



Abordaje de la voz crítica desde la TFE

Autora: Lucía Hierro Fernández

Tutora: Sofía Rademaker Martín-Municio

Máster en Psicología General Sanitaria
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Madrid
Mayo de 2025

Resumen

El presente estudio muestra un estudio de caso centrado en la intervención de la crítica interna a partir de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). El caso seleccionado fue una mujer joven con un elevado nivel de crítica interna y de ansiedad, con problemas graves de autoestima y la presencia de algunas habilidades de regulación emocional. El tratamiento realizado duró 13 sesiones, empleando intervenciones y tareas propuestas por la TFE para la resolución del conflicto entre la crítica interna y la parte experiencial, la profundización y detección sobre el origen de la crítica interna, la detección y resolución del conflicto con la figura significativa y el aumento de la consciencia sobre los esquemas desadaptativos presentes. Alcanzando al final del tratamiento un incremento del nivel experiencial y de la consciencia en relación a sus heridas nucleares y las formas de autotratamiento que están presentes para tratar el dolor emocional. No obstante, debido a las limitaciones encontradas, no se logró una mejoría en la sintomatología ansiosa, ni en los niveles de autocritica y autoestima. Siendo un caso que ilustra el impacto de la crítica interna en la construcción del self y coincide con la literatura sobre el origen de esta y la dificultad que guarda en los procesos terapéuticos. Enfatizando la potencia de la TFE a la hora de aumentar la consciencia emocional, uno de los principios básicos para alcanzar la transformación emocional.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, estudio de caso, crítica interna, autoestima, consciencia emocional, dolores primarios.

Abstract

The present study shows a case study focused on the intervention of inner critic using Emotion Focused Therapy (EFT). The selected case was a young woman with a high level of internal criticism and anxiety, with severe self-esteem problems and the presence of some emotional regulation skills. The treatment lasted 13 sessions, using interventions and tasks proposed by EFT for the resolution of the conflict between the inner critic and the experiential part, the deepening and detection of the origin of the inner critic, the detection and resolution of the conflict with the significant figure and the increase of awareness of the maladaptive schemas present. Reaching at the end of the treatment an increased experiential level and awareness of their nuclear wounds and the forms of self-treatment that are present to deal with the emotional pain. However, due to the limitations encountered, there was no improvement in anxious

symptomatology, nor in levels of self-criticism and self-esteem. It is a case that illustrates the impact of internal criticism in the construction of the self and coincides with the literature on the origin of this and the difficulty it poses in therapeutic processes. Emphasising the power of EFT in increasing emotional awareness, one of the basic principles for achieving emotional transformation.

Keywords: Emotion Focused Therapy, case study, inner critic, self-esteem, emotional awareness, primary pain.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1.La autocrítica o voz crítica.....	5
1.2.La Terapia Focalizada en la Emoción.....	9
1.3.La Terapia Focalizada en la Emoción y la voz crítica.....	12
1.4.Los objetivos del estudio e hipótesis.....	14
2. Diseño.....	15
3. Metodología de evaluación.....	16
4. Presentación del caso.....	19
5. Antecedentes.....	20
5.1. Antecedentes familiares.....	20
5.1.1. Relación materna.....	20
5.1.2. Relación paterna.....	21
5.1.3. Relación con los hermanos y estructura familiar.....	21
5.2. Antecedentes sentimentales y relación con su hijo.....	22
5.3. Antecedentes laborales.....	23
5.4. Antecedentes sociales.....	24
6. Evaluación inicial.....	24
7. Formulación del caso.....	27
8. Tratamiento.....	33
9. Resultado del tratamiento.....	44
9.1. Resultados cualitativos.....	45
9.2. Resultados cuantitativos.....	46
10. Discusión.....	53
11. Referencias.....	57
12. Anexos.....	63
Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética.....	63

1. Introducción

El presente trabajo trata de mostrar, analizar y explicar, a través del estudio de caso, el proceso terapéutico aplicado a una paciente. Señalando las dificultades experimentadas, el tratamiento aplicado, los resultados y conclusiones obtenidas. Tratando de aportar más información sobre los desafíos que se pueden encontrar en la práctica clínica y ampliar la efectividad clínica de intervenciones empíricamente validadas (Drotar, 2009).

El procedimiento terapéutico realizado presenta una corriente humanista, teniendo un enfoque basado principalmente en la Terapia Focalizada en la Emoción de Leslie Greenberg, teniendo como referencia el Manual Práctico de la Terapia Focalizada en la Emoción de Rafael Jódar Anchía y Ciro Caro García (2023).

La paciente seleccionada para el estudio de caso es una mujer joven, la cual acude a consulta por una falta de regulación emocional, la presencia de heridas emocionales del pasado y de una voz crítica que disminuye su sensación de valía personal, la genera culpa y bloquea el surgimiento de las emociones primarias adaptativas. Además de estar experimentando en este momento de su vida ciertos eventos estresantes que la desestabilizan a nivel emocional aún más. Las dificultades que presenta la paciente K son procesos generadores de dificultad psicosocial, fuentes emocionales de trastornos, como explica Jódar y Caro (2023). Y la TFE propone para estos procesos diferentes tareas terapéuticas asentadas en fundamentos teóricos del cambio emocional. Es por ello por lo que se considera este enfoque como válido para el caso seleccionado. El presente estudio de caso es de interés para la divulgación científica ya que a través de él se ilustra cómo las formas de regulación emocional y el tipo de autotratamiento, como es la autocrítica, se transmiten de una generación a otra. Y cómo la autocrítica puede desencadenar emociones secundarias como la culpa, generando a largo plazo la anulación de la capacidad de toma de decisión, expresión de las necesidades y la disminución de la valía personal. Generando un estado de indefensión que se extiende en las diferentes áreas de la vida.

1.1. La autocrítica o voz crítica

La autocrítica es uno de los objetivos terapéuticos que establecemos con la paciente y uno de los constructos principales que se van a abordar en este trabajo. Es por ello por lo que procedo

a continuación a introducir las bases teóricas que lo sustentan, las implicaciones que tiene en la salud y los tratamientos terapéuticos al respecto.

Actualmente la autocrítica es considerada un constructo transdiagnóstico implicado en el desarrollo de diferentes trastornos psicológicos, como la ansiedad, la depresión, y por tanto, ha aumentado su presencia en la literatura sobre psicopatologías y psicoterapia (Pekin y Güme, 2024). Como indican Pekin y Güme (2024) en su revisión literaria, diferentes autores lo han tratado de conceptualizar, medir y tratar desde diferentes enfoques terapéuticos. Considerando algunos autores, como Blatt et al. (1976), que la autocrítica es un constructo unidimensional, y otros autores, como Thompson y Zuroff (2024), establecen que es un constructo multidimensional. Desarrollándose diferentes instrumentos para medir el constructo (Pekin y Güme, 2024).

Como menciona Pekin y Güme (2024), la conceptualización de la autocrítica en la literatura relacionada con la psicoterapia y la psicopatología comienza en la década de los 70, de la mano de Blatt (1974). Siendo uno de los pioneros en conceptualizar la autocrítica y desarrolla un modelo de depresión integrando la Teoría Psicoanalítica y las Teorías Cognitivo-Evaluativas (Pekin y Güme, 2024). En ese modelo identifican dos tipos de depresión: la depresión anaclítica, asociada con sentimientos de impotencia y debilidad que se generan ante el miedo al abandono, y la depresión introyectiva, asociada con sentimientos de fracaso y culpa al no cumplir las expectativas de los demás (Blatt, 1974; Blatt et al. 1976; Holle y Ingram, 2008; Shahar, 2015, Werner et al. 2019, como se citó en Pekin y Güme, 2024). La depresión anaclítica se conoce también con el nombre de depresión dependiente ya que la persona ante el miedo a ser abandonada, se vuelve dependiente de sus relaciones con los demás. En cambio, la depresión introyectiva se conoce también como depresión autocrítica, generando en la persona conductas perfeccionistas para disminuir la sensación de culpa y fracaso y poder acercarse a sus estándares consigo mismo (Blatt y Homann, 1992; Holle y Ingram, 2008)

Más adelante, Beck (1996) desarrolla el modelo cognitivo de la depresión, postulando tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. En el primer componente de la tríada cognitiva se encuentra la visión negativa de sí mismo, que aporta más información sobre la autocrítica y Beck establece un tratamiento para mejorar y así disminuir la sintomatología depresiva.

Han sido muchos los autores que han diseñado instrumentos de medida para cuantificar los niveles de autocrítica de los pacientes. Richard Thompson y David C. Zuroff (2004) a la hora de conceptualizar la autocrítica, partieron de la descripción teórica de depresión introyectiva de Blatt y Blass (1992), estableciendo dos formas disfuncionales de autoevaluación negativa, la autocrítica comparativa y la autocrítica internalizada (Thompson y Zuroff, 2004).

La autocrítica comparativa (Comparative Self Criticism, CSC) la definen como una visión negativa de uno mismo en comparación con los demás, realizándose una comparación desfavorable de uno mismo con los demás, al considerarlos seres hostiles, superiores o críticos. Sintiendo un incómodo al ser evaluado o expuesto ante los demás (Thompson y Zuroff, 2004). Estos autores (Thompson y Zuroff, 2004) afirman que el concepto de inferioridad es un concepto relacional, siendo necesaria la comparación con el otro para luego sentirse inferior.

En cuanto a la autocrítica internalizada (Internalized Self Criticism, ISC), es definida por Thompson y Zuroff (2024) como la visión negativa de uno mismo, pero esta vez, se debe a la comparación no con los demás, sino con los estándares personales internos. Estos estándares, específicos para cada individuo, tienden a ser altos, experimentando la persona un fracaso crónico al no poder alcanzarlos. Los altos estándares son el componente integral de la autocrítica, relacionándolos con el perfeccionismo. Para Thompson y Zuroff (2024), la persona con autocrítica internalizada, ante las experiencias de éxito, niega los logros alcanzados y eleva aún más los estándares, mostrándose reacio a reconocer sus propios éxitos. Y en las experiencias de fracaso, se aplica sanciones severas, presentando autopunitividad global y generando un sentimiento global de inutilidad (Thompson y Zuroff, 2004).

