todo, desde Terapia Focalizada en la Emoción con énfasis en autocompasión. A través del caso clínico propuesto se trata de demostrar el proceso y su funcionalidad al analizar los resultados del enfoque terapéutico mencionado sobre las características del caso y cambios en la persona. Por un lado, se expone el modelo humanista sobre el que se basa el enfoque, destacando las premisas sobre las que se basa. Por otro lado, se encuentra la exposición del caso y el proceso terapéutico llevado a cabo por los dos coterapeutas en las veinte sesiones descritas. Los resultados obtenidos cuantitativamente y cualitativamente denotan una mejora en los marcadores observados a través de las tareas propuestas de procesamiento y transformación emocional. El presente caso refleja la efectividad de la intervención humanista propuesta sobre las características del mismo.

Palabras clave: Estudio de caso, Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), Autocrítica, Perfeccionismo.

Abstract

This paper shows a case study with the aim of describing its approach at the therapeutic level in the face of perfectionism with self-evaluative splitting (internal self-critic) present from the framework or model of humanistic therapy, especially from Emotion-Focused Therapy with an emphasis on self-compassion. Through the proposed clinical case, the process and its functionality are demonstrated by analyzing the results of the mentioned therapeutic approach on the characteristics of the case and changes in the person. On the one hand, the humanistic model on which the approach is based on, is exposed, highlighting the premises on which it is based. On the other hand, there is the presentation of the case, the therapeutic process carried out by two co-therapists in the twenty sessions described. The results obtained quantitatively and qualitatively denote an improvement in the markers observed through the proposed tasks of processing and

emotional transformation. The present case reflects the effectiveness of the proposed humanistic intervention on the characteristics of the same.

Key Words: Case-study, Emotion-Focused Therapy (EFT), Self-criticism, Perfectionism.

1. Introducción

El estudio que aquí se presenta pretende mostrar el proceso terapéutico desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) a través de un caso de una paciente con un fuerte miedo a la toma de decisiones que le hace posponerlas y sentirse estancada. Manifiesta un alto perfeccionismo en presencia de una elevada autocrítica, desconexión emocional e insatisfacción vital. Es interesante plantear el trabajo terapéutico desde esta visión frente al perfeccionismo, pues en la literatura científica suele ser abordada desde otras perspectivas teóricas de la psicología.

Para ello, desde la metodología descrita desde este enfoque se evaluará el proceso, como destaca Greenberg, “momento a momento” para ir logrando un mayor procesamiento emocional que traiga consigo su resolución (Greenberg et al., 1996; Greenberg y Elliot, 2006). Actuando en el marco de significado de la persona, se actúa sobre los marcadores de procesamiento esquemático que sean disfuncionales e impliquen un malestar, interfiriendo sobre una respuesta adaptativa (Greenberg y Elliot, 2006), todo ello, mediante el trabajo con diferentes tareas asociadas (Greenberg et al., 1996).

En el caso en el que la persona, por ejemplo, presenta una escisión en el *self* con marcador de crítica interna (expresión verbal y no verbal), es decir, en el cómo se trata el paciente a sí mismo se percibe como hay una parte que no solo evalúa, sino que también actúa sobre la otra. La persona, sin tener integradas sus propias necesidades y sus valores, se trataría trabajar en una comunicación, negociación e integración entre partes mediante la tarea del diálogo de las dos sillas (Jodar y Caro, 2023).

Además, este caso reflejaría la implementación de técnicas de autocompasión, con demostrada funcionalidad frente a estados de autoevaluación (autocrítica) resistentes y sentimientos de vergüenza, reduciendo la sintomatología de malestar que conlleva (Kolts y Hayes, 2020).



Respecto al perfeccionismo y desplazamiento de la toma de decisiones, irían muy vinculadas a este crítico. La definición de perfeccionismo está relacionada a la multidimensional idea de perseguir estándares altos y fuerte autocrítica frente al no alcanzamiento de estos (Smith et al., 2019). Las características de la persona la hacen que, tras no alcanzar esas altas metas o expectativas, se centre en el fracaso y lo generalice en exceso con una estricta autoevaluación que lo clasifica dicotómicamente como completo éxito o completo fracaso (Thomas y Bigatti, 2020).

El perfeccionismo se considera un factor de riesgo transdiagnóstico frente a múltiples trastornos psicológicos. Se relaciona con resultados de corte desadaptativo, como el afecto negativo, depresión, estrés o ansiedad, entre otros (Limburg et al., 2017). En personas que, dentro de este perfeccionismo, presentan características de síndrome del impostor hay presente un fuerte miedo al fracaso, negación de las propias habilidades y miedo al éxito por las nuevas y mayores expectativas a cumplir, lo cual lleva a sentimientos de vergüenza (Thomas y Bigatti, 2020) y extremas preocupaciones antes de tomar decisiones (Boisseau et al., 2013).

La vergüenza se trata de una emoción autoconsciente. Esto implica una evaluación del *yo* que puede condicionar la forma de ser de uno al convertirse en un sentimiento clave en la experiencia de uno mismo (Etxebarria, 2003). De ella pueden extraerse dos tipos; la externa, vinculada a la percepción social en relación con los demás y la interior, asociada a la evaluación personal de uno mismo como inadecuado o inferior no valioso. Esto influye en la forma de interacción con el mundo (Gilbert, 1998).

Si se comprende la autoestima como la evaluación individual y sentimientos respecto a la valía propia, frente al perfeccionismo, con sus estándares elevados y autocrítica presente, es fácil que se produzca un daño en la autoestima de las personas (Fekih-Romdhane et al., 2023).

Enfoque Humanista y Terapia Focalizada en la Emoción

Para poder comprender el marco de conceptualización sobre el que se basa este estudio, es importante remontarse al origen y evolución de la psicología humanista. La psicología humanista emerge como fuerza transformadora a mediados del siglo veinte, desafiando los paradigmas predominantes del momento, el conductismo y el



psicoanálisis. Arraigado en la profunda insatisfacción con el reduccionismo y mecanicismo que primaba en la mirada sobre la naturaleza humana, esta trata de comprender o establecer un entendimiento de corte holístico sobre los individuos, enfatizando la inherente creatividad, libertad, poder de elección y potencial para el crecimiento y autorrealización del ser humano (Zalbidea et al., 1990). Imposible desvincular el surgimiento y fortalecimiento de esta corriente, de la escena histórica en la que se hallaba inmersa la sociedad del momento. Una sociedad que estaba reaccionando con cambios culturales y sociales frente a las consecuencias bélicas de deshumanización derivadas de la segunda guerra mundial (Villegas i Besora, 1986). Además, apareció un mejor escenario económico que propiciaba mayor bienestar y, con ello, cierto optimismo y esperanza.

Aproximándose a la persona en su conjunto, el movimiento fue liderado principalmente por figuras como Abraham Maslow y Carl Rogers, entre muchos otros (Zalbidea et al., 1990). Fue alrededor de los años cincuenta y sesenta cuando comenzaron a abogar por un cambio en el acercamiento y abordaje, no tanto desde la psicopatología, sino, desde un foco mayormente centrado en la persona (Villegas i Besora, 1986). Dejaban algo atrás el análisis de las conductas específicas y los procesos más inconscientes, resaltando la responsabilidad personal, la consciencia y la agencia, sin olvidarse de la relevancia del contexto sociocultural sobre el que se enmarca la persona. En 1962 tuvo lugar el primer encuentro de la Asociación Americana de Psicología Humanista (AAHP), justo un año tras haber sido fundada.

Dentro de la propia psicología humanista fueron apareciendo diferentes ramas que bebían mucho de la filosofía existencial, psicología Gestalt, teoría de los constructos personales y de la fenomenología. Esta aproximación de corte multifacético aspiraba a explorar las experiencias subjetivas, el crecimiento personal y los procesos de búsqueda de significado (Zalbidea et al., 1990). Surgen nuevos modelos terapéuticos como la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers en la que propone una terapia más igualitaria menos jerarquizada, con bases en la aceptación positiva incondicional, congruencia o autenticidad y comprensión empática en la relación terapéutica como promotoras del cambio (Rogers, 1961).

Con el tiempo, este nuevo enfoque se ha ido desarrollando y se han hecho grandes aportaciones que han permitido el surgimiento o la formulación de terapias que



implementan principios teóricos y prácticos existencialistas y neo-humanistas, como es la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Esta terapia es la utilizada y sobre la que se fundamenta este caso en estudio.

En un enfoque focalizado en el proceso, el procesamiento diferencial viene de la interacción terapéutica en el momento presente entre el cliente y paciente. (Rice y Elliott, 1996). En esta interacción momento a momento, en la Terapia Focalizada en la Emoción, introducida por Leslie S. Greenberg, se pretende una profundización en la complejidad que engloban las experiencias emocionales que emergen en las interacciones en las sesiones terapéuticas.

Se comprende la emoción como una interacción dinámica entre la cognición y elementos experienciales con manifestación fisiológica-corporal que dan forma a la realidad psicológica de la persona (Greenberg et al., 1996). Desde esta aproximación, las emociones son entendidas como adaptativas y aportan una valiosa información acerca del bienestar de la persona. Es por esto, que diferenciarlas y, además de expresarlas, integrarlas con un significado será la línea principal del trabajo terapéutico (Greenberg, 2000). Las emociones son clasificadas en base al proceso, vinculado al factor tiempo y forma, y no al contenido. Con ello, están las emociones primarias, que pueden ser adaptativas o desadaptativas y, por otro lado, se encuentran las secundarias e instrumentales (Jodar y Caro, 2023).

Identificar estos aspectos es importante para el proceso, pues el objetivo es ayudar a la persona a ganar mayor consciencia y poder hacer un uso más productivo de sus emociones (Greenberg, 2002). Revelar su significado y transformarlas será el aspecto clave desde esta visión, que integra de manera única las distintas perspectivas humanistas y teoría contemporánea de la emoción, contando con un sólido respaldo de evidencia empírica (Greenberg y Elliot, 2006). Su abordaje se lleva a cabo desde una postura relacional centrada en la persona, guiando el proceso con un estilo de respuesta exploratorio y siguiendo una estrategia de tarea guiada por marcadores (Elliot y Greenberg, 2007).

Las teorías sugieren cómo las emociones emergen al evaluar situaciones en términos de necesidades y objetivos personales. Esto informa a los individuos sobre posibilidades o amenazas (Greenberg, 2004). Además, son fundamentales en la construcción del *self* y es clave en los procesos de autoorganización e identidad



(Goldman et al., 2016). Por ello, desde la TFE mediante la escucha activa y observación de los estilos de procesamiento emocional de la persona, se van identificando los marcadores y micromarcadores, las emociones subyacentes, las necesidades insatisfechas, tratando de explorar las emociones secundarias y reconociendo las interrupciones en el aspecto procesual de la emoción (Elliott y Greenberg, 2017).

Los marcadores son señales de los determinantes subyacentes de las dificultades emocionales que presenta la persona. Entre ellos se encuentran las reacciones problemáticas, sensación poco clara, conflicto entre partes, partes autointerrruptivas, cuestiones inconclusas y vulnerabilidad (Greenberg et al., 2015).

Las intervenciones terapéuticas tendrán como objetivo explorar e integrar utilizando, frente a los distintos marcadores, tareas como el diálogo de las dos sillas, la afirmación empática, la silla vacía, despliegue evocador sistemático, enfoque vivencial/experiencial (*focusing*), la representación con las dos sillas (Greenberg et al., 1996), re-narración del trauma, trabajo de resignificación, exploración empática, entre otras (Goldman et al., 2016).

Al fin y al cabo, se trata de un proceso colaborativo en el que se construye una narrativa que vincula dificultades que la persona encuentra con el origen o evento desencadenante y los esquemas emocionales de la misma. De esta manera se ofrece una comprensión integral para las posteriores intervenciones ajustadas y concretas (Elliott y Greenberg, 2017) centradas en el presente “aquí y ahora” (Greenberg y Elliot, 2006).