En cuanto a la autocrítica y su relación con otros constructos, Thompson y Zuroff (2024) examinaron la relación entre la autocrítica comparativa e internalizada con los estilos de apego. Obteniendo una correlación muy elevada entre la autocrítica comparativa y el estilo de apego preocupado y temeroso-evitativo, correlacionando negativamente con el estilo de apego seguro. En cuanto a la autocrítica internalizada, mostró correlaciones similares con los estilos de apego. Siendo significativas también, no obstante los coeficientes de correlación eran más pequeños.

A la hora de responder al origen de la autocrítica, estudios afirman encontrar patrones comunes de crianza en individuos que presentan autocrítica: padres indiferentes y demandantes de altos niveles de logro y rendimiento en sus hijos, observándose una relación distante, controladora

y fría, siendo castigado el niño duramente al cometer un error (Blatt y Homann, 1992 y McCranie y Bass, 1984, como se citó en De Rosa et al., 2012). Pudiendo explicar la visión negativa de sí mismo debido al modo en el que los padres percibieron y trataron a su hijo (De Rosa et al., 2012).

Justamente, Thompson y Zuroff (1998) realizaron un estudio sobre la respuesta de madres dependientes y autocríticas a la autonomía y competencia de las hijas adolescentes. Y en cuanto a los resultados obtenidos en relación a las madres autocríticas muestran, que las madres con niveles elevados de autocrítica eran más controladoras y punitivas con sus hijas y que estas preferían relaciones distantes con sus hijas, ya que las interacciones con sus hijas siempre eran desagradables para ellas (Thompson y Zuroff, 1998). Afirmando que la excesiva crítica y directividad de sus madres podría ser internalizada por las hijas adolescentes y desarrollar cogniciones autopunitivas propias de personas con altos niveles de autocrítica (Thompson y Zuroff, 1998).

Todos los autores, aunque presenten diferentes formas de conceptualizar la autocrítica como hemos visto con Blatt, Beck, Thompson y Zuroff, destacan los efectos negativos de la autocrítica y son recopilados en revisiones literarias como la de Pekin y Güme, 2024. Calificándolo como un factor que afecta negativamente a la funcionalidad normal de los individuos, aumentando su vulnerabilidad a padecer patologías psicológicas como la depresión o la ansiedad, dando lugar a consecuencias tanto emocionales como conductuales perjudiciales (Pekin y Güme, 2024). Ha sido considerada también un predictor relevante de malos resultados en los tratamientos (Rector et al., 2000; Rose y Rimes, 2018; Shahar et al., 2012, como se citó en Rogier et al., 2023). Y en la revisión de Low et al., 2020 (como se citó en Rogier et al., 2023), concluyeron que esta capacidad predictiva de la autocrítica se debía a su asociación con la presencia de apego inseguro en el paciente, siendo este tipo de apego conocido por ser un buen predictor de rupturas de la alianza terapéutica (Miller Bottome et al., 2018, como se citó en Rogier et al., 2023). Y se han observado niveles elevados de autocrítica en personas que padecían de varios trastornos mentales, como depresión, ansiedad social, trastorno bipolar, entre otros (Rogier et al., 2023).

Pekin y Güme (2024) en su revisión señalan que la mayor parte de estudios dedicados a reducir la autocrítica han desarrollado planes de tratamiento empleando los enfoques de la Terapia Cognitiva, de la Terapia Centrada en la Compasión y de la Terapia Focalizada en la Emoción.

1.2. Terapia Focalizada en la Emoción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE en adelante) (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg y Johnson, 1988; Greenberg y Watson, 2006) fue desarrollada por Leslie Greenberg y consiste en un tratamiento experiencial con aval empírico (Elliott, Greenberg y Lietaer, 2004). Integra elementos de prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961), la Terapia Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), la Terapia Experiencial de Gendlin (1999), unido a la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctica-constructivista (Jódar y Caro, 2023).

La TFE, como su propio nombre indica, se centra en las emociones, las cuales son las que nos conectan con nuestras necesidades, organizan el resto de las funciones cognitivas, actúan como puntos de unión entre el pasado y el futuro y nos permite tomar acciones, prepararnos para lo que viene del exterior y así sobrevivir (Greenberg et al., 2015). Asimismo, las emociones aportan significado a lo que experimentamos en nosotros mismos y en el exterior. Permittiéndonos valorar nuestras experiencias, los sucesos vividos, aportando un sentido que luego será articulado por la razón. Para la TFE, los procesos emocionales son procesos transdiagnósticos (Jódar y Caro, 2023).

Como comentan Jódar y Caro (2023), la TFE postula que la estructura de memoria responsable de producir estas experiencias emocionales y de acción son los esquemas emocionales. Estos esquemas codifican la realidad, generan experiencia y acción y están compuestos por experiencias anteriores, expectativas, forman parte del self y están en continuo cambio y desarrollo a medida que la persona va creciendo e incorporando nuevas vivencias emocionales. Volviéndose cada vez más complejos (Jódar y Caro, 2023). Los esquemas emocionales no son accesibles a la consciencia, no obstante, las experiencias emocionales que generan estos esquemas si son accesibles a la consciencia. Pudiendo acceder, a través de la atención y la reflexión de estas experiencias, a los esquemas emocionales (Greenberg et al., 2015).

La TFE presenta un enfoque diagnóstico procesal, teniendo en cuanto la emoción que surge en cada instante y los diferentes estados emocionales en la sesión. Presentando cuatro clases de respuesta emocional: la emoción primaria adaptativa, la emoción primaria desadaptativa, la emoción secundaria reactiva y la emoción instrumental (Greenberg y Paivio, 1997) (Greenberg et al., 2015). Estas diferentes respuestas emocionales requieren un trabajo diferente en sesión, para lograr el cambio emocional en el paciente (Jódar y Caro, 2023).

Las emociones primarias adaptativas, como explican en su libro Jódar y Caro (2023), son las primeras emociones que surgen cuando estamos en contacto con la realidad. Promoviendo tendencias de acción que ayudan a atender las necesidades o lograr los objetivos emocionales que surgen en el momento presente. Se ajusta a lo que sucede en el momento y se caracterizan por ser específicas, considerándose definitivas y claras, experimentándose con frescura y vitalidad. Y en el proceso terapéutico se han identificado tres tipos: el enfado asertivo, la tristeza del duelo y la autocompasión en contacto con la propia vulnerabilidad de uno mismo (Jódar y Caro, 2023). En cuanto al trabajo que se realiza con este tipo de emociones, cuando el paciente entra en contacto con una emoción primaria adaptativa, el proceso consiste en extraer la información que nos trae la emoción, cuáles son las necesidades que tiene que cubrir y los recursos que la persona debe detectar y emplear para atenderlas (Jódar y Caro, 2023).

En cuanto a las emociones primarias desadaptativas, como lo explican Jódar y Caro (2023), no son emociones que den información útil y sirvan para afrontar el momento presente como las anteriores. Estas están vinculadas con vivencias del pasado, no teniendo relación con lo que está siendo en el momento presente, sino con lo que fue. Aportando información sobre necesidades que no fueron cubiertas o atendidas en el pasado y las tendencias de acción que incitan no son útiles para el presente. Esas vivencias antiguas, familiares, dolorosas, atascan a la persona en el momento presente y el dolor que experimenta le resulta familiar, siendo una vulnerabilidad emocional, concreta, crónica, personal e idiosincrásica, que está llena de autobiografía. Timulak (2015), como citó Jódar y Caro (2023), distingue tres esquemas primarios desadaptativos o dolores emocionales nucleares: la vergüenza ante la humillación, la inseguridad/miedo ante el peligro y la desprotección y tristeza ante la falta de conexión o cercanía con otros. Cuando aparecen en el proceso terapéutico, el objetivo será aceptar en un primer momento esa emoción que surge, regular y finalmente, transformarla (Jódar y Caro, 2023).

Las emociones secundarias, como su nombre indica, ocurren después de experiencias emocionales primarias y tratan de oscurecer o encapsular la experiencia más nuclear, central y primaria (Jódar y Caro, 2023). También son consideradas emociones desadaptativas ya que no aportan información útil para el presente. No obstante, pueden presentar una función protectora o defensiva al proteger del dolor, aunque sacrificando la consciencia emocional (Jódar y Caro, 2023). Son emociones que se expresan con poca claridad y la persona muchas veces se ve

desbordada o superada por ellas. Algunas emociones secundarias son: el enfado rechazante, el miedo a sentir otras emociones, la culpa por sentir alguna emoción... Limitan la experiencia emocional. Con este tipo de emoción, el objetivo terapéutico es reconocerla, aceptarla y tratar de regularla, para poder acceder a la emoción primaria que trata de oscurecer u ocultar (Jódar y Caro, 2023).

En cuanto al último tipo de emoción que se identifica, las emociones instrumentales, son emociones que surgen para alcanzar un objetivo relacional, para manipular y conseguir algo de los demás (Jódar y Caro, 2023). Y son desadaptativas al considerar que este tipo de manipulación puede poner en peligro los vínculos. El objetivo con este tipo de emociones será reconocer en un primer momento, el objetivo relacional que tiene y después, tratar de alcanzar ese objetivo, pero expresándolo con mayor apropiación y responsabilidad (Jódar y Caro, 2023).

Aparte de la identificación de los diferentes tipos de emociones y su correspondiente trabajo, la TFE establece una serie de marcadores, estados problemáticos emocionales que podemos encontrar en los pacientes, asociados a unas tareas terapéuticas que favorecen el procesamiento emocional para alcanzar un estado final de resolución (Jódar y Caro, 2023).

Asimismo, la TFE utiliza la empatía, a partir de una serie de respuestas, con el propósito de sintonizar con el estado afectivo del paciente momento a momento, conociéndose con el nombre de sintonización empática. Una serie de respuestas, como el reflejo empático, las conjeturas empáticas o las respuestas exploratorias, presentando diferentes objetivos, pero todas ellas con el mismo propósito que es facilitar el proceso vivencial del paciente y que en el proceso terapéutico con la paciente continuamente se emplearon.

El mecanismo central de cambio de la TFE es el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido. Presentando siete principios de cambio emocional centrados en la toma de conciencia, la expresión, la regulación y la transformación emocional (Greenberg et al., 2015). Al final la TFE, como última instancia, trata de evaluar y utilizar el funcionamiento adaptativo de los individuos para promover su crecimiento y cambio (Greenberg et al., 2015).

Para la TFE, las fuentes emocionales de trastornos son: la falta de contacto emocional, es decir, evitación emocional; la falta de regulación emocional, pudiendo haber una infraregulación o sobrerregulación emocional; los problemas emocionales en la comunicación interpersonal,

estando relacionado con la presencia de emociones secundarias e instrumentales; las heridas emocionales, que condicionan la identidad de la persona y en ellas están presentes los tres esquemas primarios desadaptativos o dolores emocionales nucleares (Timulak, 2015), y la falta de sentido, presentando narraciones caóticas y sentimientos vacíos (Jódar y Caro, 2023).

1.3. La voz crítica en la Terapia Focalizada en la Emoción

Gracias a la capacidad de autoconsciencia del ser humano, este es capaz de realizar autoevaluaciones sobre su experiencia emocional. Y la TFE identifica a dos voces, el yo que experimenta y el yo que observa, normalmente con empatía o compasión ante la experiencia del otro. El yo que observa puede realizar diferentes tipos de autoevaluación, siendo la autocrítica la que tiene un efecto significativo en el funcionamiento de la persona (Jódar y Caro, 2023).

Como explican en su libro Jódar y Caro (2023), las críticas hacia uno mismo pueden ser constructivas y beneficiosas para mejorar el funcionamiento. No obstante, cuando estas se vuelven rígidas e insistentes, es cuando dejan de ser útiles. Generando estados emocionales de sufrimiento y el intento de disminuir esta crítica provoca su aumento. Además, provoca en la persona la evitación o interrupción emocional y no permite que se pueda simbolizar la experiencia emocional.

En relación a las diferentes formas de autocrítica que se encuentran, la TFE distingue cinco formas (Elliott y Greenberg, 2021; Timulak, 2015, como citó Jódar y Caro, 2023). Como se describe en el libro de Jódar y Caro (2023), en primer lugar, encontramos la autocoerción o voz coercitiva/crítica, esta voz está sujeta a una serie de valores y estándares muy elevados y demandantes, identificándolo al escuchar “*debes...*” o “*tienes que...*”. Realiza castigos despectivos cuando el yo no le obedece, provocando finalmente la realización de conductas compensatorias, esfuerzos hasta la extenuación, evitación de situaciones donde esta voz se pueda activar. Luego encontramos la crítica severa o la voz humillante articulada, cuyas críticas se dirigen hacia los elementos que constituyen la identidad de la persona. Señalando sus defectos y pudiendo escuchar cosas como: “*eres feo*”, “*eres un inútil*”... Otra forma de autocrítica es la autointerrupción que actúa como una armadura protectora o muro, interrumpiendo y evitando la experiencia emocional, además de la exposición a escenarios donde se de esa experiencia emocional. La autoagitación sería la cuarta forma de autocrítica, siendo una voz que asusta al yo experiencia a través de mensajes catastrofistas, evitando a la persona ciertas experiencias o situaciones. Y por último, el crítico coach, siendo una voz, en un principio, vista como inofensiva, al tratar de reducir los

síntomas y potenciar el bienestar. Sin embargo, suele ir acompañada por otra voz crítica. Las tres últimas voces puede ir mezcladas con la autocoerción o la crítica severa.

Todas estas voces tienen al final la función de proteger del dolor emocional, evitando acceder a él y además, informan de la manera en la que la persona fue tratada por los demás en sus etapas tempranas. Asimismo, aportan una dirección y un antídoto contra la desesperanza y aumentan la sensación de control ante las experiencias vitales. Pero estos beneficios no las eximen de las repercusiones negativas que tienen a largo plazo, ya que generan una falta de valía y una sensación de no ser capaz de enfrentar las experiencias vitales. Provocando el aumento de las emociones secundarias, oscureciendo las emociones primarias que surgen en el presente, no conociendo ni atendiendo las necesidades. A la larga, impidiendo el cambio emocional y confirmando las memorias emocionales negativas (Jódar y Caro, 2023).

Para la voz crítica, la TFE propone como tarea terapéutica el diálogo de sillas teniendo como objetivo final la integración de ambas voces, junto con el cambio de actitud de la voz crítica a una voz más compasiva y suave si es posible. A través de esta tarea se crea un espacio de verdadera escucha entre las dos voces, donde se accede a la emoción primaria desadaptativa que experimenta el yo experiencial y la voz crítica atiende sus necesidades, si es posible. Si no hay cambio en la voz crítica se fomenta la expresión del enfado asertivo del yo experiencial al yo crítico. Además, en numerosas ocasiones, la voz crítica es similar a la voz de una figura significativa, siendo necesario realizar la tarea de la silla vacía entre medias para resolver asuntos del pasado que pueden estar manteniendo la crítica interna (Jódar y Caro, 2023).

Estudios e investigaciones como el de Brennan et al. (2024), donde se trató a seis mujeres con trastornos alimentarios con una duración de 12 semanas, y como el de Shahar et al (2012), una intervención breve a un grupo de pacientes con niveles altos de autocrítica, empleando el diálogo de sillas propuestas por la TFE. Señalaron haber alcanzado la resolución de conflictos, el desarrollo de un yo más integrado, menos crítico y más compasivo, la escucha de emociones y la actuación de acuerdo con las necesidades. Asimismo, un estudio centrado en el tratamiento de la crítica interna a través de la TFE en población no clínica, teniendo entre 10 a 12 sesiones, sus resultados mostraron que la TFE era un enfoque potencialmente eficaz para las intervenciones dirigidas a disminuir la autocrítica, mostrándose mejoras también en la relación con uno mismo, un aumento

de la autocompasión y la disminución tanto de sintomatología depresiva como sintomatología general (López-Cavada et al., 2024).

1.4. Objetivo del estudio e hipótesis.

El objetivo principal del Trabajo de Fin de Máster es representar los desafíos que se pueden encontrar en la práctica clínica, la forma de afrontarlos, además de mostrar y ampliar la efectividad clínica de intervenciones de la Terapia Focalizada en la Emoción dirigida al tratamiento de la autocrítica y los problemas derivados de esta. Ilustrando un proceso terapéutico desde la Terapia Focalizada en la Emoción con una paciente de 34 años y con una problemática que se explica en el apartado “Formulación de caso”.

La principal hipótesis es la disminución del malestar emocional de la paciente a través del tratamiento diseñado de acuerdo con TFE, centrándonos en un principio en el marcador de la crítica interna. Ante esta mejora emocional se observaría el aumento de la autoestima, la disminución de la ansiedad y la mejora de las habilidades de regulación emocional. Respecto a la crítica interna, se considera que el proceso terapéutico permitirá aumentar la conciencia de la paciente sobre su presencia en su día a día, los efectos y las emociones que desencadena y el origen y propósito de esta. No considerando que los 6 meses de proceso terapéutico puedan disminuir la presencia de esta voz en la paciente, pero sí un aumento de su percepción de agencia sobre esta.

2. Diseño

El presente trabajo consiste en un estudio cualitativo de caso único que presenta variables pre-post de ansiedad, autocrítica, autoestima, apego y regulación emocional. Comenzando con la identificación y formulación del caso clínico. Para posteriormente revisar la literatura y seleccionar un plan de intervención adecuado al caso presentado, recogiendo datos y analizando las variables relevantes. Y finalmente interpretar y discutir los resultados obtenidos tras la intervención terapéutica. Con el propósito de observar la conveniencia de la intervención aplicada.

La participante del estudio se obtuvo de la población de pacientes que acceden a las Terapias de Bajo Coste ofertadas por el Centro Psicológico SMC (Salud, Mente y Cuerpo) (C/ de Cartagena, 103, 1d, Chamartín, 28002, Madrid, España). Un centro de psicología integral

orientado a resolver problemas vitales, gestionar procesos emocionales, reducir la ansiedad o depresión, mejorar la autoestima, entre otras dolencias.

La paciente, una mujer de 34 años de edad, acude a consulta presentando cierta sintomatología ansiosa y escasas herramientas de regulación emocional. Asiste de manera presencial a sesiones semanales en el centro.

Los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron presentes fueron: la presencia de una buena alianza terapéutica, que el abandono terapéutico no se considerase muy probable, que se considerase factible realizar intervenciones y aplicar técnicas terapéuticas. Siendo fundamental el consentimiento informado por parte de la paciente.

La paciente tuvo que rellenar en un primer momento un formulario con sus datos personales, motivo de consulta y grado de malestar. Tras ello se le asignó dos terapeutas. Siendo estas dos estudiantes de prácticas, una de 23 años y la otra de 24 años de edad, de segundo curso del *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria* de la Universidad Pontificia de Comillas, realizando una de ellas también *el Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción* en la Universidad Pontificia de Comillas. Ambas con experiencia previa en otros centros psicológicos de prácticas. Siendo parte de sus prácticas curriculares.

Para la realización del presente trabajo se tuvo que elaborar un documento de solicitud al Comité de Ética, en el cual se redactó una pequeña memoria sobre el proyecto, los aspectos éticos que se tenían en cuenta, junto con los cuestionarios y documentos necesarios. El Comité de Ética dio su aprobación, garantizando el cumplimiento y respeto de los principios éticos de la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial para la investigación médica en seres humanos en su última actualización. Se firmó la carta de solicitud de evaluación para el Comité de Ética, el documento del consentimiento informado, el documento de la protección de datos, el documento de la autorización del centro y el documento de confidencialidad.

3. Metodología de evaluación

El proceso de evaluación se inició en la primera sesión con la paciente (el 14 de octubre del 2024), realizando una entrevista inicial para recabar información sobre el motivo de consulta, experiencias terapéuticas anteriores, expectativas relacionadas con el proceso terapéutico y sus objetivos terapéuticos, su perfil psicológico, sus datos académicos, su estado laboral y sentimental y su red de apoyo.