Integrando Terapia de Autocompasión

Se define la autocompasión como una práctica y constructo cuyo origen reside en la tradición y psicología budista. Incluye la aplicación hacia uno mismo y respectiva experiencia personal, de sentimientos de bondad, cuidado y comprensión similares a los que se tendrían hacia el otro en situación de sufrimiento. Dualismo occidental entre uno mismo y los demás versus concepción de un círculo que abarca a todos los seres humanos, incluido uno mismo. Se vincula con la capacidad más de corte biológico que tiene el ser humano de cuidado por los demás. La empatía, la tolerancia al malestar y la sensibilidad por el sufrimiento pueden ser algunos de los aspectos pertenecientes a este concepto que pretenden afrontar y no evitar el dolor (Araya y Moncada, 2016).

La Terapia Focalizada en la Compasión surge de la integración de varias corrientes, entre las cuales se encuentra el budismo, la psicología evolutiva, principios de la neurociencia y aproximaciones psicosociales. Se trata de una terapia perteneciente a las terapias de tercera generación y, aunque se inspire en principios budistas, se desarrolló con el fin de abordar problemas crónicos de salud mental que estuvieran atados a la autocrítica (*self-criticism*) y a la vergüenza (*shame*) que normalmente tienen origen en entornos desafiantes (Gilbert, 2014).

Se trata de una terapia que integra varias intervenciones, desde cognitivo-conductuales a otras de diferente procedencia. Se dirige a la atención, el razonamiento, la reflexión, el comportamiento, las emociones, los motivos, el propósito y la imaginación (Leaviss y Uttley, 2015).

Esta aproximación se basa en el balance de tres sistemas de regulación del afecto. Estos son los sistemas de amenaza, motivación y calma. Acceder al sistema de calma activando y desarrollando también el sistema de seguridad social, con el objetivo de promover compasión hacia uno mismo y establecer relaciones sociales positivas (Gilbert, 2009). Esta práctica ha demostrado tener un impacto positivo en los sistemas neurofisiológicos e inmunológicos de la persona, sobre todo con la generación de la oxitocina (Petrocchi et al., 2022).

Hace uso de herramientas como la relación terapéutica, diálogo socrático, descubrimiento guiado, psicoeducación, formulaciones estructuradas, pensamiento, emoción, conducta y supervisión corporal. Y algunas de sus intervenciones van dirigidas a experimentos conductuales, imaginación centrada en la compasión, trabajo en la silla, representación de diferentes egos, atención plena "*mindfulness*", aprendizaje de tolerancia emocional, comprensión y afrontamiento de conflictos y complicaciones emocionales. Se incluyen conceptos de mentalización y la distinción entre la autocrítica y la autocorrección compasiva (Gilbert, 2014).

Actualmente, se ha estudiado su integración dentro de la Terapia Focalizada en la emoción desde la tarea de autoconsuelo (*self-soothing*) y su potencial como experiencia correctora que se considera frente al marcador de baja tolerancia hacia una angustia o dolor desregulado por una necesidad existencial no satisfecha (Caro y Hornillos, 2015).



Objetivos del estudio e hipótesis

El objetivo de este estudio reside en comprender y conceptualizar el curso de un proceso terapéutico desde la aplicación de la Terapia Focalizada en la Emoción en una paciente de 34 años, cuya problemática y características se describen en “Presentación del caso”. Sumado a ello, se pretenden mostrar la implementación, dentro de la intervención, de ciertas técnicas derivadas de la Terapia de Autocompasión, que han sido integradas dentro de la TFE, con el objetivo de complementar el abordaje de la problemática. Documentar la factibilidad de una intervención psicológica relativamente reciente como es la TFE es otro de los objetivos del presente estudio.

Este trabajo, personalmente, ayuda a adquirir no solo competencias más sólidas en el campo de la investigación referente a los estudios de caso, sino habilidades de registro y análisis de las distintas fuentes involucradas en el abordaje de un caso a nivel terapéutico, lo cual dota de mayor riqueza al trabajo como terapeuta ampliando la visión sobre el mismo. Esto permite registrar la evolución de las distintas variables, dar cuenta de los obstáculos que emergen para poder tomar acción y hallar formas de superarlo y permitir un más óptimo desarrollo.

La hipótesis principal es la espera de una mejora de corte cualitativa y cuantitativa de las variables objetivo medidas y observadas específicas del caso. Los cambios se identificarán, por un lado, mediante la medida pre y post llevada a cabo mediante cuestionarios y, por otro lado, desde verbalizaciones en las propias sesiones, observaciones y contenido del discurso y narrativa de la paciente y, sobre todo, la producida transformación y procesamiento de las emociones. En definitiva, se espera la observación de una mejora en su consciencia emocional a nivel corporal, mayor agencia sobre su toma de decisiones (agencia), reducción del perfeccionismo, vergüenza primaria desadaptativa y flexibilización del crítico interno y un aumento de la autocompasión.

2. Diseño

El diseño de investigación a través del cual se ha elaborado el presente trabajo es un estudio de caso de tipo clínico. Consiste en la descripción y análisis del proceso de evaluación e intervención, en esta ocasión, de una parte, de este procedimiento y de un



único caso. A través de este se puede llevar a cabo la valoración del ajuste del tratamiento aplicado frente a la problemática presente en base a la evidencia hallada. En concreto, el funcionamiento o productividad del modelo TFE sobre la problemática descrita alrededor del perfeccionismo vinculada al crítico interno y desconexión emocional.

El estudio fue realizado en Centro Psicológico SMC en Madrid. Se trata de un centro sanitario privado ligado al trabajo en psicoterapia y psicología clínica. Su orientación es una psicología integral, aunque principalmente humanista, y con especial foco en diversos trastornos, procesos emocionales, ansiedad, depresión, fobias, problemas sexuales y psicósomática, ofreciendo terapias de tipo individual, de pareja y familiar. Con oferta de servicios a población tanto infantojuvenil como adulta.

La paciente se puso en contacto de manera voluntaria con el centro para llevar a cabo un proceso terapéutico mediante el correo electrónico y número de teléfono y, tras rellenar la ficha de datos personales, en la que se incluye el motivo de consulta, y el documento de protección de datos se la asignó una pareja de terapeutas.

La paciente fue atendida por la pareja de terapeutas compuesta por un psicólogo hombre (terapeuta) y una psicóloga mujer (coterapeuta), ambos alumnos en prácticas del *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria* de la Universidad Pontificia de Comillas. Cuentan con el grado en psicología y prácticas en diferentes centros a lo largo de dichos años de formación, actividades de voluntariado y diversas formaciones en el campo. El terapeuta se encuentra estudiando paralelamente el máster de especialización en Psicoterapia Humanista Experiencial y en Terapia Focalizada en la Emoción. Además, hay que mencionar el hecho de que el caso cuenta con una psicóloga clínica como supervisora y espacios fijos de supervisión con más miembros del equipo y alumnos del centro.

Las sesiones de psicoterapia se llevaron siempre en formato presencial en el propio centro con una frecuencia semanal.

Para la realización del presente trabajo se llevó a cabo la elaboración de un documento de solicitud al comité de ética acerca de este, el cual fue aprobado por la aseguración del cumplimiento y respeto de los principios éticos asociados a una investigación de estas características. Entre estos requisitos, para garantizar los derechos de la paciente, se encuentra la firma del documento del consentimiento informado,

protección de datos, autorización del centro, el documento de confidencialidad y la redacción de la petición a la dirección y la solicitud de evaluación al mismo, además de la elaboración del resumen de los aspectos éticos pertinentes al trabajo.

3. Metodología de evaluación

La evaluación del presente caso, cabe destacar, al haber sido abordado desde el enfoque de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se centra mucho en el análisis momento a momento a lo largo de todo el proceso terapéutico, siendo más destacable en determinados momentos del mismo.

A pesar de esto, para sumarle evidencia a la evaluación cualitativa, se han pasado una serie de test y cuestionarios que han sido considerados como coherentes y adecuados para la paciente y el modelo y que podían dotarnos de información sobre el desarrollo del proceso terapéutico previo a su inicio y posterior a su finalización. De esta manera le sumamos la presencia de la evaluación de tipo cuantitativa.

Con todo ello, tanto cuantitativa como cualitativamente se permite ver la valoración de la sintomatología y la evolución y desarrollo de la misma en los meses de proceso terapéutico transcurridos.

La evaluación cuantitativa constó de cinco cuestionarios que, en la sesión número seis tras las sesiones de inicio y valoración para la elección del sujeto para el TFM, se pasaron y, después, para el contraste, posteriormente en la sesión número veinte.

Los instrumentos mencionados son los siguientes:

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS): Este instrumento evalúa las tendencias perfeccionistas en torno a las dimensiones de miedo a los errores, influencias paternas, expectativas de logro y organización. Consta de 35 ítems y es muy utilizado en el mundo de la investigación, proporciona información sobre el nivel de perfeccionismo del individuo y su asociación con problemas como la ansiedad, obsesiones y trastornos alimenticios. (Carrasco et al., 2009).

Escala de Auto-Compasión (SCS): Es un instrumento utilizado en la evaluación y medida individual de autocompasión. Se trata de un constructo psicológico asociado



con beneficios clínicos en intervenciones que implican mindfulness. Mide variables como la auto-amabilidad, humanidad compartida, mindfulness, auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación. Consta de 26 ítems y está validada en población española para medir de forma confiable el nivel de autocompasión de la persona. (García-Campayo et al., 2014).

Escala Niveles de Auto-Crítica (LOSC): Es un instrumento diseñado para la medición de dos diferentes formas de autoevaluación negativa: Autocrítica comparativa y autocrítica internalizada. Consta de 22 ítems y esta ayuda a los clínicos a evaluar las tendencias del individuo respecto a comportamientos autocríticos, proporcionando información respecto a la personalidad, estilo de apego y patrones presentes. (Thompson y Zuroff, 2004). Se usa su versión traducida al español (López Cavada, 2020).

Trait Meta-Mood Scale (Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) (TMMS-24): Se trata de un instrumento utilizado para evaluar el nivel de inteligencia emocional, concretamente, el auto percibido por el individuo. Consta de 24 ítems y engloba su evaluación en la atención emocional, claridad emocional y habilidades de reparación emocional. Se utiliza ampliamente en el mundo de la investigación y dota de información acerca de la percepción y manejo emocional de la persona. (Extremera et al., 2004).

Escala de autoestima de Rosenberg (RSE): Se trata de un instrumento que evalúa la autoestima del individuo. Consta de 10 ítems y ofrece información respecto al nivel de auto respeto y autoaceptación de la persona. Es una buena herramienta para conocer y entender el estado de bienestar psicológico del individuo en diferentes contextos. (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2004).

4. Presentación del caso

La paciente es una mujer blanca, cis de 34 años, en pareja y sin hijos. Es una persona muy autoexigente, con alta tendencia al perfeccionismo por un fuerte miedo al error y al fracaso. Este es principalmente su motivo de consulta, el abordar su perfeccionismo y la seguridad en sí misma, resaltando la insatisfacción en su actual relación de pareja también.



Viene sola y de manera voluntaria a sesión para iniciar su proceso terapéutico, dando consentimiento para la elaboración con su participación del presente trabajo. Proviene de España, concretamente, de la Comunidad de Madrid. Ahí vive en un piso en el centro de manera individual, aunque hasta su mudanza hace años vivía con su núcleo familiar compuesto por su madre, su padre y su hermana mayor. Posee estudios de Bachillerato y universitarios, concretamente, se encuentra en la finalización de un máster en musicología. Previamente, estuvo paralelamente en el conservatorio alrededor de ocho años. Considera el compromiso, la creatividad, la perseverancia, la generosidad, la disciplina, la lealtad y la bondad como sus principales valores.

Ha trabajado por cuenta propia y para otros en diferentes ámbitos, siendo su actual ocupación profesora de música en una escuela especializada y, además, profesora de pilates. Sumado a ello, participa en una orquesta la cual requiere de gran preparación y ensayos y, de la cual, obtiene también ciertos ingresos puntuales. Respecto al área laboral es dónde aparece en mayor medida su perfeccionismo y crítico interno que le hace sentirse desagradable respecto a sí misma, compensando con un sobreesfuerzo que la desgasta. Se encuentra algo desconectada del cuerpo a nivel emocional, tendiendo mucho a la racionalización de su discurso. Le cuesta en gran medida la toma de decisiones, manteniéndose pasiva sin agencia; es consciente del malestar que esto le genera por la falta de satisfacción vital que percibe.