La evaluación realizada sigue el enfoque de la TFE, obteniéndose información a partir de la observación, el análisis del lenguaje verbal y no verbal del paciente. Explorando a partir de la brújula del dolor de la paciente (Jódar y Caro, 2023). Realizando una evaluación cualitativa. No obstante, para la evaluación cuantitativa, se emplearon cinco cuestionarios. Y durante las vacaciones navidad del 2024 se le envió para rellenar los siguientes cuestionarios:

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (1982) de Spielberger, Gorsuch y Lushore. Presenta una adaptación española de la sección de estudios de TEA Ediciones, S. A. Madrid. El cuestionario está compuesto por 40 ítems y utiliza el formato de respuesta de tipo Likert de 4 puntos, oscilando entre el 0 “Nada” al 3 “Mucho”. Presenta escalas separadas de autoevaluación, midiendo conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Describiendo la ansiedad estado como “*una condición o estado emocional transitorio del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad*”. Y la ansiedad rasgos como “*una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado*”. Para la versión original se utilizaron puntuaciones T, pero en la adaptación española se emplearon los percentiles y los decatipos. Siendo los decatipos una escala típica de media 5.5 y desviación 2.

Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) de Thompson y Zuroff, 2004. Traducida al castellano por López Cavada (2020). La escala está compuesta por 22 ítems y utiliza el formato de respuesta de tipo Likert de 7 puntos, oscilando entre el 1 “Totalmente en desacuerdo” al 7 “Totalmente de acuerdo”. Miden las dos formas disfuncionales de autoevaluación negativa propuestas por estos autores: la autocrítica comparativa (CSC) y la autocrítica internalizada (ISC). De esos 22 ítems, 12 ítems miden la autocrítica comparativa y 10 ítems miden la autocrítica

internalizada. Presenta un coeficiente alfa para la CSC fue de 0,84 y para el ISC fue de 0,88. La autocrítica comparativa (CSC) es la visión negativa de uno mismo en comparación con los demás. La autocrítica introspectiva (ISC) es la visión negativa de uno mismo al compararse con los estándares personales internos.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (1965). La escala ha sido traducida y validada en castellano. Está compuesta por 10 ítems y utiliza el formato de respuesta de tipo Likert de 4 puntos, oscilando entre el 1 “Muy en desacuerdo” al 4 “Muy de acuerdo”. Cinco ítems están redactados de forma positiva y otros cinco ítems de forma negativa, controlando así el efecto de la aquiescencia. Una puntuación de 30 a 40 puntos se calificaría como autoestima elevada, considerada como una autoestima normal. De 26 a 29 puntos, se consideraría una autoestima media, no presentando problemas graves, pero siendo conveniente mejorarla. Y una puntuación menor de 25 puntos se consideraría una autoestima baja, presentando problemas significativos de autoestima. Presenta una consistencia interna (alfa de Cronbach) entre los 0,76 y los 0,87 y una fiabilidad de 0,80.

Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire de Orozco Vargas, et al. (2021). La escala original fue desarrollada en alemán por Berking y Znoj (2008). Está compuesta por 27 ítems y utiliza el formato de respuesta de tipo Likert de 5 puntos, oscilando entre el 0 “No del todo” al 4 “Casi siempre”. Los ítems se agrupan en nueva factores relacionados con las habilidades en regulación emocional que puede presentar una persona, siendo estos:

- La consciencia emocional. Midiendo la capacidad de identificar y tomar consciencia de las emociones que experimenta.
- La sensación. Midiendo la capacidad para saber si las emociones pueden ayudar a identificar la manera en la que se sienten.
- La claridad. Midiendo el nivel de claridad para identificar el tipo de emoción que se experimenta en el momento.
- El conocimiento. Midiendo la capacidad para comprender por qué se está experimentando, a nivel emocional, una situación de una determinada manera.
- La aceptación. Midiendo la capacidad para aceptar las emociones que se experimentan.
- La tolerancia. Midiendo la capacidad para tolerar las situaciones emocionales que se experimentan.

- La disposición a confrontar. Midiendo la capacidad para conseguir determinadas metas a pesar del tipo de sentimientos que se experimenten.
- La autoayuda. La capacidad para auto animarse ante la presencia de determinadas emociones.
- La modificación. La capacidad para influir en los sentimientos.

Presenta una consistencia interna muy adecuada, un alfa de Cronbach para toda la escala de 0,96. Y las nueve dimensiones: Consciencia emocional $\alpha=.76$, Sensación $\alpha=.75$, Claridad $\alpha=.85$, Conocimiento $\alpha=.85$, Aceptación $\alpha=.79$, Tolerancia $\alpha=.88$, Disposición a confrontar $\alpha=.77$, Auto-Ayuda $\alpha=.73$ y Modificación $\alpha=.74$ (Grant et al., 2018). Y una fiabilidad test-retest con unos índices adecuados, rtt=.75 para la escala total y de 0.48 a 0.74 para las nueve dimensiones.

El Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R) de Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011). Es un cuestionario dedicado a la medición de las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y al comienzo de la edad adulta. Está compuesto por 32 ítems que utiliza el formato de respuesta de tipo Likert de 5 puntos, oscilando entre el 1 “Totalmente en desacuerdo” al 5, “Totalmente de acuerdo”. Los ítems se agrupan en 7 dimensiones, cinco de ellas están relacionadas con la representación del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil) y las dos restantes se relacionan con la representación de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). Siendo estas:

- Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Muestra la percepción de haber sentido y sentirse querido por las figuras de apego, sintiendo que puede confiar en ellas y están disponibles si lo necesita.
- Preocupación familiar. Muestra la percepción de una intensa ansiedad de separación de los seres queridos y la excesiva preocupación actualmente por ellos.
- Interferencia de los padres. Muestra el recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia, haber sido un niño miedoso y haber estado preocupado por ser abandonado.
- Autosuficiencia y rencor contra los padres. Muestra el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos.

- Traumatismo infantil. Muestra los recuerdos de haber experimentado una falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de seres queridos durante la infancia.
- Valor de la autoridad de los padres. Muestra la evaluación positiva de la persona hacia los valores familiares de autoridad y jerarquía.
- Permisividad parental. Muestra los recuerdos de haber padecido de falta de límites y guía parental en la infancia.

Presenta una consistencia interna adecuada, con una excepción en el factor de Permisividad parental, oscilando el alfa de Cronbach entre los 0,60 y los 0,85. En cuanto a la fiabilidad, las correlaciones test-retest presentan valores superiores a 0,56 en todos los factores salvo en el anterior mencionado, adoptando un valor de 0,45. Asimismo, posee una adecuada validez factorial, convergente y de decisión (Balluerka et al., 2011).

4. Presentación del caso

K es una mujer joven de origen latinoamericano que hace 10 años que reside en Madrid, España. Es madre soltera con un niño menor de edad de una relación pasada. Comparte residencia con algunos familiares como su hermana, sus sobrinos, su hijo y su madre. Acudió el pasado año en el mes de octubre al centro SMC psicología.

K es la primera hija del segundo matrimonio de su madre. La mitad de sus hermanos viven fuera de España y la otra mitad en Madrid. Cada uno con sus correspondientes hijos y relaciones sentimentales.

K acude sola a la primera sesión y de forma voluntaria, con el motivo de consulta de poder trabajar y disminuir su voz crítica, además de poder sobrellevar los diferentes acontecimientos estresantes que se están dando en su vida actualmente y disminuir su ansiedad y preocupación.

Al comienzo del proceso terapéutico se detecta en K la presencia de esta voz crítica coercitiva y severa, mostrándose en ciertos momentos de estrés y de incertidumbre, junto con una voz asustadora, generando pensamientos catastróficos y rumiativos. Esta voz crítica severa disminuye su percepción de valía personal y autoestima. A esto se le suma su dependencia emocional en sus relaciones sentimentales, su dificultad para establecer límites y la

autointerrupción sobre todo de su propio enfado para proteger los vínculos con los demás. La paciente comenta desde el inicio del proceso que a lo largo de toda su vida la ha acompañado la culpabilidad, siendo detectada a lo largo de casi todas las sesiones y se considera una emoción secundaria que oscurece emociones primarias, como el enfado, y dolores primarios. Estos diferentes elementos han desencadenado un malestar emocional en la paciente que trata de regular a través de atracones alimentarios, buscando manejar esa emocionalidad excesivamente intensa. Presentando una infraregulación emocional. Además de problemas emocionales en la comunicación interpersonal.

Y para mencionar por último, la paciente firma el consentimiento informado relacionado con la participación en el estudio y la publicación de este.

5. Antecedentes

Se presentan a continuación los antecedentes y los aspectos de la historia clínica de la paciente que se consideran relevantes de acuerdo con la problemática y el objetivo del estudio.

5.1. Antecedentes familiares

Con respecto a su historia familiar, se destaca la forma que tiene de describir a las mujeres de su familia, siendo estas “*mujeres heridas*”. Justificando a través de este calificativo sus formas de relacionarse con ella, sus comportamientos pasivo-agresivos y agresiones verbales recibidas desde una temprana edad.

5.1.1. Relación materna

Una de estas mujeres heridas es su madre, calificando su relación como complicada. De ella recibía insultos y críticas relacionados con su apariencia y peso. Comparándola con otras niñas más delgadas y atractivas que ella a ojos de su madre. La insultaba cuando cometía fallos realizando las tareas del hogar. Y estos insultos y agresiones los recibía delante de los vecinos, hermanos, amigos de sus padres, incrementando así el sentimiento de humillación y vergüenza. Ante la crítica continua de su madre en casi todos los aspectos de su vida, los estudios fueron la única área de su vida por la que no recibía reproches. Tratando de sacar las mejores notas y finalmente, pudo acceder a estudios universitarios, siendo la primera de toda su familia en

conseguirlo. Recibiendo solamente en ese momento una mirada positiva y orgullosa de sus padres y realizando el grado que sus padres consideraron más apropiado para su futuro.

Los únicos momentos de su infancia donde encontraba algo de alivio era cuando se escondía en su habitación y cuando comía de forma compulsiva, dándose atracones de comida que aliviaban momentáneamente la angustia emocional que sentía. Señala haber presentado ideación suicida en aquel entonces, teniendo ganas de acabar por siempre con todo. La madre solía volcar su malestar sobre K, señalándola como la causante del distanciamiento físico y emocional con su padre ya que durante un periodo de tiempo largo, K y su madre compartían la cama del matrimonio cuando K tenía 16 años. Y su padre solía dormir en otra habitación.