La relación con su familia la define como laxa. Con su madre sí que tiene más relación y hablan por teléfono de vez en cuando para hablar y quedan para algún plan. Sí que siente que históricamente ha estado la madre muy encima de ella. Respecto a su padre le define como una persona evaluadora, sentenciante y muy juicioso. Identifica en su padre una voz crítica que la hace sentirse pequeña como la que le acompaña en la actualidad; en cuanto a su hermana, hay presencia de historia de problemas de salud mental vinculados con episodios depresivos e intentos de suicidio, es por esto que siempre ha percibido distancia por el silencio alrededor de esto en la familia con los diferentes miembros. Recuerda cómo la salud mental de su hermana abarcaba gran parte de la atención en casa. Además, no se hablaba sabiéndose lo que pasaba y eso era un entorno, como describe ella, muy angustiante para una niña pequeña.

A nivel historia personal narra el sentimiento de insuficiencia en sus años de conservatorio y escuela musical de pequeña, derivado de los comentarios de algunos de



sus profesores, lo cual es rodeado de mucha vergüenza. Se identifica y se ha identificado siempre con el rol de niña buena, siempre haciendo lo que se esperaba de ella y tratando de estar a la altura de las expectativas. Identifica en la actualidad un momento del pasado que asocia con la autoexigencia, en clase del colegio, dónde en un examen se quedó en blanco, bloqueada frente a una multiplicación que todos sabían hacer y ella también. Se desbordó y no pudo llevarla a cabo, quedándose frustrada y triste. Aunque cuenta con un sólido círculo social de amigos, muchas veces sí que ha identificado ese rol de cuidadora y de buena hacia los demás, pero es con quienes siente ella misma realmente.

Debido a su trabajo ha viajado y se ha movido mucho, sobre todo en fechas indicadas y festividades dónde se reúne la familia y es, en parte por esto, que se siente distante a ellos.

Decide venir a terapia de manera voluntaria porque percibe gran insatisfacción derivada de su alta autoexigencia que la lleva a querer alcanzar un perfeccionismo inalcanzable que la desgasta. Se siente muy insegura y le pesa todo lo que implica para ella a nivel mental el trabajo y el estar en tensión por tratar de ser suficiente. Por otro lado, cuenta cómo la relación con su actual pareja no va a ningún lado y no sabe por qué no es capaz de dejarlo. Al novio le describe como una persona culta, con el que comparte muchas actividades de ocio, pero con proyectos de vida diferentes y con él se siente pequeña, más como una alumna en aprendizaje que una novia en una relación entre adultos. Respecto a la situación laboral, le gustaría sentirse más cómoda y poder encontrar algo más, también, que sea más acorde, le guste y sea más estable. Le gustaría tener más poder sobre su toma de decisiones, valorar su situación afectiva con su pareja y ganar confianza y seguridad en sí misma.

Indagando, parece haber presente un miedo a no ser suficiente y este miedo parece estar manteniendo esa falta de agencia sobre las decisiones que le conciernen. Siendo este miedo, una aparente respuesta frente a la vergüenza subyacente de no ser suficiente o ser inferior. La presencia de un crítico interno es algo fuerte en ella que alza y nutre ese miedo, manteniéndola pasiva, con gran vergüenza primaria desadaptativa, y en estado de indefensión en algunos aspectos y en otros sobre esforzándose y desgastándola.



Además, la presencia de locus externo para eventos de corte positivos y agradables y un locus de control interno para los eventos más negativos o desagradables hace que no sea fácil el salir de la ciclicidad de este evento. Presenta alta desconexión emocional a nivel corporal y un elevado nivel de racionalización a la hora de narrar eventos emocionales.

5. Antecedentes

El crítico o escisión autoevaluativa de la paciente parece ser el que le bloquea y perpetúa sus miedos haciendo que demore sus decisiones por la desconexión emocional que lleva a cabo para no entrar en contacto con el dolor más vinculado a la vergüenza. El estado de pasividad e indefensión frente a este que hace que no se ponga en acción en muchos ámbitos y, en otros, busque la perfección con un desgastante sobreesfuerzo, parece haberse ido formando desde la infancia.

A raíz de la introyección de verbalizaciones en el conservatorio musical de sus profesores “Esto no es para ti”, “No vales para esto”, “No sirves”, “No vas a llegar a nada”, “Cambia de instrumento” y la interiorización de las exigencias desde las figuras paterna (exigente y con mucho juicio frente a los demás, “muy cuadriculado y juicioso”) y materna (“muy disciplinada pero demasiado encima”), parece haberse forjado con el tiempo esta voz crítica interna que la acompaña y no la permite la naturalidad personal, imponiéndola un perfeccionismo que la lleva a una insatisfacción vital y una autopercepción de corte mayoritariamente negativa, no suficiente y con gran vergüenza.

Parece que todo ello la lleva a en la actualidad tener una sensación de “No estoy en ese nivel”, “No estoy a la altura”, “Qué decepción soy”, “Qué inepta”, “No encajaré”, “La estoy cagando”, “Mi papel no es importante”.

El estilo de parentalidad parece haber sido muy exigente y con una fuerte presencia de falta de manejo y educación emocional en casa, con temas tabú alrededor de la salud mental, concretamente la de su hermana mayor, algo que ha supuesto mucho silencio, peso, responsabilidad e incertidumbre en la paciente. Lo cual ha influido en su experiencia de sí misma.

A nivel relacional, el haber jugado siempre un rol de cuidadora frente a su grupo de amigos la ha alejado de sus necesidades. El rol en sus relaciones de pareja ha ido cambiando, pero, en la actualidad, resaltar que la relación en la que se ve inmersa es una relación en la que hay jerarquía y siente a su novio como un “profesor” y ella más pequeña, más alumna. Esto llama la atención por su experiencia con el tema.

La respuesta a su historia resulta en un miedo a no ser suficiente con una vergüenza, que la acompaña hasta el día de hoy, la sensación de insuficiencia. Esta emoción va paralelamente con diálogo autocrítico que verbaliza. Las consecuencias de ello son, por un lado, la parálisis en la toma de decisiones claves en su vida, frente a sus altas expectativas interiorizadas y sensación de insuficiencia, evitando así su percepción de fracaso y sentimientos de vergüenza. Por otro lado, la otra consecuencia es la sobrecompensación de esta emoción con el sobreesfuerzo con el trabajo para llegar a unas inalcanzables expectativas. Todo ello deriva en un desgaste físico y emocional por la inversión de tiempo y energía en acciones constantes para no sentirse una fracasada insuficiente.

6. Evaluación inicial

En el presente apartado se describen los diferentes elementos que han compuesto este inicial proceso de evaluación.

Esta fue realizada mediante el uso de métodos cualitativos, entre los cuales se incluyen entrevistas y observación, y métodos cuantitativos, a través de la administración de pruebas psicométricas como cuestionarios, escalas o test.

Respecto a la parte cualitativa, se observó que la paciente presenta rasgos de perfeccionismo y autocrítica mostrando una elevada presencia de priorización de necesidades de los demás frente a las suyas propias. Parece experimentar un elevado miedo al fracaso y esto atraviesa diferentes áreas de su vida (a nivel relacional, laboral y personal principalmente). En sesión, en este punto inicial se podía percibir alta actitud de cuestionamiento hacia sí misma, con tendencia al menosprecio propio y desconfianza de sus habilidades e intuición, junto con sentimientos de pequeñez y vergüenza. En cuanto a su forma de presentarse es bastante normativa en términos de apariencia, vestimenta y forma de hablar, mostrando un nivel de educación y cultura.

En cuanto a la parte más cuantitativa, los instrumentos empleados obtuvieron los siguientes resultados para cada uno de ellos:

Respecto a la Escala de Autocompasión (SCS) (García-Campayo et al., 2014) se obtuvieron una serie de puntuaciones para cada factor. Auto-amabilidad de 2.00 que cae dentro del rango de baja autocompasión en este aspecto. Humanidad Compartida: Con una puntuación de 2.25, también está en el rango de baja autocompasión. Mindfulness: 2.75 que cae dentro del rango moderado de autocompasión en la conciencia plena.

Puntuación promedio total de autocompasión: 2.51 indica un nivel moderado de autocompasión en general. De esto se puede extraer que la paciente muestra un nivel moderado de autocompasión, con una puntuación de 2.51 en una escala de 1 al 5. Si bien muestra una conciencia plena en momentos de alta dificultad, sus niveles de auto-amabilidad y humanidad común son bajos. De esta forma, se evidencian elementos no autocompasivos significativos, presentando un alto auto-juicio y aislamiento.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2004) indica que la persona obtuvo una puntuación de 23 sobre 40. Esto apunta una autoestima de corte baja. Ello destaca y vincula con la experimentación de inseguridades, falta de valoración personal y una sensación de pasividad frente a la vida.

En la Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) (Thompson y Zuroff, 2004) traducida (López Cavada, 2020). La puntuación obtenida en la Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) indica un nivel bastante significativo de autocrítica en la persona evaluada. En cuanto al factor de Auto-Crítica Internalizada (ISC), la puntuación fue de 55, mientras que para el factor de Auto-Crítica Comparativa (CSC) fue de 41. Ello sugiere, por un lado (55) la presencia de una elevada sensibilidad frente a la crítica de la mirada externa, sumado a ello, una alta búsqueda en la aprobación por parte de los demás. Por otro lado (41), indica una alta crítica con una misma con mayores sentimientos de inferioridad. Se puede observar una autocrítica de significativa relevancia.

Los resultados del Trait Meta-Mood Scale (Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) (TMMS-24) (Extremera et al., 2004) muestran que la paciente obtuvo una puntuación adecuada en las subescalas de atención (31) y claridad (31), lo cual indica que posee una capacidad adecuada para concentrarse, identificar y procesar la información de corte emocional de manera adecuada. No obstante, respecto a la

subescala de reparación, la puntuación obtenida (21) es escasa. Ello indica que indica una menor habilidad en la corrección o en la puesta en práctica de remedios

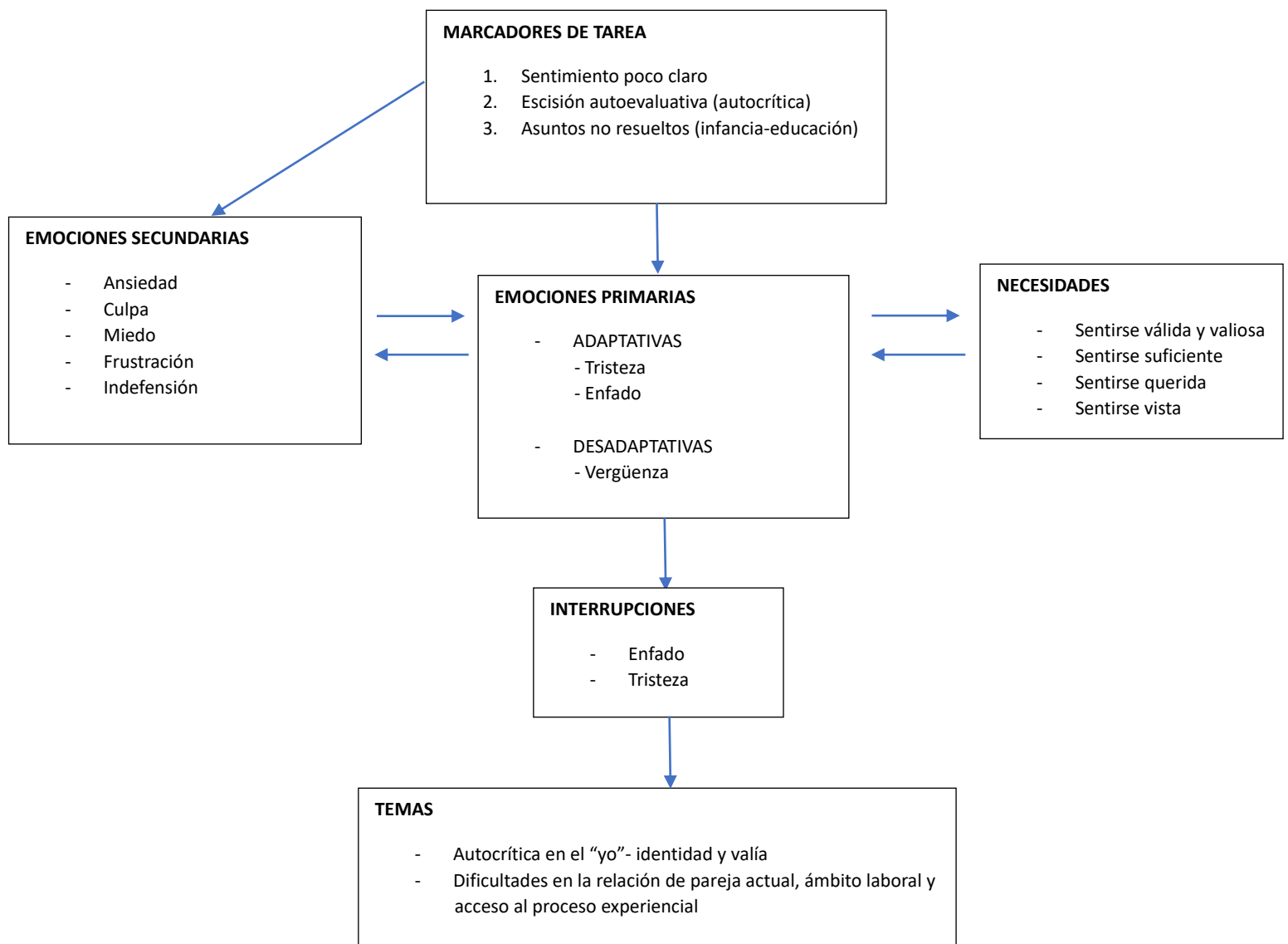
De la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Carrasco et al., 2009) se puede extraer que la persona muestra un marcado patrón de perfeccionismo, ello queda reflejado en las puntuaciones obtenidas que son significativamente altas en muchas de las subescalas. En cuanto a la puntuación total de perfeccionismo (95), la subescala de Estándares Personales (31) y organización (28) resalta su elevado resultado, situándose en unos percentiles de 91, 96.9 y 92.8 respectivamente. Mucha exigencia frente al rendimiento. La percepción respecto a las críticas parentales (19) resulta tener menos influencia, la preocupación por los errores y las dudas sobre sus propias acciones (45) también ha de destacarse por su elevada puntuación. Al situarse a nivel global en el percentil 91 resalta el carácter elevado en cuanto a perfeccionismo y la autoexigencia con la que acude a consulta.

7. Formulación de caso

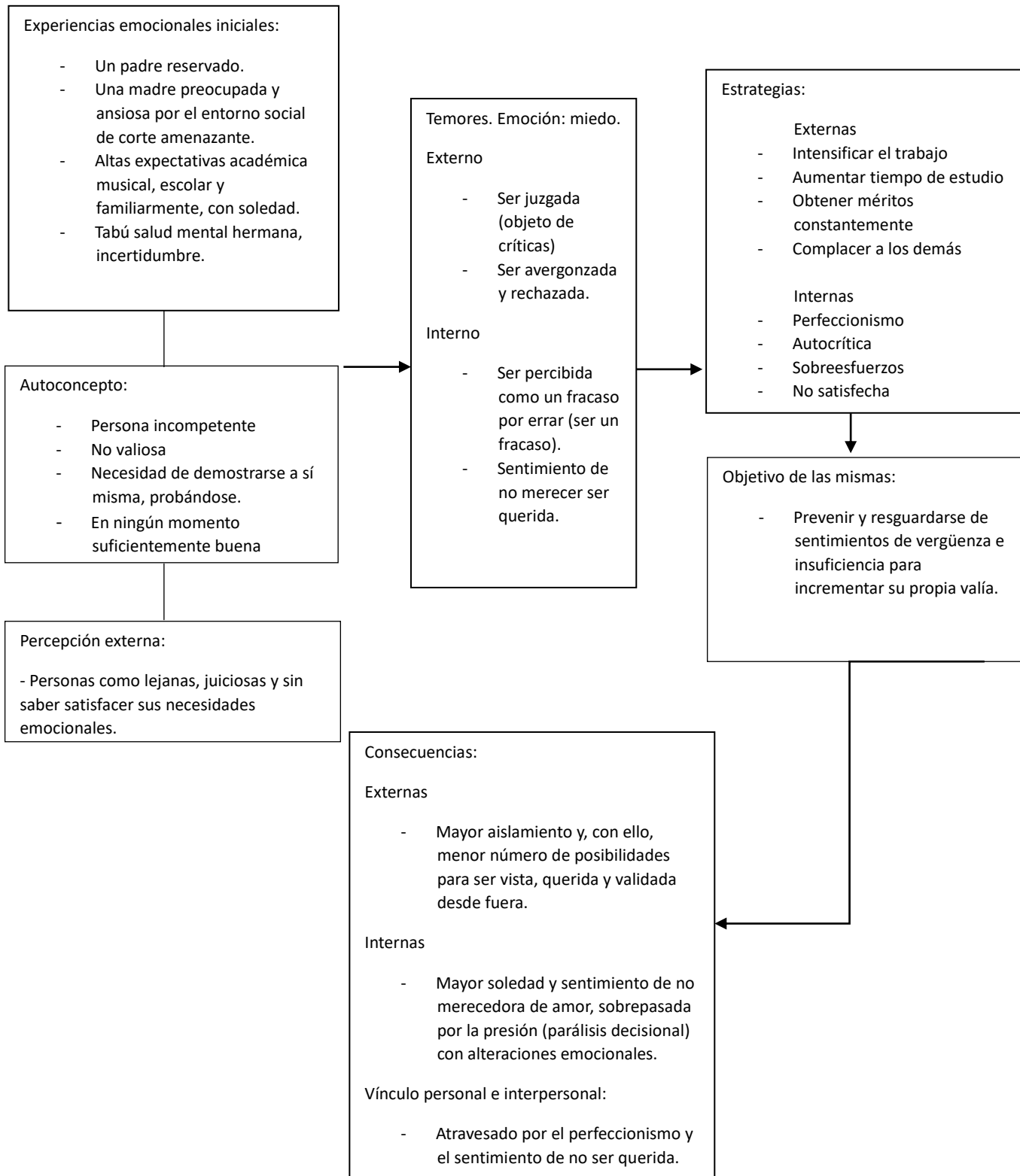
En esta sección se exponen, para examinar, las autoorganizaciones de la paciente, las cuales actúan como claves de sus dificultades. A esto se llega mediante la exploración e indagación del malestar activo que experimenta y refleja la persona, poniendo la mirada sobre los marcadores que evidencian problemas concretos en el procesamiento emocional. Para ello, se usa el acrónimo MENSIT que permite la integración de toda la información recogida. (M)arcador de tarea, (E)mociones primarias, (N)ecesidades, emociones (S)ecundarias, (I)nterrupciones y (T)emas.

En cuanto a los marcadores (M), la paciente refleja diferentes al respecto. Marcador de escisión autoevaluativa (autocrítica) principalmente (“qué inepta soy”, “no estoy a la altura”), sentimiento poco claro (“ay no sé exactamente...”, “pues...sentir...a ver pienso esto...”) y asunto no resuelto (“mis profesores del conservatorio me hacían sentir inútil”, “siento que he tenido demasiada exigencia en casa”). En cuanto a la emoción (E) primaria, parece haber una fuerte presencia de emoción vergüenza desadaptativa que se manifiesta en sus sentimientos de insuficiencia, pequeñez y comparación; por otro lado, las primarias adaptativas son tristeza y enfado. Respecto a las necesidades (N), vinculado a ello, aparece una fuerte necesidad de ser válida,

valiosa, suficiente, querida y vista (necesidad de reconocimiento), necesidades emocionales fundamentales no satisfechas que contribuyen al sufrimiento emocional. De acuerdo a las emociones secundarias (S), se logran identificar sobre todo el miedo como principal, la ansiedad, la culpa y la indefensión, siendo estas emociones reactivas a la emoción primaria, complicando el procesamiento y complejidad emocional. En cuanto a las actitudes autointerruptoras (I) se encuentran la parálisis decisional, es decir, la evitación en la toma de decisiones importantes para ella y el sobreesfuerzo (patrones de evitación y compensación) frente a la tristeza y al enfado. Por último, respecto a los temas (T) presentes son el perfeccionismo, miedo al fracaso y la autoexigencia con alta dificultad en autocompasión y conexión emocional. Muy vinculados al área personal, laboral y relacional (consigo misma, amistades, parejas, compañeros de trabajo y carrera profesional).



Análisis funcional:



8. Evaluación final

La evaluación final, al igual que la inicial, fue realizada mediante el uso de métodos cualitativos, entre los cuales se incluyen entrevistas y observación, y métodos cuantitativos, a través de la administración de pruebas psicométricas como cuestionarios, escalas o test.

Respecto a la parte cualitativa, se observó que la paciente presenta una postura corporal relajada, sin tensión o rigidez, y una forma de hablar de corte pausada, sugiriendo una elevada tranquilidad interior. En su discurso y elaboraciones de sus experiencias se puede apreciar una mayor conexión consigo misma y su mundo emocional, lo cual se evidencia o muestra a través de su capacidad frente a la toma de decisiones con confianza, enfrentando los desafíos desde la apertura, tolerando la incertidumbre y con seguridad en sí misma. Aunque ocasionalmente expresa dudas, demuestra a su vez capacidad para manejarlas y seguir adelante.

Su apariencia física, forma de relacionarse y su presencia reflejan una elevada naturalidad, espontaneidad y satisfacción personal conectando con sus propias necesidades. Su relación con las diferentes áreas de su vida actualmente es distinta. En el área relacional se encuentra muy próxima a sus amigos y salió de su insatisfactoria relación de pareja, en el área laboral se ha renovado optando por más horas en el ámbito del pilates y menos vinculación con la teoría musical y, a nivel personal denota un elevado autocuidado. En cuanto a su forma de presentarse es bastante normal en términos de apariencia, vestimenta y forma de hablar, mostrando un nivel de educación y cultura.

En cuanto a la parte más cuantitativa, los instrumentos empleados obtuvieron los siguientes resultados para cada uno de ellos:

En la Escala de Autocompasión (SCS) (García-Campayo et al., 2014) muestra puntuaciones notables en las subescalas englobadas dentro. Presenta una puntuación de 3.00 en Auto-amabilidad, 3.25 en Humanidad compartida y 3.25 en Mindfulness. La persona refleja fuerte tendencia hacia el autocuidado propio y compasión frente a los demás. Sumado a ello parece tener alta capacidad para estar presente y consciente en momentos desafiantes.

Por otro lado, cabe destacar las puntuaciones relativamente bajas en Auto-juicio (2.80), Aislamiento (2.75) y sobre-identificación (2.25) lo cual viene a sugerir una menor presencia de autocrítica y desconexión emocional. Estos resultados de la escala muestran, en general, una saludable autocompasión que fomenta el bienestar.

Con respecto a la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2004) se obtuvo una puntuación de 30 sobre 40. Esta puntuación implica un nivel de autoestima moderado alto, es decir, la persona tiene una percepción y evaluación de sí misma positiva, tendiendo a la autovaloración. Refleja una autoestima saludable.

En la Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) (Thompson y Zuroff, 2004) traducida (López Cavada, 2020) con una puntuación de 39 en CSC (*Comparative Self-Criticism*) y 38 en ISC (*Internalized Self-Criticism*), los resultados muestran niveles significativos de autocrítica, aunque en esta ocasión moderados. Respecto a CSC se podría decir que hay una marcada sensación de inadecuación personal, sin ser esta muy elevada al situarse alrededor de la puntuación media. Por otro lado, respecto al ISC se podría considerar igualmente moderada, esto indica una cierta, aunque no pronunciada dificultad en la aceptación de sí misma, autoevaluación y enjuiciamiento.