Su madre también sufrió maltrato psicológico y físico por parte de la abuela de K. Se casó muy joven con un hombre que le doblaba la edad y en este primer matrimonio fue maltratada física y psicológicamente por su marido, sufriendo multitud de infidelidades por parte de este. En el segundo matrimonio con el padre de K no hubo maltrato físico ni psicológico, no obstante, hubo infidelidades. K la recuerda como una mujer triste, dolida, herida, que contrasta con la dureza de su trato.

5.1.2. Relación paterna

K no menciona apenas a su padre al relatar su infancia, le recuerda como un hombre distante y que solamente regalaba muestras de cariño con sus hijos cuando había bebido. No menciona que tuviera comportamientos agresivos o que la insultara como con su madre. No obstante, cuando la paciente era adolescente, fue la primera de su familia en descubrir la infidelidad de su padre. Generando en ella un profundo rechazo hacia los hombres, la destrucción de la imagen que tenía de su padre y la normalización de los hombres como personas infieles, confirmándolo más adelante en sus relaciones sentimentales.

5.1.3. Relación con los hermanos y estructura familiar

En respecto a sus hermanos, K no presenta una relación cercana con ninguno de ellos, teniendo una relación conflictiva con la hermanastra con la que convive. Se observa el impacto de la cultura a la hora de repartir las responsabilidades y cargas. Su familia delega todas las responsabilidades en la matriarca, habiendo una falta de responsabilidades y deberes por parte de las figuras masculinas y al mismo tiempo, se les perdona y justifica su falta de implicación.

La madre de K era la responsable de la familia y con el tiempo, K ha ido tomando ese cargo por la ausencia de ayuda e iniciativa de sus otros hermanos más mayores que ella. K, como menciona ella misma, es la encargada de apagar todos los fuegos y apaciguar a las fieras. Y con el fallecimiento repentino de su padre, K aumentó sus responsabilidades con su familia para aliviar el dolor de su madre y evitar que ella se hiciera cargo. Responsabilizándose del traslado de su madre a su casa, de su cuidado, de los temas burocráticos de sus hermanastros e incluso sobrinos. Su madre ha establecido una relación fusional con una sobrina de K, una relación donde su madre pone toda su atención en los cuidados de esta niña. Y la misma madre le dice que le recuerda a ella cuando era pequeña. No obstante, K no sentía la atención cercana de su madre cuando era pequeña y ver los tratos que recibe su sobrina remueven sus heridas del pasado y sus necesidades insatisfechas.

5.2. Antecedentes sentimentales y relación con su hijo.

Su primera relación y la más larga duró 10 años y se convertiría en el padre de su único hijo. En esta relación hubo multitud de infidelidades con diferentes mujeres y finalizó tras el nacimiento de su primer hijo al descubrir K que mantenía una relación sentimental con otra mujer cuando ella estaba encinta. K sabía que en ciertos momentos de su relación él había estado con otras mujeres, pero él finalmente siempre las había rechazado o dejado por estar con ella. Sus dudas respecto a su relación cesaron cuando él le propuso tener un hijo, este hecho significó para ella el cumplimiento de su deseo de formar una familia y una muestra de amor y confianza de él hacia ella. Sintióse muy valorada y querida al ser elegida como la madre de sus futuros hijos. Aun así, en su relación no había muchas muestras de cariño y afecto. Cuando terminaron, ella se quedó sola en España, con su hijo recién nacido, recibiendo únicamente ayudas de su familia política.

En cuanto a su relación actual, lleva 3 años con un hombre que califica como cariñoso y afectuoso, que tiene multitud de muestras de cariño con ella, la tiene muy presente y se lo hace saber. K se siente querida y vista por él, pero como ella dice “*siento una necesidad muy fea*”. Ella considera que su relación no es un buen ejemplo para su hijo ya que también han sucedido algunas infidelidades con otras mujeres, han tenido periodos de ruptura y ella le echa en cara los fallos cometidos y los encuentros con otras mujeres. A pesar de esto, su necesidad por sentirse querida

y sentir un apoyo en su vida es más fuerte que las infidelidades, ella comenta en sesión “*me dice lo que quiero oír*”. Esta pareja y un sobrino es la única fuente de apoyo verdadero que siente.

En ambas relaciones sentimentales se detecta manipulación emocional, empleo de emociones instrumentales y el empleo de una comunicación pasiva agresiva por parte de K.

Respecto a su hijo, desde que nació, trata de transmitirle todos los mensajes positivos que ella hubiera querido, respetándolo, permitiéndole expresar sus necesidades, miedos... Ateniéndole en todo lo que puede. Trata de encargarse de sus cuidados ella sola ya que no le gusta depender de nadie, ni siquiera del padre. Tiene miedo de transmitirle su falta de confianza, autoestima y que se sienta rechazado por su padre al no estar muy presente en la vida de su hijo. Siente mucha culpa por no haber podido dar a su hijo una figura paterna a la que poder acudir y con la que poder estar.

5.3. Antecedentes laborales

En cuanto a lo laboral, la paciente posee estudios de Bachillerato y universitarios, realizó una FP de Gestión y Administración de Empresas. Actualmente trata de compaginar las prácticas, que debe realizar para finalizar su formación, y con el trabajo, unido a los cuidados y la crianza de su hijo.

K comenta haber tomado decisiones laborales teniendo en cuenta siempre las preferencias de sus padres, seleccionando el estudio superior que su madre consideraba mejor para su futuro. Pese a esto, con el tiempo se percató de su falta de interés y aptitudes en cuanto al grado superior realizado. Y cuando se trasladó a Madrid, decidió probar suerte en diferentes puestos de trabajo, tratando de encontrar su vocación. Realizó diferentes cursos para aprender inglés, para ser recepcionista en un hotel, esteticista, pero lo relata con cierto pesimismo al considerarse una adulta que realmente no sabe qué es lo que le gusta en la vida.

Hace un par de años descubrió una FP de Gestión y Administración de Empresas y fue cuando realmente encontró el oficio que anhelaba. Actualmente solo le queda terminar el periodo de prácticas y trata de compaginarlo con el trabajo en una tienda y los cuidados y la crianza de su hijo.

5.4. Antecedentes sociales

K no relata presentar un grupo de amigos muy amplio. Relacionándose únicamente con algunos compañeros del trabajo, amigos en común con su pareja y las madres de los compañeros de sus hijos. Indica que su único apoyo emocional se encuentra en su pareja y en algún miembro de su familia, como su sobrino. Y en algunos momentos puntuales, recibe ayuda de la familia del padre de su hijo para cuando se le complica los tiempos con su hijo, el trabajo y los estudios.

6. Evaluación inicial

Respecto a la evaluación cualitativa, a partir de las exploraciones realizadas y la observación de las señales verbales y no verbales de la paciente, se detectan, en un primer momento los marcadores de asuntos no resueltos y la crítica interna, y más adelante, el marcador de la autointerrupción, la vulnerabilidad y el dolor nuclear desesperanzador. Indicando la necesidad de emplear determinadas tareas terapéuticas de la TFE (Jódar y Caro, 2023).

Respecto a la evaluación cuantitativa, los instrumentos empleados obtuvieron los siguientes resultados:

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (1982). C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushore. La paciente obtuvo una puntuación directa de 37 en la Ansiedad Estado y una puntuación directa de 37 en la Ansiedad Rasgo. Situándose, teniendo en cuenta los baremos, en el centil 85, presentando un nivel alto Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Estando por encima de la media, en la Ansiedad Estado es 23,30 y en la Ansiedad Rasgo en 24,99. Indicando no sólo la presencia de un estado emocional ansioso en el presente sino también indica que la paciente presenta una propensión a presentar estados ansiosos de manera estable.

Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) (Thompson y Zuroff, 2004). La paciente obtuvo una puntuación de 60 en la autocrítica comparativa (CSC) y una puntuación de 57 en la autocrítica internalizada (ICS). Las puntuaciones obtenidas fueron elevadas, estando más presente en la paciente la valoración de sí misma de forma negativa más en relación con los demás que con sus estándares.

Escala de Autoestima de Rosenberg. RSE. (Rosenberg, 1965). El total obtenido por la paciente fue de 22 puntos, siendo interpretado como una autoestima baja, presentando problemas de autoestima graves que requieren intervención terapéutica.

Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire (Orozco Vargas, et al., 2021). La paciente obtuvo una puntuación próxima a la media, una puntuación de 69, presentando un nivel moderado de habilidades de regulación emocional. La paciente muestra una elevada capacidad de sensación, es decir, la capacidad para saber si las emociones pueden ayudarla a identificar la manera en que se siente, y de claridad, teniendo la capacidad para identificar el tipo de emoción que experimenta. Presentando más dificultad en la tolerancia de las emociones, en la disposición a confrontar emociones desagradables y en la modificación, no percibiendo mucha capacidad para influir en sus propias emociones.

El Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). La paciente obtuvo en la dimensión seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, una puntuación T de 25,6, estando por debajo de la media (Media=50) y reflejando que la paciente no considera que la relación con sus figuras de apego haya sido en general positiva, ni en su infancia, ni en la actualidad. Pudiendo no haberse sentido querida y haber percibido que sus padres eran insensibles a sus necesidades y no estaban disponibles para ella. En la dimensión de preocupación familiar, la paciente obtuvo una puntuación T de 64,3, por encima de la media, pudiendo haber presentado la paciente durante su infancia una elevada ansiedad por separación y, actualmente, una excesiva preocupación por sus figuras de apego. En la dimensión de interferencia de los padres, la paciente obtuvo una puntuación T de 68,0, por encima de la media. Señalando haberse sentido sobreprotegida en ciertos momentos, considerándose una niña miedosa, preocupada por ser abandonada por sus figuras de cuidado. Pudiendo presentar representaciones mentales de sí misma y de sus figuras como negativas y ambivalentes. Responsabilizando a sus padres de sus dificultades para tener una autonomía. Atribuyendo a estas figuras de apego el control de sus propias acciones y tomando una actitud pasiva y sometida para asegurarse la disponibilidad y la proximidad a estas figuras de apego. La dimensión de valor de la autoridad de los padres y la permisividad parental muestran la estructura familiar. La paciente en el valor de la autoridad de los padres presentó una puntuación T de 41,8, mostrando cierta negación de la autoridad, siendo más frecuente en apegos

inseguros. En la permisividad parental, obtuvo una puntuación T de 56,7, cercano a la media. Presentando ciertos recuerdos de falta de límites y guía parental en la infancia, siendo frecuente en apegos inseguros y desorganizados. En la dimensión de autosuficiencia y rencor contra los padres, la paciente obtuvo una puntuación T de 70,3, siendo una puntuación por encima de la media, mostrando cierto rechazo a los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y pudiendo presentar cierto rencor hacia sus padres. No obstante, las puntuaciones en preocupación familiar e interferencia de los padres son un poco más elevadas en comparación con la dimensión de autosuficiencia, habiendo una tendencia mayor a un apego inseguro preocupado que evitativo. La última dimensión es el traumatismo infantil, presentando una puntuación T de 82,6, la puntuación más elevada e indica la presencia de recuerdos donde la paciente experimentó violencia, amenazas y una falta de disponibilidad por parte de sus cuidadores.