Los resultados del Trait Meta-Mood Scale (Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) (TMMS-24) (Extremera et al., 2004) reflejan una puntuación de 30 en cuanto a Atención emocional, 29 en Claridad emocional y 30 en Reparación emocional. Estas puntuaciones se encuentran en nivel de adecuación en el parámetro de mujeres, es decir, ni en clasificación por defecto ni por exceso, en adecuación. Se consideran los tres niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional. Demuestra una comprensión razonable o adecuada de los aspectos evaluados vinculados a la puesta de atención sobre las emociones y la consciencia sobre las mismas, la comprensión e identificación y la habilidad de reparación, regulación y manejo de la emoción. Los resultados transmiten una salud emocional de corte equilibrado.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Carrasco et al., 2009) se puede extraer que la persona presenta altas puntuaciones en las subescalas de Estándares Personales (28) y Organización (26), esto indica una tendencia hacia unos estándares de corte exigentes y una elevada necesidad de orden. Por otro lado, se observa cierta preocupación en el cometer errores y dudar de las acciones (37), además, la percepción



de expectativas parentales y críticas es relativamente baja (21). Todo esto, indica cierta orientación hacia el logro y lo que gira alrededor de la eficacia. Se podría decir que su nivel de perfeccionismo (86) se situaría en la escala en un nivel medio-alto, moderado, (por encima del percentil 75) en el que está latente una gran sensibilidad frente a la imperfección.

9. Tratamiento y curso

En base a las primeras sesiones y al minucioso proceso de evaluación inicial, en constante contraste y redefinición con lo que se iba observando a lo largo del proceso, se llevaron a cabo la formulación de diferentes objetivos a nivel terapéutico:

Objetivos generales:

1. Aumento de autoconsciencia y autoaceptación para la autoestima.
2. Motivar una relación con una misma más compasiva y sin juicio.
3. Fomentar el desarrollo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento efectivas.
4. Mejorar la habilidad de toma de decisiones de manera autónoma y segura.
5. Facilitar la integración entre las experiencias emocionales y el procesamiento cognitivo.
6. Promover un mayor balance de conexión mente y cuerpo.

Objetivos específicos:

1. Identificar y establecer diálogo con la voz crítica interna (juicio).
2. Explorar y abordar los miedos e inseguridades subyacentes que contribuyen al aplazamiento de la toma de decisiones respecto a su carrera profesional y relación de pareja actual.

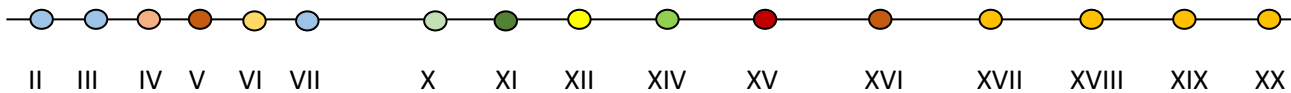


3. Procesar las experiencias de la infancia vinculadas a la excesiva exigencia del conservatorio musical, abordando cualquier conflicto emocional o asunto no resuelto, dando un sentido y validando sus vivencias asociadas a la vergüenza.
4. Fomentar la confianza en sí misma y su capacidad para tomar decisiones, enfatizando la importancia de satisfacer u honrar sus propias necesidades y aspiraciones.
5. Practicar la mejora de la conciencia emocional y sus sensaciones en el cuerpo con tareas terapéuticas que lo fomenten.
6. Abordar el impacto de las experiencias parentales invalidantes, fomentando un sentido de autovalidación y autoprotección.
7. Desarrollar habilidades vinculadas a la asertividad para apoyar el proceso de toma de decisiones más personal.
8. Cultivar la autocompasión, el apoyo y ánimo interno a través de afirmaciones, autoconocimiento y autocuidado.
9. Redefinir el papel del perfeccionismo en su vida, fomentando la autoaceptación y crecimiento personal en lugar de la búsqueda de alcanzar toda expectativa.
10. Desarrollar una comprensión más clara de sus aspiraciones profesionales, valores y objetivos vitales (definir proyecto de vida para sumar agencia).
11. Trabajar en la comunicación abierta y honesta con su pareja, creando un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes dentro de la relación.
12. Fomentar reflexiones en torno a las características de una relación coherente con lo que siente, sus valores, metas y necesidades.
13. Promover un sentido de agencia, enfatizando que sus decisiones son una expresión de autocuidado y respeto por sí misma, en lugar de ser el resultado de presiones o expectativas externas.

Los objetivos fueron abordados en las diferentes sesiones en función de lo que tenía presente la paciente, lo que estaba vivo o activo emocionalmente, teniendo en mente los objetivos formulados en base a la evaluación inicial y al continuo contraste.

En este apartado se pretende reflejar de las veinte sesiones aquellas clínicamente relevantes en las que se llevaron a cabo intervenciones o un trabajo terapéutico importante para la paciente en la que experimentó momentos de cierto *insight*.

Línea de sesiones destacadas en el proceso:



Las primeras sesiones, de manera transversal se trabajó sobre todo en la alianza, el encuadre y la sintonización con la paciente. Aquí veremos el trabajo terapéutico a parte reflejado.

Sesión II, III y VII: Sentirse pequeña.

Estas dos sesiones fueron clave en tanto que se abordó de manera abierta sus experiencias de invalidación y exigencia en el área tanto académica como familiar.

En la sesión 2 se trabajaron las experiencias parentales de invalidación y exigencia (juicio y presión sutiles para corregirla). En esta sesión expresó su miedo a no estar a la altura y terminó emergiendo enfado frente a determinadas actitudes de sus figuras paternas (“ya he demostrado suficiente”). En esta sesión hizo consciente el desde dónde toma decisiones si desde la adulta que protege a la niña o desde la niña interior asustada que quiere “estar a la altura constantemente”. Por otro lado, manifiesta que las disciplinas artísticas en el aprendizaje son muy desagradecidas: “Esto no es para ti”, “no vales para esto”, “no sirves”, “no vas a llegar a nada”, “cambia de instrumento”. Son comentarios que le han acompañado desde pequeña en este ámbito. Alta presencia de humillación y sentirse pequeña frente a figuras educativas.

La sesión 3 gira en torno a ese sentirse pequeña. Cómo es para ella, mucha tristeza, miedo, vergüenza y sentirse como escondida. La postura que asocia a ello es encogida, como estar doblada hacia dentro. Es una sensación que manifiesta tener muy presente en su día a día. “Bueno es que soy un poco así y no tomo las decisiones”. Ha hecho listas de pros y contras para decidir sobre su relación, pero ella misma manifiesta que sabe que las falsea y le da miedo seguir así. Solo pone cualidades buenas de él en



los pros (inteligente, sabio, maduro...) pero no pone ningún foco en sus necesidades emocionales. Le cuesta soltar y el sentimiento frente a él es muy conocido.

Su novio le ha dicho muchas veces que entiende que ella tenga otras necesidades que él no puede satisfacer en este momento y que se sienta libre para dejar la relación, pero se ve incapaz de hacerlo. Se habló mucho de la sobreadaptación a distintos entornos y personas, esa “máscara” (social) que oculta sus inseguridades. Sentimiento de inferioridad frente a su pareja porque es “muy inteligente y sabio”.

De nuevo la supervivencia, sobreadaptación (se auto abraza) mientras habla de ello. Ambientes hostiles, laborales, académicos y de conservatorio a los que se ha tenido que adaptar “sí o sí”.

Los marcadores son de comienzo de la terapia, asuntos no resueltos con padres y profesores (una en concreto) de la academia musical y de no sentirse acompañada o vista por su pareja. Las tareas asociadas y puestas en práctica fueron sintonización y exploración empática, afirmación empática de la tristeza, conjetura acerca de las expectativas de cada uno en la relación y la validación de sus necesidades dentro de esta. Tras evocar, validación de los sentimientos vinculados a sus experiencias pasadas de exigencia, muy importante para ella y que elaboraba conectando con ellas. Se le preguntaba siempre la ubicación y descripción corporal de las emociones que presentaba o nombraba.

Respecto a la sesión 7, mediante evocación sistemática y afirmación empática de la vulnerabilidad se trabajó poco a poco, sobre todo en la elaboración de los asuntos familiares no resueltos, no solo está la crítica por parte del padre sino también ese ocultismo y silencio alrededor de la problemática (depresión con autolesiones) de su hermana. Ese sufrimiento de ver que algo pasa pero que no se habla ni hay un espacio para su comprensión o expresión. Se trabajó, también, compartiendo contratransferencia a nivel empatía corporal conectando con el cuerpo cada vez que había emociones más activas, para conocer dónde se manifiestan (los nervios en la tripa y en los dedos, esa angustia de no saber qué hacer) y aumentar la consciencia emocional.

Sesión IV: Un crítico claro.

Lo clave de esta sesión es la aparición de la sensación de vértigo cuando tiene que tomar una decisión o actuar por adelantado (inesperado), y lo que se le viene a la mente. La sensación de vértigo la identifica como miedo.

En ese momento se paró para conectar con la emoción a modo de *focusing*. Para evocar más la emoción se verbalizan frases que ella ha manifestado a lo largo de la sesión o en línea de lo que estaba describiendo: “Qué peligro, ¿y si fallo?”, pero ella para y se da cuenta de que no es el miedo al qué pasará si no, que directamente, no puede fallar (“no falles”). En ese momento se explora el crítico para evocar la emoción más ajustadamente “no falles si no serás una fracasada”, “cuidado con decepcionar a los demás”, “ni se te ocurra dar un paso en falso”, “déjate de cambios, aprende a estar con lo que tienes”, “demuestra que puedes con esto”. La paciente conecta con la emoción y se para a escucharla.

Se fomentó mucho la conexión de la paciente con la emoción presente utilizando conjeturas y exploraciones para ponerle palabras a lo que siente para poder procesarlo y evocación con presencia y tono de voz acorde, lenguaje en primera persona y haciendo alusión al cuerpo.

Sesión V: Diálogo de sillas.

En esta sesión se trabajó principalmente el crítico interno mediante la tarea TFE del diálogo de sillas frente al marcador de escisión autoevaluativa (autocrítica). La paciente conectó bastante bien con el ejercicio propuesto. Se evocaron las emociones a lo largo de la tarea, afinando en el contenido de sus críticas (“no estás en ese nivel”, “eres decepcionante”, “qué inepta”, “no encajas”, “la estás cagando”), señalando y observando el daño que hace el crítico al *self* y poco a poco ir integrando hasta el acuerdo entre partes al que llegaron a modo de cierre. Fue un acuerdo muy vinculado a la necesidad de espacio, a lo cual cedió el crítico “vamos a probar, trataré de darte una tregua”, llegando a un nivel medio de resolución en este punto.

Sesión VI: Las emociones y valores como guía interna.

En la sesión 6 a raíz de la forma de actuar de una amiga frente a su asistencia o no a una quedada por autocuidado se cuestiona sus propias formas de acción y cómo ve las de su amiga, todo ello, termina derivando en sus convicciones y valores por los que



se guía por su historia de vida. La sesión gira alrededor de su guía interna y lo bien que sienta cuando la escucha. Sus valores de generosidad, compromiso, paciencia, creatividad, disciplina y perseverancia le han ayudado y le gustan y se siente coherente actuando desde ellos (sentimiento de seguridad y solidez), pero sí que hizo *click* también con el tema de escuchar sus necesidades “valoro el compromiso si he quedado con alguien y eso me fastidia que cancele a horas, pero, es verdad que si estoy cansada poder decirlo para sentirme cómoda es algo que en verdad sí que me gusta de ella”.

También se llevó a cabo cierta psicoeducación y conjeturas en lo que engloba a las expectativas, alta exigencia y sentimiento de inferioridad frente a diferentes escenarios que describe del entorno laboral (musical) y relacional. En esta sesión ya se vio cierto cambio respecto a lo que a la expresión del crítico refiere, manifestando menos severidad, pero todavía con cuestiones al respecto presentes.

Sesión X: Visualización de la vulnerabilidad.

En esta sesión se trabajó principalmente el que viese sus propias necesidades y el sufrimiento que presenta porque no están siendo escuchadas ni vistas. La paciente manifestaba “soy incapaz de tomar la decisión respecto a mi pareja”, “no digo lo que pienso y estoy incómoda”, “es muy desagradable mi conformismo”. Frente al marcador de incapacidad de tolerar estados emocionales dolorosos y desesperación por una necesidad existencial no honrada o satisfecha, se utilizó una visualización de su “yo vulnerable” frente a las necesidades no vistas ni atendidas, en su caso, muy vinculadas a la niña interior. Afirmación empática de la vulnerabilidad por dolor primario (“me siento sola, insuficiente, vacía y sin luz...no queda nada en mí” “estoy sin ilusión y apagada...casi por completo” reformulando frases que ella misma manifestaba en esta línea. Se llevó a cabo la tarea de autoconsuelo compasivo dentro de la visualización hacia sí misma. La paciente entraba en estado de vulnerabilidad que estaba alterando su experiencia, por eso se iba validando todo lo que emergía en ella. Sintió su propio autoacompañamiento.

Sesión XI: Hay más allá.

A esta sesión acude tras un fin de semana fuera por la boda de una amiga. Esto parece hacerla ver que hay vida más allá, de una forma conectada con una misma y los demás fuera de su relación, conectó con amigos de la novia, con sus amigos de siempre y estuvo ligando con un chico allí desde una horizontalidad relacional y experimentó las



diferencias con lo que tiene. Se trabajó la confianza, la consciencia y la conexión sobre sí misma a lo largo de la sesión, sobre todo, alrededor del tema de la boda y sus experiencias allí y de lo que ha implicado para ella a nivel consigo misma y darse cuenta de qué quiere y qué no quiere en su vida. De hecho, ya, tras la visualización de la décima sesión vio claro dejar a su pareja al contactar con sus necesidades y, tras la boda, en esta sesión manifiesta que ya es hora y que le toca soltar la relación, no porque sea mala persona su novio, sino por ella, no le aporta lo que ella busca y emocionalmente cuidarse.

Es difícil para ella el momento de dejarle y se habló también el cómo ella lo siente y si lo tiene de alguna manera planeado y qué emociones pueden aparecer, normalizando cualquier emoción de tristeza, culpa o cualquier otra en ese escenario para que no se ponga tanta presión. Se llevó a cabo mucha validación y afirmación empática frente a su enfado y tristeza, pues presenta cierta vergüenza hacia sus emociones. Además, simbolización y guía de proceso frente a la regulación y alguna conjetura vinculada a los sentimientos de dificultad para soltar que tiene presentes y es consciente, aunque sienta que es coherente consigo misma.

Sesión XII: Puesta en acción.

Una sesión protagonizada por la ruptura con su novio. Se validó y reforzó la valentía de tomar la decisión, tan importante para ella, de haber actuado en base a sus necesidades en cuanto a la relación y la nueva visión que parece habérsela abierto del mundo. Tenía sentimientos de liberación frente a este nuevo momento para ella, pero también tristeza porque no es que tenga sentimientos negativos hacia él, sino que, no podía satisfacer sus necesidades y no estaba a gusto a pesar de las conversaciones o diálogo de su situación con él. Micromarcadores presentes de vergüenza, de ahí la validación y afirmación empática de las primarias adaptativas de tristeza y enfado.

Sesión XIV: Valorando los cambios percibidos.

La sesión giró alrededor de los cambios que experimenta en la actualidad la paciente y el bienestar que presenta, se la ve más tranquila, menos tensión, en equilibrio y más segura de sí misma. “Estoy en mi etapa zen”, “me encuentro a gusto, tranquila. Me han aceptado también en el programa de doctorado y estoy comenzando a tener tutorías de TFM del máster que estoy terminando”, “siento que, en clases, como profesora estoy más tranquila, relativizo”. Si algún alumno atiende o no es su movida,



yo vengo doy mi clase lo mejor que he podido preparármela y me vuelvo tranquila y si he quedado después voy con mucha paz”. “Me he dado cuenta que yo puedo hacer lo mío, pero no puedo controlarlo todo”. La paciente pidió ayuda para uno de sus proyectos y sintió alivio porque era algo que necesitaba y que en otro momento no hubiera pedido por hacerlo por sí misma. “Siento que ha habido un *click* en mí”. “Me he quitado el foco extraño de mi relación”. Trabajo con validación, afirmación y conjetura empática.

Sesión XV: Consciencia emocional. Focusing.

En esta sesión se llevó a cabo focusing de seis pasos con sonda. La paciente llega con un sentimiento poco claro (marcador) respecto a su estado emocional y se la invita a pararse en las sensaciones corporales y lo que hay presente en este momento para ir viendo cómo es (tarea: focusing) con sintonización empática. Van emergiendo diferentes sensaciones en la garganta, la lengua, mandíbula, cierto hormigueo en la tripa y observando, evocando, simbolizando y estableciendo diálogo se fueron transformando o reubicándose al escucharlos. Emergió un conflicto entre una parte que critica y tensiona y otra que necesita espacio y tiempo para poder accionar de manera libre. La sonda escogida por la paciente para focusing fue “estoy bien tal y como soy”. Pareció conectar muy bien con la propuesta y dijo haberla servido, corporalmente salió con una sensación de menor tensión, como más integrada describía.

Sesión XVI: Diálogo de sillas.

Se trabajó frente al marcador de crítico interno mediante el diálogo de sillas (escisión autoevaluativa) el crítico, vinculado en este momento al ámbito profesional de tocar perfecto en los conciertos. A ello se le sumó un ejercicio de psicodrama o más de corte gestáltico para, de manera simbólica, romper con un cojín la barrera que separaba a las dos partes que estaban en resignación frente a la historia de experiencias que la han hecho sentirse inútil e insuficiente y que, al acumularse, impiden la comunicación entre ambas. “No me puede suponer esto”, “atacada de los nervios”, “no eres capaz de hacerlo” y le genera taquicardia y aceleración de la respiración. “Esto no es normal”. Es una voz interna de “no te olvides”, “cuidado no la cagues”, “no te va a salir”, “llevo semanas estudiando y me parece difícil, casi imposible”. Parece que el crítico estaba muy cerrado en cuanto a la escucha frente al *self*.



La paciente simbolizaba una barrera o muralla entre ambas, es por esto el ejercicio para romperla conectando con el enfado. A través de ella pudo conectar o romper al menos parte de esa barrera para establecer cierto diálogo entre ambas. La tarea se cerró con el único acuerdo de comunicarse entre ambas, no tanto de cesión de espacio, pero sí de más apertura para dialogar e ir comunicándose. Alcanzando un nivel medio de resolución casi completo por la llegada negociación en aspectos prácticos.

Sesión XVII, XVIII, XIX y XX: Diferente.

Las siguientes sesiones reflejaban en la paciente un cambio en su relación consigo misma, escuchando sus emociones y necesidades, una actitud menos rígida y más compasiva consigo misma. Esto se veía en su forma de estar en sesión, destensada y menos crítica hacia sí misma o sin elevado cuestionamiento, en las experiencias que contaba y su forma de lidiar con ellas.

Ya en la sesión XVII se le ve visiblemente más activa y agente de su vida explorando nuevas relaciones desde la sinceridad y conectada con sus emociones y necesidades. Conoce a otros chicos conectando desde lo que necesita ahora y le va encajando, con sus amistades se siente más libre y sale más con estas, respecto al trabajo parece estar colocándose desde otro lugar. Parece estar dejando algo de lado la parte musical siendo consciente de lo que depende de ella y lo que no y, respecto al pilates, dice estar no exigiéndose más allá de prepararse la clase como ha podido en el tiempo que ha tenido y ve que va bien y está cómoda así.

La sesión XVIII continúa y se mantiene en esta nueva forma de ser y estar, pudiendo estar para los demás, que pueden necesitarla, desde lo que ella puede ofrecer y sin verse inmersa dejando su necesidad de lado. Refleja más decisión a la hora de escoger entre alternativas sin alta rumiación, sino a través de aquello que le puede sentar bien y le encaja emocionalmente, mirando su estado y necesidad personal. “Si estoy con alguien quiero estar participando”.

En cuanto a la sesión XIX persiste esta notable mejora. Lleva a cabo sus hobbies, se cuida y lo disfruta (leer, pasear, cocinar, ver paisajes y pasar tiempo con sus gatos), aunque tenga proyectos en marcha “cada cosa tiene su tiempo” no puede solo dedicarle al trabajo final de máster, sino que “a veces también toca cuidarse”. Está viendo a amigas, en los días festivos se ha permitido descansar y salir, avanzado un poco también en trabajos pendientes, pero está disfrutando de ella misma y sus círculos.



Ya en la sesión XX continúa reduciendo horas de escuela musical como profesora y aumenta las de profesora de pilates. Esta decisión viene por una mejor remuneración y satisfacción vital por el tiempo que gana en el día, los horarios que tiene. Ha tenido seis días de vacaciones sola y ha aprovechado para leer, sofá, estar con sus gatos, tomarse un vino y hacer algo de TFM. Manifiesta el sentimiento de estas dos partes, la que descansa y sale para disfrutar y la que quiere trabajar “no te relajes”. Extraña y confusa. Es algo novedoso el que ambas partes puedan estar en diálogo y que convivan y la permitan estar en cierta paz y descansar si quiere y trabajar si lo requiere. “Parte descanso versus parte organizativa”. Ejercicio de visualización de partes. Describe ir llegando a acuerdos momentáneos del momento presente, a lo mejor van cambiando en función de lo que requiera el mismo por fechas y su estado. A la expectativa con los cambios, reflejando gran apertura. Intervenciones desde la validación empática, conjeturas, afirmaciones empáticas y reflejos.

Sentimientos a nivel vínculo:

En el transcurso del proceso terapéutico de la paciente sentí mucha afinidad entre ambos, lo cual facilitó un espacio terapéutico en el que primaba la confianza y la vulnerabilidad. Dentro del contexto, en ocasiones, al principio, me vi en un rol de cuidador que se entrelazó con sentimientos de cierta exigencia frente a mí, como desafiado, pero, al mismo tiempo, reconfortado por la solidez de nuestra alianza terapéutica. Esto se puede ver reflejado en la constancia y continua asistencia de la paciente a las sesiones semanales, reflejando buena adherencia al tratamiento. Denota una alta motivación y proactividad para trabajar en sí misma y su proceso.

10. Resultados del tratamiento

Los resultados obtenidos de las evaluaciones inicial y final quedan reflejados en los siguientes gráficos, representando así, de manera gráfica, los cambios o variaciones percibidas en las distintas variables medidas a nivel cuantitativo.

A nivel autocompasión, medida mediante la Escala de Autocompasión (SCS) FIG 1. se obtuvieron grandes cambios a nivel cuantitativo, pues se produjo una inversión respecto a las puntuaciones asociadas a aspectos positivos y negativos de la variable. Es decir, se obtuvieron en la evaluación final mejores puntuaciones, de manera

significativa en los aspectos positivos de la variable y menores puntuaciones vinculadas a los negativos. Sumado a ello, una puntuación total de autocompasión mayor (de 2.51 a superar el 3.28). De una “poca autocompasión” incrementó a una “autocompasión moderada”, lo cual refleja mejor relación consigo misma. Esto se ve reflejado también cualitativamente en la forma de expresarse y actuar de la paciente al final del proceso.

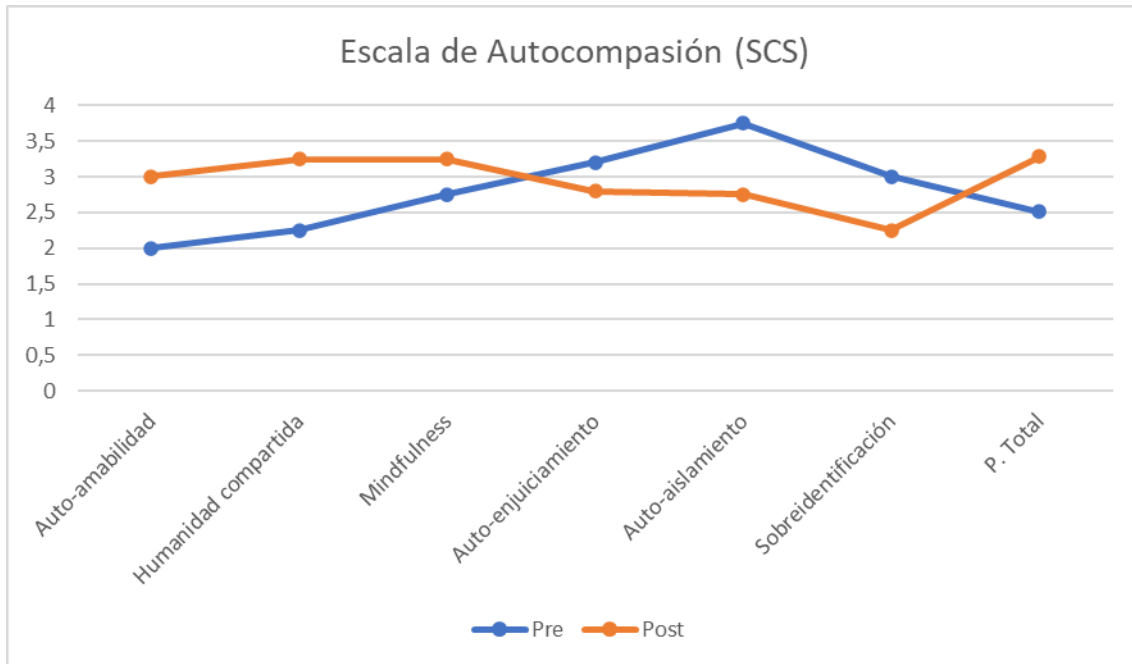


FIG 1. Resultados pre- post Escala de Autocompasión (SCS).