En cuanto a la estimación del estilo de apego, se determina que la paciente presenta un estilo de apego desorganizado, debido a la elevada puntuación que presenta en la dimensión de traumatismo infantil. Y se descartó la presencia de un estilo de apego seguro debido a la baja puntuación en la dimensión de seguridad. No obstante, el CaMir-R señala que no evalúa el apego desorganizado, siendo necesario el empleo de otros instrumentos para una confirmación de este resultado si fuera pertinente. En este trabajo no se ha considerado pertinente.

Tabla 1

Puntuaciones pretratamiento de los cuestionarios y correspondientes interpretaciones.

Cuestionario/Escala	Dimensiones	Puntuación pretest	Interpretación
<i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>	Ansiedad Estado	37	Estado emocional ansioso y propensión a un estado ansioso
	Ansiedad Rasgo	37	
<i>Escala Niveles de Autocrítica (LOSC)</i>	Autocrítica Comparativa	60	Elevada autocrítica comparativa e internalizada
	Autocrítica Internalizada	57	
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)</i>	Ítems directos	12	Autoestima baja
	Ítems indirectos	10	

		Total: 22	
<i>Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire</i>	Consciencia emocional	7	Nivel medio de habilidades de regulación emocional
	Sensación	11	
	Claridad	11	
	Conocimiento	8	
	Aceptación	7	
	Tolerancia	6	
	Disposición a confrontar	6	
	Autoayuda	7	
	Modificación	6	
		Total: 69	
<i>Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R)</i>	Seguridad	25,6	Estilo de apego desorganizado
	Preocupación familiar	64,3	
	Interferencia de los padres	68	
	Valor autoridad parental	41,8	
	Permisividad parental	56,7	
	Autosuficiencia y rencor padres	70,3	
	Traumatismo infantil	82,6	

Nota. Esta tabla muestra los resultados obtenidos en los cinco cuestionarios y en sus respectivas dimensiones al inicio del tratamiento. Fuente: elaboración propia.

7. Formulación del caso

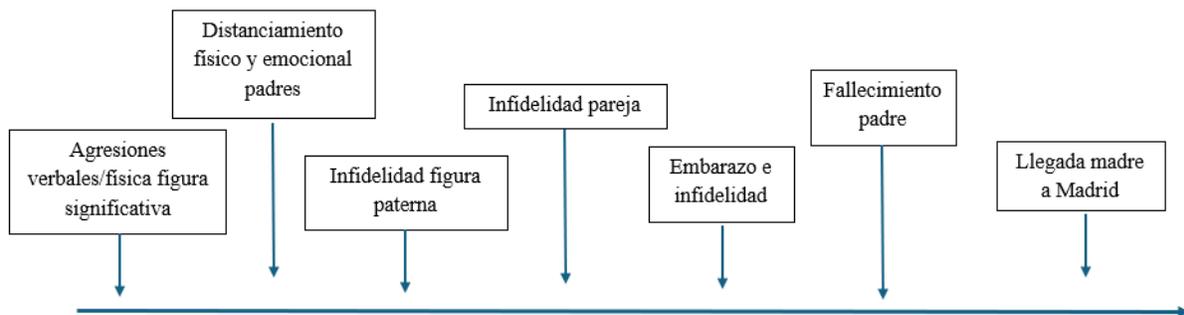
De acuerdo con la TFE, la elaboración de la Formulación de Caso (FC) se realiza guiándonos por la brújula de dolor del paciente, es decir, a través de su dolor emocional. Siendo un proceso continuo que se construye de forma cooperativa y conjunta con el paciente y la fuente de información son los estados emocionales del paciente aquí y ahora. La FC según la TFE es un retrato del cliente, una explicación acerca de cómo se ha desarrollado el problema y qué lo mantiene. Además, la FC ayuda a organizar el pensamiento durante la sesión, establecer el foco temático y tomar decisiones a lo largo del proceso.

Realizamos la FC en dos fases de acuerdo con las directrices del manual de Jódar y Caro (2023). La primera fase consistió en desplegar la narrativa y analizar el estilo de procesamiento

del cliente. Para ello nos centramos en escuchar los problemas de K, sus dificultades relacionales, emocionales y conductuales, que han sido mencionadas en el apartado de “Presentación del caso”. Además de escuchar y al mismo tiempo identificar los eventos y experiencias más dolorosas de la paciente.

Figura 1

Orden cronológico de los eventos y experiencias dolorosas de K.



Nota. El cronograma muestra los eventos y experiencias más dolorosas y significativas de la paciente recogidos en sesión. Fuente: elaboración propia.

Los eventos traumáticos permiten identificar las causas de los problemas actuales. En el caso de K, estos eventos señalados en la figura 1 permiten detectar un procesamiento emocional desadaptativo, a través del cual, K se autoorganiza de tal manera que al vivenciar estos eventos se atribuye casi la mayor parte de la responsabilidad, experimentando una profunda sensación de culpa. Las agresiones experimentadas en su infancia puede que fueran el detonante de este procesamiento emocional desadaptativa y de su crítica interna.

Se analizó el estilo del procesamiento a través de los tipos de emociones que surgen, la cualidad vocal, la expresión corporal y facial, su nivel arousal y experiencing. Y a su vez, se activaron herramientas de regulación emocional cuando la activación emocional dejaba de ser productiva. Detectamos en K emociones secundarias como la culpa, la desesperanza, no resultado, en algunos momentos, fáciles de sortear para poder acceder a la emoción primarias desadaptativa que esconden durante la sesión.

Respecto a la cualidad vocal, presente una cualidad vocal focalizada, detectando ciertos momentos de pausa que la paciente realiza para poder seleccionar las palabras adecuadas que simbolizen aquello que está sintiendo en sesión. A medida que pasan las sesiones, K consigue simbolizar mejor y en su día a día trata de hacerlo. Siendo cada vez más consciente de qué emociones se activan en determinadas situaciones y cómo eso la hace sentir. Siendo una cualidad de gran ayuda en el proceso terapéutico.

En cuanto a su expresión corporal y fácil, al comienzo de la mayor parte de las sesiones, suele presentar una postura rígida y tensa, sujetando su bolso y/o abrigo como una forma de protección y seguridad. Tratar de ocupar poco espacio, evitando cualquier tipo de molestia. Y su expresión fácil suele mostrarse con cierta tensión. Por el contrario, al realizar tareas, se observa cierta distensión y relajación de la postura y expresión fácil, conectando fácilmente con los ejercicios y tareas que se le fueron proponiendo.

Se determina el nivel de arousal y el nivel de experiencing a través de la Escala de experimentar de Klein et al. (1969). En concreto, K fluctúa entre un nivel 3 y 4 de arousal y comienza con un nivel 3 en experiencing. No elaborando en términos de significado personal profundo y significativo y expresando emociones que se encuentran atadas a las situaciones a las que aparecen.

La segunda fase fue la co-creación de un foco y la identificación de la emoción nuclear en la paciente. Para ello se atiende a seis categorías de experiencia y procesos del cliente que permiten configurar el foco terapéutico y se agrupan en el acrónimo MENSIT (Jódar y Caro, 2023).

La primera inicial es la M, que representa los marcadores de tarea claves hasta el momento. En las primeras sesiones se detectan dos marcadores que se relacionan entre sí, el marcador de asunto no resuelto con su madre y el marcador de la crítica interna. La crítica interna surge en la paciente como una incorporación tras las experiencias vividas con su madre, las críticas y juicios recibidos. Se trata de una voz crítica severa/humillante, junto con una voz coercitiva y asustadora en algunos momentos. Se observa que dadas las experiencias y circunstancias vividas, esta voz ha tenido un sentido protector y ha dado un sentido, una dirección, a K. Para K fue más fácil asumir la responsabilidad de lo sucedido, que asumir que sus figuras protectoras eran incapaces de transmitir el amor, el afecto, la seguridad que necesitaba. Una realidad dolorosa de la que la crítica la protege. Asimismo, la crítica interna aporta una mayor sensación de control y agencia al

considerar el problema en ella, percibiendo más posibilidades de cambiar y mejorar la situación si mejora y/o cambia ella. Pero la crítica interna genera emociones secundarias como la culpa, la desesperanza, la frustración, un malestar secundario que tapa su dolor emocional primario de sentirse rechazada y no querida.

Y ante esta crítica interna K lleva a cabo determinadas conductas compensatorias, como hacerse cargo de los recados ajenos y las responsabilidades familiares, evitando decir que no y poner límites. Tomando una posición más complaciente con el otro.

La voz de la crítica interna es similar a la voz de su madre en su infancia, señalando la presencia del marcador de asunto no resuelto con su madre. En la paciente se detectan los dos elementos que señalan la presencia del marcador: la presencia de un dolor en el tiempo y de una figura significativa, con la que está vinculado ese dolor o al que le dirige ese dolor (Jódar y Caro, 2023). A pesar de haber mejorado con el tiempo su comportamiento y trato con ella, han quedado congeladas emociones primarias que experimentó K en su infancia, habiendo necesidades no satisfechas. Se detecta la vergüenza/inadecuación como emoción primaria desadaptativa, oscurecida por la culpa, y su necesidad de sentirse vista, querida y aceptada por su madre.