Respecto a la autoestima, medida mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2004), se puede apreciar un incremento en la puntuación total de esta. FIG 2. La puntuación inicial de 23 denota una autoestima baja con problemas significativos, la cual experimenta un incremento en la evaluación final a 30, considerada una “autoestima elevada” o más normalizada como saludable. En las tres divisiones de alta, media y baja, en su caso, ha pasado de baja a alta a lo largo de estos meses de proceso.

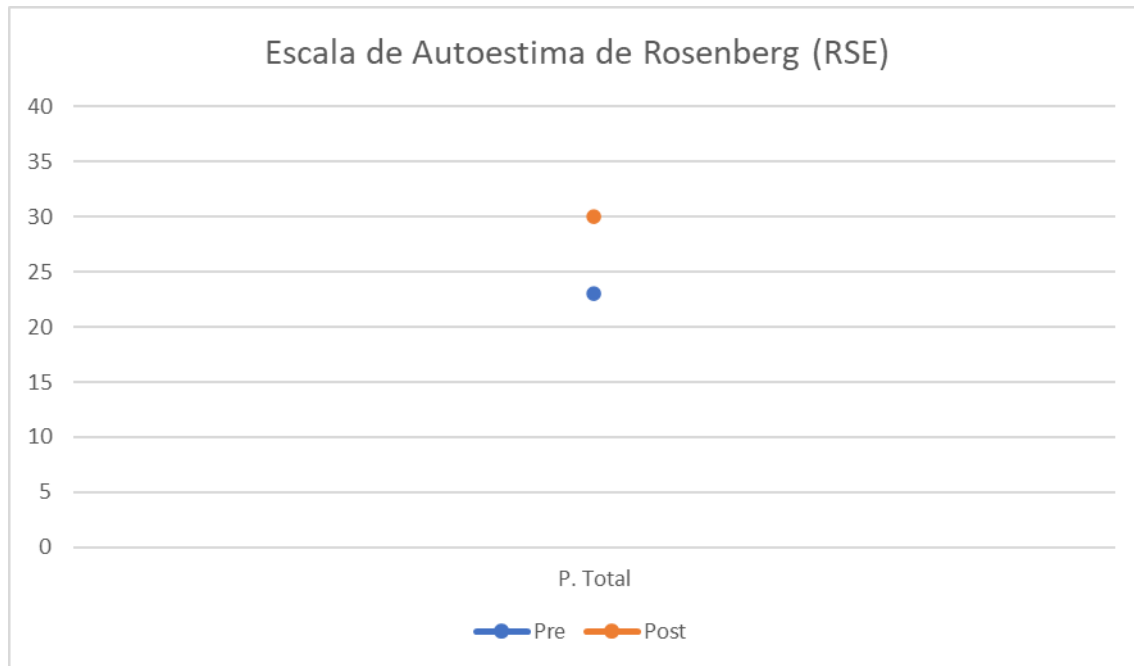


FIG 2. Resultados pre- post Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).

En los niveles de autocrítica, puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Autocrítica (LOSC). FIG 3. Se obtuvo una reducción en ambas subescalas, pasando de unos niveles altos de ambos, en CSC (*Comparative Self-Criticism*) 41 y 55 en ISC (*Internalized Self-Criticism*) a unos niveles considerados más moderados, aunque significativos de los mismos ISC: 38 y CSC:39, siendo más significativo el cambio en la subescala ISC, vinculada a la evaluación negativa de uno mismo basada en estándares internos. Esta, al haberse trabajado mucho su historia, autoconcepto, autoconocimiento emocional y haber ganado agencia en su toma de decisiones parece haber mejorado la percepción de sí misma, flexibilizando sus elevadas expectativas. Por otro lado, respecto al CSC, vinculada a autocrítica basada en la comparación de corte desfavorable frente a los demás, ha reducido ligeramente, se encontraba casi en moderada y ahora en moderada. Ello refleja de nuevo cierta mejora en su gestión de la expectativa o comparación, esta vez de corte externa, al haberse centrado en sí misma y en aquello que le pertenece y no escapa de su control.

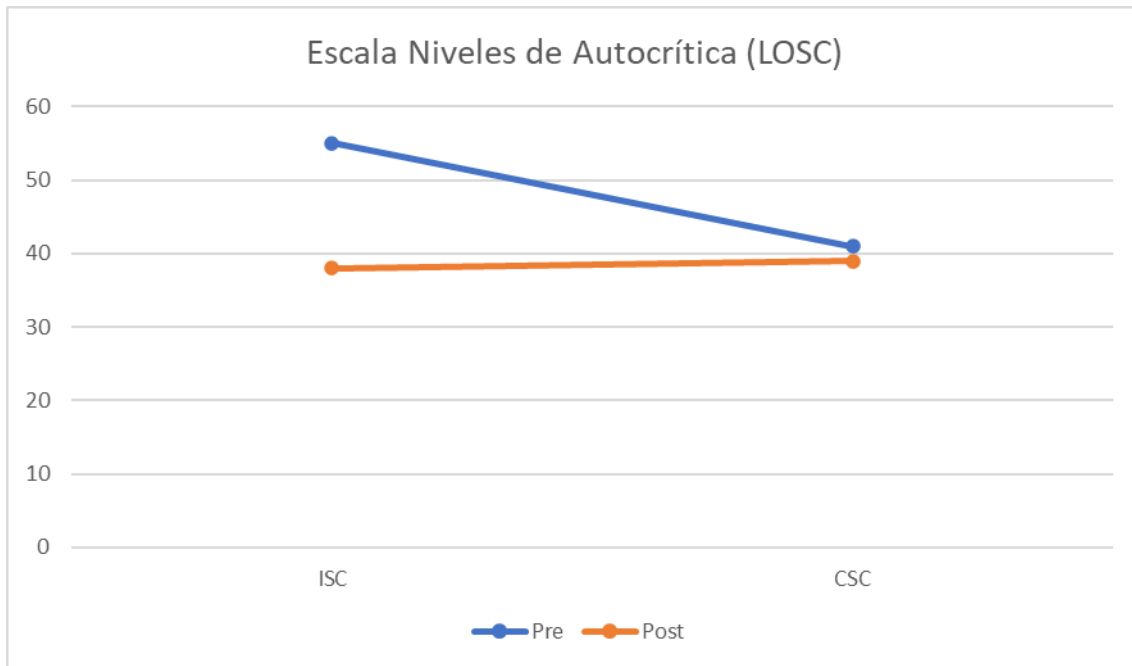


FIG 3. Resultados pre- post Escala Niveles de Autocrítica (LOSC).

La inteligencia emocional percibida por la paciente sobre sí misma. FIG 4. el TMMS-24 indica un claro incremento en la reparación emocional (de 21 a 30, indicando el paso de una baja regulación a una adecuada regulación) probablemente por las herramientas de afrontamiento emocional adquiridas; se refleja un ligero descenso en atención emocional (de 31 a 30, manteniéndose en una adecuada atención respecto a sus emociones) y claridad emocional (de 31 a 29, manteniéndose en una adecuada comprensión emocional).

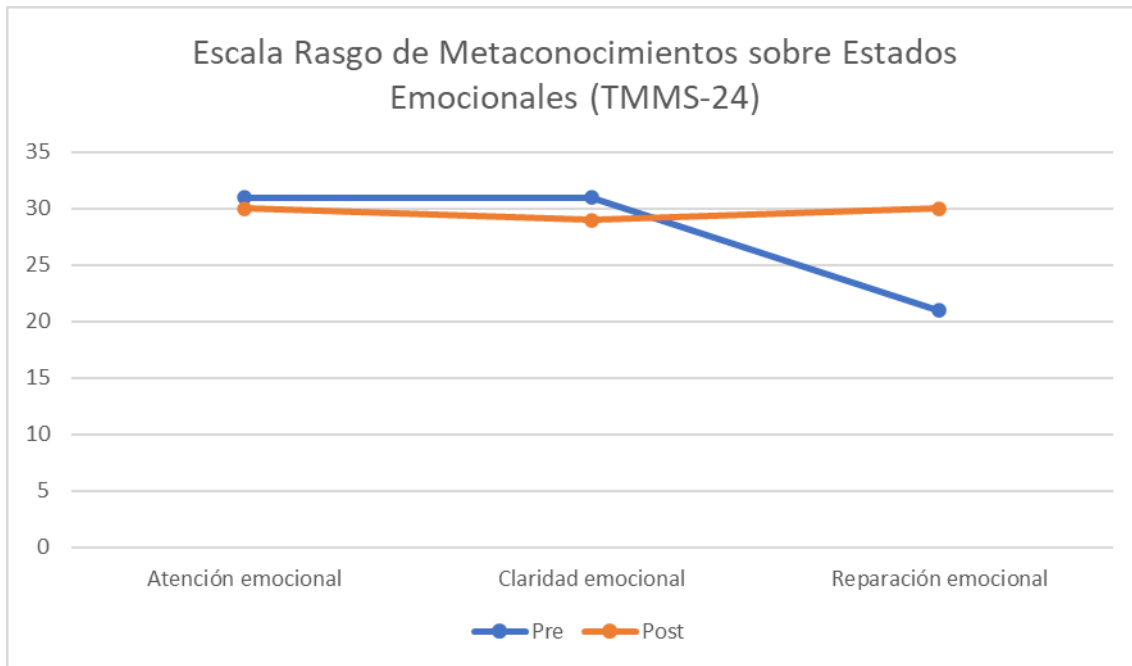


FIG 4. Resultados pre- post Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24).

Por último, respecto a la variable perfeccionismo, la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS), FIG 5, refleja a nivel puntuación total un decrecimiento de 95 a 86 del pre al post, reflejando el cambio de un alto perfeccionismo a un perfeccionismo moderado en base a los percentiles presentes para cada uno. En cuanto a la concreción de cada una de las subescalas, la preocupación por los errores y dudas sobre las acciones refiere haber pasado de elevada (45) a moderada (37), la subescala de organización, al igual que los estándares personales, han experimentado un decrecimiento (de 28 a 26 y de 31 a 28 respectivamente), a pesar de seguir manteniéndose en elevado rango. El aumento se produjo en la percepción de críticas parentales, estando el pre en niveles bajos (19) y el post (21) en niveles moderados de la misma, probablemente tras la elaboración de sus experiencias en su desarrollo familiar.

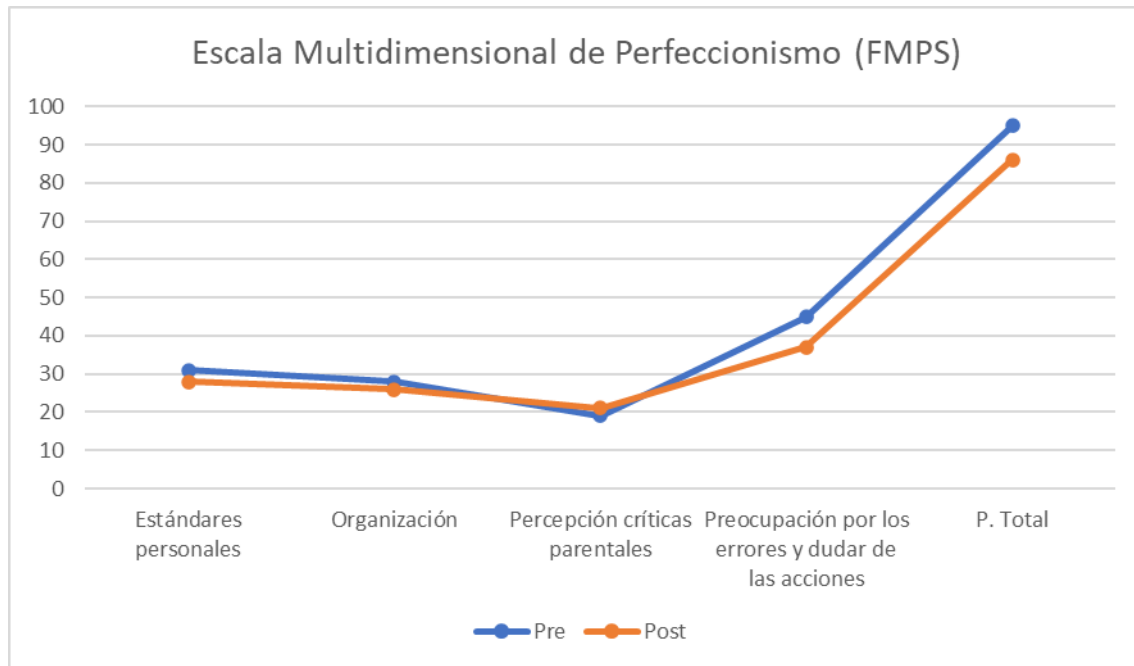


FIG 5. Resultados pre- post Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS).

A nivel cualitativo, puede apreciarse que va muy acompañado con lo obtenido en las pruebas, es decir, se podía apreciar a una persona más compasiva consigo misma, menos dura y crítica, aunque presente en elementos concretos de un trabajo que ya está dejando cada vez más de lado. Conoce y comprende su historia, respeta su autocuidado y toma decisiones en base a lo que siente y sus necesidades sintiéndose de una manera más coherente consigo misma. Sigue teniendo momentos de crítico, pero confía en la comunicación entre partes, la que es más compasiva con la que critica y eso la tranquiliza, pues tiende a funcionarla. Conoce mayormente sus emociones y refleja una gestión más saludable de estas.

La paciente así lo describe, que siente, ya al final del proceso, que se mueve bien y se maneja tomando sus propias decisiones y con mayor apertura sin sobre pensar como hacía antes con elevada rumiación. Es consciente que podría seguir viniendo a trabajar aspectos vinculados al crítico que pueden persistir en cierta medida (se la reforzó esta honestidad) pero que ahora mismo en el momento en el que está siente que así se encuentra agradable y que se maneja de manera independiente. Sobre todo, destaca la sensación de mayor apertura frente a sus experiencias confiando más en sus acciones.

11. Discusión

En el presente caso se han podido observar diferentes cambios vinculados a la forma de relacionarse consigo misma y en el procesamiento de las emociones con capacidad de dotarlas de significación. La paciente ha pasado a tener más presentes las emociones primarias adaptativas desde las que se mueve para identificar y honrar sus necesidades para sentirse valiosa, vista, válida y querida en relación consigo misma y respecto a los demás.

Los resultados obtenidos han cumplido con lo hipotetizado en tanto que se han abordado los objetivos planteados en el número de sesiones disponibles y el tratamiento ha reflejado los efectos esperados en cierta medida. Es importante, con ello, destacar cómo la paciente ha favorecido el proceso por su actitud abierta frente al trabajo terapéutico en las sesiones y sus ganas, interés y empeño en el proceso. Además, partía de un estado inicial saludable, con una serie de emociones secundarias que, en su caso, identificaba ella misma, mínima presencia de autointerrupción, algún sentimiento poco claro y un crítico claro que tenía como objetivo trabajar. Sumado a ello, la paciente contaba con gran capacidad para la introspección, lo que se reflejaba en su autoconocimiento y capacidad de elaboración o profundización en aquellos temas de importancia significativa para ella en las veinte sesiones llevadas a cabo.

El trabajo terapéutico ha consistido en la exploración de los esquemas emocionales subyacentes para trabajar desde ahí y el procesamiento de las emociones que no habían logrado emerger, permitirse y expresar, lo cual ha cambiado cómo la paciente funciona intra e interpersonalmente desde una flexibilización del crítico interno (Greenberg et al., 1996; Greenberg y Elliot, 2006) y una mayor autocompasión (Gilbert, 2009).

Mediante tareas activas como el diálogo de sillas frente al marcador de escisión autoevaluativa del *self*, llegando a resoluciones medias, o tareas experienciales como focusing frente a un sentimiento poco claro. Sumado a ello, tareas basadas en la empatía como la exploración o afirmación empática (Jodar y Caro, 2023) han sido desde las cuales, principalmente, se ha llevado la línea de trabajo con la paciente descrita para el caso.

Todos estos cambios quedan reflejados en la transformación expresada y visible en su actitud, comportamiento, experiencia interna y, paralelamente, externa, desde la diferenciación, identificación y comprensión de las emociones que presenta su experiencia. Todo ello, también reflejado en la evaluación cuantitativa con distintas puntuaciones favorables pre y post respecto a la autocrítica, autocompasión, perfeccionismo, inteligencia emocional y autoestima.

En cuanto a la autoestima, este proceso de cambio puede vincularse con cómo la vergüenza desadaptativa puede transformarse desde el acceso al enfado y a la compasión o sentimientos reconfortantes (Greenberg et al., 2015) como se ha trabajado, lo cual puede fomentar la flexibilización del crítico, emerger orgullo y dotar a la persona de más amabilidad hacia sí misma. Por otro lado, muy vinculado al perfeccionismo, al rebajar crítico mediante las tareas y aumentando la autocompasión de la misma forma, la vergüenza desadaptativa que subyace a esta reacción exigente (Thomas y Bigatti, 2020) logra transformarse, desapareciendo, en su caso en gran medida, ese miedo a sentirse avergonzada que la bloquea o la lleva a sobreesfuerzos. En cuanto a la inteligencia emocional percibida, lo más llamativo es el aumento en los niveles de reparación emocional, lo cual podría ser por el trabajo en la identificación, comprensión y, con ello, la atención a la necesidad detrás de la emoción, lo cual permite atenderlas, honrándolas, potenciando la resiliencia de la persona (Greenberg et al., 2015).

El caso ha sido organizado y enfocado desde el seguimiento del modelo humanista en Terapia Focalizada en la Emoción, con un gran énfasis también en la parte de autocompasión desde la tarea de autoconsuelo compasivo, regulando su sistema, por la relevancia de este aspecto en el caso (Gilbert, 2014). Todo ello, con el objetivo de fomentar actitudes más agradables y adaptativas de la paciente hacia sí misma, reduciendo así sus niveles de crítica, también para poder funcionar desde sus emociones primarias adaptativas y no desadaptativas o secundarias. Pues ello la mantiene en el perfeccionismo y autoexigencia que tanto desgaste y parálisis decisional la genera, quedando fuera sus necesidades y guía interna viéndose impasible frente a su capacidad de acción.

Este presente estudio de caso muestra la efectividad de la terapia focalizada en la emoción con gran énfasis en autocompasión frente a una paciente con elevado crítico interno. Para poder llevar a cabo una comparación respecto a la funcionalidad de la

terapia sería necesario el uso o su aplicación sobre una muestra compuesta de diferentes sujetos que compartan similitud sintomatológica con la presente y una intervención ajustada, similar o aproximada a la aplicada. Pues no se puede llevar a cabo una generalización de los resultados obtenidos en una única paciente.

Podría ser interesante el controlar también algo más la recogida de datos, pues hubo terapeutas presentes en el momento y pueden haber influido numerosos factores. Hubiera sido interesante el evaluar de manera cuantitativa, pues cualitativamente expresó la confianza en la buena alianza, pero por corroborar o sumar a este hecho cuantitativamente. Sería interesante ver el contraste, a nivel resultados, desde un profesional terapeuta TFE con años de experiencia, para ver los diferentes avances que podrían emerger. Esto daría una mayor aproximación y profundización en cuanto a cambios.

Otra limitación, podría ser, la falta de observadores ajenos que viesan desde fuera lo sucedido en el proceso, trabajo terapéutico y productividad (sesgo del investigador), también, la falta de control experimental en tanto que no se pueden controlar determinadas variables externas que pueden afectar a los resultados y la dificultad del estudio en su replicabilidad.

Los aspectos fuertes fueron el contar con supervisores a lo largo del proceso terapéutico con la paciente, ambos coterapeutas cuentan con conocimientos de la psicoterapia humanista e importante la continuidad adquirida del proceso, dándose semanalmente sumando conexión, alianza y trabajo. Sumado a ello, la existencia de un espacio para ella, al final del proceso, en el que pudo expresar su nivel de satisfacción y *feedback* personal sobre el tratamiento y terapeutas, además de los resultados obtenidos.

Se puede intuir que la intervención puede ser considerada exitosa en este punto en el que se lleva a cabo la evaluación final, lo cual suma a la evidencia de un tratamiento basado en Terapia Focalizada en la Emoción y que hace cierto hincapié en autocompasión por el caso, lo cual ha demostrado beneficios.

A futuro, serían interesantes estudios que evaluaran la eficacia del tratamiento a largo plazo también, para así poder ver el nivel de sostén o duración de los efectos terapéuticos. Estudios comparativos desde distintos enfoques frente a pacientes con similitudes muy próximas en cuanto a sintomatología y esquema emocional para ver diferencias en los resultados sobre problemáticas concretas, sería de gran interés en el

campo. Esto ayudaría a adecuar la aproximación hacia las mismas. Estudios de exploración sobre mecanismos concretos que hayan podido facilitar el cambio para determinar las claves de cada tratamiento, sumarían también conocimientos prácticos y concretos sobre los casos y problemáticas abordadas.

12. Bibliografía

Araya, C., y Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78.

Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Pratt, E. M., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2013). The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 316-321.

Caro, C., y Hornillos, T. (2015). La tarea de auto-consuelo compasivo en terapia focalizada en la emoción. *Acción Psicológica*, 12(2), 73-94.

Carrasco, Á., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y modificación de Conducta*, 35(152).

Elliott, R., y Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241-254.

Elliott, R., y Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-experiential psychotherapy in practice: Emotion-focused therapy. *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, 106-120.

Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. *EG Fernández-Abascal, MP Jiménez y MD Martín (Coor.). Motivación y emoción. La adaptación humana*, 369-393.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M., y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 209-228.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4.

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. En P. Gilbert y B. Andrews (Eds.) *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (3–36). New York, NY: Oxford University Press.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.

Gilbert, P. (2014). *Terapia centrada en la compasión*. Editorial Desclée de Brouwer.

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Caro, C. (2016). FORMULACIÓN DE CASO EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: DEL TRABAJO CON MARCADORES Y LA FACILITACIÓN DEL PROCESO, A LA CO-CREACIÓN DE UN FOCO TERAPÉUTICO. *Revista de psicoterapia*, 27(104).

Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. *Washington, DC: American Psychological Association*.

Greenberg, L. S. (2004). Emotion special issue. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 1-2.

Greenberg, L., y Elliott, R. (2006). TERAPIA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES: UNA INTRODUCCIÓN 2 3. *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*, 113.

Greenberg, L. S., Elliott, R., y Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5(1-19).

Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.

Fekih-Romdhane, F., Sawma, T., Obeid, S., y Hallit, S. (2023). Self-critical perfectionism mediates the relationship between self-esteem and satisfaction with life in



Lebanese university students. *BMC psychology*, 11(1), 4.
<https://doi.org/10.1186/s40359-023-01040-6>

Jodar, R., y Caro, C. (2023). *Manual Práctico de Terapia Focalizada en la Emoción*. Desclée de Brouwer.

Kolts, R. L., y Hayes, S. C. (2020). *Manual clínico de terapia centrada en la compasión*. Desclée De Brouwer.

Leaviss, J., y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., y Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1301-1326.

López Cavada, C. (2020). Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción.

Petrocchi, N., Di Bello, M., Cheli, S., y Ottaviani, C. (2022). Compassion focused therapy and the body. *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications*.

Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: My Therapeutic Technique*.

Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Saklofske, D. H., Stoeber, J., y Benoit, A. (2019). Perfectionism and the five-factor model of personality: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 367-390.

Thomas, M., y Bigatti, S. (2020). Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *International journal of medical education*, 11, 201.

Thompson, M., y Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255

Villegas i Besora, M. (1986). La psicología humanística: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 1986, vol. 1, num. 34, p. 7-45.

Zalbidea, M. A., Carpintero, H., y Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.