Otro marcador que se detecta es la autointerrupción del enfado. El enfado surge en su día a día, como una emoción primaria adaptativa, ante la sobrecarga de responsabilidades y/o las exigencias de sus hermanastros para hacerse cargo de más responsabilidades y tareas. La aparición de esta emoción genera incomodidad en K, evita exteriorizarla y cuando alcanza un nivel elevado de malestar emocional, trata de regular a través de la comida. Dándose atracones de comida sin purgas o descargando el enfado de forma desbordante con su pareja y/o hijo. Y esta autointerrupción obstaculiza el desarrollo de tareas como la silla vacía con su madre o el diálogo con la voz crítica.

La segunda inicial es la E, que representa las emociones primarias, desadaptativas y adaptativas. Las emociones primarias desadaptativas o dolores emocionales nucleares que se detectan en K son la vergüenza ante la humillación y la tristeza ante la falta de conexión o cercanía con otros. Además del enfado ante la sobrecarga de responsabilidades desde joven. El enfado asertivo es una emoción primaria adaptativa que es autointerrumpida por la paciente, pero se detecta en ciertos momentos en sesión.

La siguiente inicial es la N, siendo las necesidades asociadas a la emoción primaria, que no están siendo satisfechas y siguen presionando. Siendo estas la necesidad de ser reconocida, aceptada y valorada por su familia. Junto con la necesidad de tener una voz propia y poder expresar y hablar desde sí misma.

La inicial S son las emociones secundarias que aparecen como reacción ante la activación de las emociones primarias y/o la conciencia de las necesidades, oscureciendo la conciencia emocional de K. Sobre todo en este caso se destaca el papel de la culpa, una emoción secundaria que continuamente surge en la paciente ante el más mínimo signo de enfado, tristeza... Aun así, en ciertos momentos se identifican otras emociones secundarias como la resignación, la desesperanza, la ansiedad, el miedo y la frustración.

Asimismo la inicial I representa los mecanismos o procesos interruptores que K ha desarrollado para protegerse del dolor que genera la activación de emociones primarias desadaptativas y del malestar secundario causado por la crítica interna. En K se detecta la evitación emocional y experiencial. K suele aislarse en su habitación, utilizar las nuevas tecnologías para evadirse de su realidad o centrarse en los cuidados y necesidades de su hijo. En ciertos momentos, cuando el malestar emocional incrementa considerablemente, suele utilizar los atracones alimentarios.

La última inicial es la T, siendo los temas que se relacionan con los esquemas emocionales de K, que forman parte de las dificultades que muestra K a día de hoy. Y se pueden separar en aspectos de sí misma (yo-yo):

- Autocrítica con su estilo de vida, elección de parejas y situación laboral
- Falta de autoestima y valores propios
- Infravaloración de sus propios logros y sobreestimación de sus errores

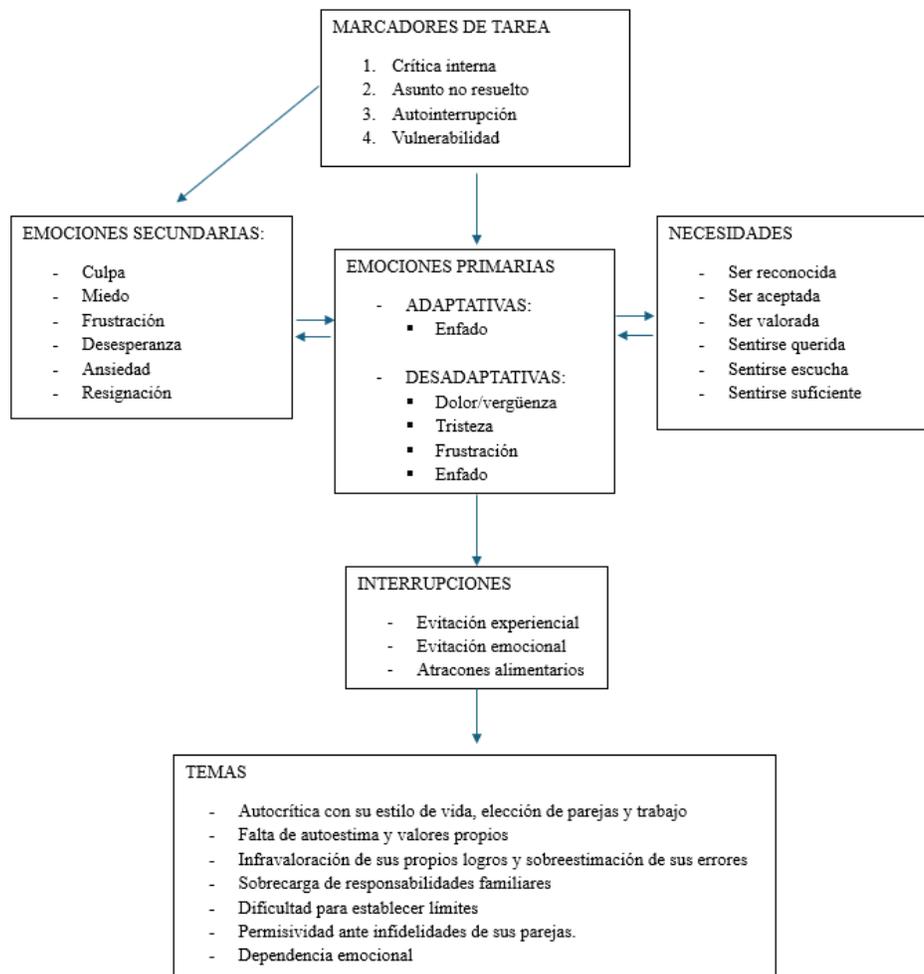
Y aspectos con los demás (yo-otros):

- Dificultad para establecer límites con sus hermanos.
- Sobrecarga de responsabilidades familiares que no le corresponden y asimilación de un rol que no corresponde con una adecuada jerarquía familiar.
- Dificultad para expresar enfado asertivo con su familia
- Falta de comunicación con sus hermanos.

- Asuntos inacabados con sus progenitores.
- Permisividad ante las infidelidades de sus parejas.
- Dependencia emocional en las relaciones de pareja.
- Rechazo de su madre y familia hacia su forma de vivir, carrera profesional, pareja sentimentales.

Figura 2

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



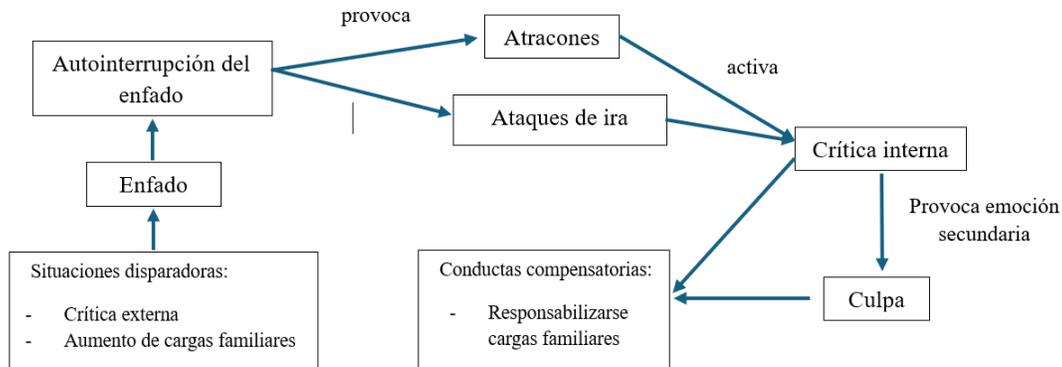
Nota. Fuente: elaboración propia.

A continuación, se muestra un esquema que representa como ante una situación determinada surgen los tres marcadores señalados anteriormente, la autointerrupción del enfado,

la crítica interna y el asunto no resuelto con su madre. Con el propósito representar la relación de estos marcadores en relación al malestar emocional que experimenta K tras discusiones familiares o críticas recibidas por ellos.

Figura 3

El enfado y su autointerrupción.



Nota. Fuente: Elaboración propia

8. Tratamiento

El tratamiento con K se inició el 14 de octubre de 2024 y finalizó el 8 de abril de 2025. Siendo sesiones de modalidad presencial, un total de 13 sesiones, con una duración de una hora aproximadamente. K desde el inicio del proceso terapéutico mostró mucha implicación, motivación y disposición al cambio. No obstante, las responsabilidades con su familia y su trabajo provocaron la cancelación de unas 9 sesiones, habiendo meses donde solo pudo asistir a una sesión. Y hubo dos sesiones que fueron canceladas por temas de salud. La cancelación de las sesiones generó en la paciente mucha culpa y frustración consigo misma, al percibir que no podía dar más de sí para con su proceso terapéutico. En sesión, fue una paciente muy receptiva, sensible, honesta y sincera. Desde la primera sesión mostró mucha confianza con el proceso. No teniendo problema en salir de su zona de confort, confiar en las herramientas que se le iban mostrando o en las técnicas que se le aplicaron.

El objetivo central al comienzo del proceso fue crear un espacio seguro y de confianza para la paciente. Y alcanzar una buena alianza terapéutica, para que, a través de ella, se pudiera dar una experiencia interpersonal emocionalmente coercitiva que favoreciera la transformación emocional

de la paciente (Jódar y Caro, 2023). Siendo el segundo objetivo establecido. Asimismo, la importancia de la construcción de la alianza también se contempló al considerarla una base sólida sobre la que, más adelante en el tratamiento, utilizar para proponer las tareas terapéuticas, para poder activar y profundizar en sus esquemas emocionales desadaptativos de la paciente. Empleando para ello la sintonización empática momento a momento, explorando y afirmando empáticamente en los momentos en los que se encontraba la paciente en estados de vulnerabilidad profunda.

El resto de los objetivos y metas del tratamiento, siguiendo las indicaciones de la TFE, se establecieron a partir de los marcadores detectados en la paciente durante las primeras sesiones. El principal marcador que se detectó fue la crítica interna, estableciendo como objetivo la resolución del conflicto entre la parte crítica y la parte experiencial (Jódar y Caro, 2023) a partir del diálogo de voces.

La escisión crítica al estar relacionada con otro marcador, concretamente con el marcador de asuntos no resueltos con la figura significativa, planteándose el trabajo con la silla vacía. Colocando en la silla a la figura significativa identificada por la paciente como la voz de su crítica interna durante el diálogo con la crítica. Uniendo las dos tareas con el propósito de, además del anteriormente mencionado, alcanzar la transformación de la imagen interna del otro significativo y la transformación emocional del dolor histórico que presenta K (Jódar y Caro, 2023), siendo otro objetivo.

Un quinto objetivo fue la expresión y la transformación de la culpa para poder acceder a la emoción primaria desadaptativa, empleando la silla vacía, el diálogo con la escisión crítica e interruptora y la exploración empática. Asimismo, a través de la atención y reflexión de sus experiencias emocionales, otra meta fue el aumento de la consciencia de sus esquemas emocionales desadaptativos, los cuales modulan la atención, las expectativas, los tipos de emociones que se activan.

Los objetivos restantes que se plantearon estuvieron relacionados con el desarrollo de una mirada más compasiva hacía ella misma y aprender nuevas estrategias de regulación emocional. Además de la mejora de autoestima a través de la integración de las diferentes partes del self y la identificación de los recursos y fortalezas personales.

De la sesión 1 a la 7, nos centramos en construir la alianza terapéutica, recabar información sobre su infancia y adolescencia, la relación con su familia, la relación con su expareja, el padre de su hijo, su relación sentimental actual y su situación laboral. Reconstruyendo el contexto que rodeaba a la paciente, detectando las situaciones disparadoras actuales, las experiencias del pasado que dan sentido a sus heridas emocionales, las diferentes formas de autotratamiento de ese dolor emocional y los mecanismos distractores o interruptores. La información recabada se utilizó para plantear las tareas en las siguientes sesiones, para el desarrollo y construcción de las sillas, el diálogo con la escisión crítica e interruptora, y para poder realizar devoluciones en determinadas sesiones, revelando la formulación de su caso.

En la sesión 8 la paciente identificó una interacción con su madre a través de la cual se activó su herida de rechazo. Haciéndose más consciente en la paciente el esquema emocional desadaptativo activado. Favoreciendo estas circunstancias el empleo de la tarea de la silla vacía con su madre. Una vez explicado el propósito de la tarea y en qué consistiría, la paciente, con cierto nerviosismo, aceptó. Y como en toda tarea que fue sugerida, se le recordó su derecho a negarse a continuar en cualquier momento durante el ejercicio.

Comenzamos la silla vacía en la silla del self, realizando varias respiraciones profundas para calmar el nerviosismo de K. Continuamos activando esas sensaciones que traía, relacionadas con su herida de rechazo, pidiéndola que imaginara a su madre en frente de ella, en la sala en la que se encontraba. Fuimos preguntando por cómo la veía sentada, cómo se sentía su cuerpo al mirarla y dónde localizaba la sensación. Una vez se activó el esquema emocional y la activación emocional era productiva, pedimos a K que relatara a su madre cómo la hacía sentir cuando ella la rechazaba y criticaba. Expresó todo el sacrificio que hizo por su madre, intentando ser lo que ella quería que fuera. No obstante, su escisión crítica e interruptora se activaban, activando emociones secundarias como la culpa e interrumpiendo la expresión del enfado primario: “*quizás tú no me pediste que me sacrificara*” o “*tampoco yo tuve el valor de decirte que no*”. En esos momentos, se validaba esa culpa, pero tratábamos de volver de nuevo a activar las emociones primarias desadaptativas, la tristeza de sentirse rechazada, insuficiente y enfado de no haber podido ser ella misma y de todos los sacrificios realizados. Volviendo a pedir a K que dijera lo que necesitaba de su madre. Entre lágrimas dijo: “*Necesitaba que me quieras tal y como era*”, “*que me dijeras que no era culpable del fin de tu matrimonio*”, “*que me no me compararas con otras niñas*”, “*que me*

protegeras”, “*necesitaba a alguien que me impulsara a buscar mis verdaderos intereses*”. K sintió mucha tristeza y una opresión en el pecho muy intensa al decir todo esto a su madre. Mencionó también que veía a su madre triste y fue en ese momento cuando empezaron los sofocos, sintiendo una sensación pesada en todo el cuerpo. Considerando que de nuevo la paciente no permitía la expresión del self, activándose el peso de la culpa, diciendo: “*a pesar de todo, la quiero muchísimo*”. Acercándonos en ese momento y por primera vez a un self colapsado, que en las siguientes sesiones volvería a aparecer.

Cuando K se colocó en la silla de la madre, los sofocos y la sensación de pesadez aumentaron considerablemente, la activación emocional dejó de ser productiva y solamente pudo decir al self: “*yo la veía normal*”, con tono de tristeza y pesar. La silla vacía finalizó en ese momento. Dejamos un tiempo a la paciente para volver en sí y ella nos dijo que había sentido una sensación de ahogo similar a cuando padecía de asma de pequeña. Desde que se trasladó a vivir a Madrid no la había vuelto a padecer hasta ese momento en sesión. Luego las sensaciones corporales fueron disminuyendo, el asma cesó, dejándola física y emocionalmente agotada.

K se sorprendió del peso que había percibido a través de la tarea, sobre todo al colocarse en la silla de su madre. Expresó una pena muy grande hacia ella misma y después, en relación a su madre. Le devolvimos que en ella había una lealtad familiar muy grande, sobre todo con su madre: “*yo por ti*”. El sacrificio por contentar, por hacer feliz a una madre, la cual realmente no veía a K, no veía sus esfuerzos e intentos por complacer. Una relación que se basó en el hacer, en el sacrificarse y en el responsabilizarse de cargas ajenas, con el propósito de ser vista y querida. Pero ahora, las cargas que traía con su familia se habían unido a las cargas de la vida que ella estaba construyendo con su hijo, aumentando aún más la sensación de peso. Cuestionando la propia paciente su papel y función en su familia de origen y siendo más consciente de los efectos negativos que puede tener para con la familia que ella está construyendo con su hijo.

Le propusimos, como tarea de autoconsuelo, que visualizara a K de niña en esos momentos donde surgiera el deber, las obligaciones con los demás y la culpa por no dar más de sí misma, es decir, en los momentos donde surgiera la crítica interna. Y no nos olvidamos de reforzar su capacidad para mentalizar, para colocarse en el lugar del otro, pero recordándole que no debía olvidarse de sí misma.

La sesión 9 la dedicamos a explorar los efectos de la silla vacía en K ya que habían pasado 2 semanas desde la última sesión. Una silla que había dejado impresionada a la paciente ante las sensaciones físicas que experimentó, pudiendo acceder a esa tristeza primaria desadaptativa, pero no al enfado. Y K nos pidió información sobre la técnica empleada. En la anterior sesión se habían hecho presentes los efectos de la escisión interruptora, siendo una parte del self que iba a dificultar y obstaculizar el resto de las tareas terapéuticas. Y siguiendo las indicaciones y recomendaciones de la TFE (Jódar y Caro, 2023), pasó a ser el aspecto central a trabajar en las siguientes sesiones.

En esta sesión profundizamos en esa madre triste que K había percibido en la silla, una madre diferente a la relatada anteriormente. Observando que la paciente desde muy pequeña había percibido la tristeza de su madre y se había hecho responsable de esta. Conectándolo con la situación actual, donde K se ha hecho cargo de su madre ante el reciente fallecimiento de padre. No siendo consciente del peso que conlleva, haciéndose responsable no solo de su madre, sino de la familia entera. Ocupando una posición similar al padre de familia. La paciente a partir de la sesión anterior, recordó una experiencia traumática de niña en relación a su madre y exploramos las emociones que sintió y las que sentía al relatarlo. Asimismo, K se dio cuenta esa semana de cómo una sobrina suya, que tenía una relación muy fusional con su madre, le recordaba a lo que había experimentado de niña. Cómo la crítica de su madre hacia su sobrina activaba en ella la necesidad de protegerla, de frenar la crítica de su madre, de decirle a su sobrina que ella podría decir todo lo que pensaba y sentía. También expresó cierta nostalgia y anhelo de haber sido una niña más cariñosa y contestona como era su sobrina con su madre. Y aunque le costaba abrazar a su sobrina, ahora se lo permitía más, sintiéndolo como un abrazo con la niña que fue.

La paciente se mostró reacia a continuar la tarea de la silla vacía de momento y validamos su sinceridad y que nos comunicara cómo se había sentido y lo que necesitaba para esa sesión.

La sesión 10 la dedicamos al diálogo con la autointerrupción. Detectado el marcador de la autointerrupción en la sesión y empleando las situaciones que también traía la paciente donde su enfado había sido autointerrumpido. Se realizó la tarea del diálogo de las dos sillas para la autointerrupción y se emplearon dos cojines para representar al self y a la autointerrupción, ya la paciente se mostró reacia a emplear las sillas, recordando la intensa experiencia que vivió en la sesión 8. K iba cogiendo un cojín u otro siguiendo nuestras indicaciones. Se comenzó con la

autointerrupción, representando física y verbalmente los métodos que utilizaba para frenar el enfado del self. Experimentando la interrupción como una roca inmensa, fuerte, en medio del camino, tratando de tapar la boca del self. Al pasar al self, a la parte interrumpida, la percibió como una niña de 8 años, esa niña que fue. Mostrando a un self desesperanzado, indefenso y vulnerable. Aceptando la censura de la interrupción. Detectando en ese momento el marcador de vulnerabilidad y empleando la tarea de autoconsuelo, al alcanzar la paciente un estado de vulnerabilidad profundo: *“Tiene razón”, “Le creo”, “Es verdad, si digo lo que pienso voy a hacer daño”*. La tarea de autoconsuelo se planteó para que la adulta se hiciera cargo de esa niña y que la niña pudiera escuchar lo que necesitaba de la adulta: *“Yo ahora te veo, te acepto y te quiero”, “Tú puedes hablar, decir, hacer lo que quieras y sientas, vas a seguir siendo querida por mí pase lo que pase”*. Finalizando con la visualización de un abrazo entre la niña y la adulta. Tras la tarea, la adulta se colocó en el self y comenzó a hacerse cargo de la autointerrupción, sintiéndola menos pesada, colocada hacia un lado del camino, pero permaneciendo cerca.

Al final de la sesión, K se dio cuenta de que la que se sentó en la silla vacía con su madre en la sesión 8 fue su niña de 8 años y no la adulta. Siendo consciente en ese instante de que en muchos momentos de su vida esa niña de 8 años se hacía presente, ese self desesperanzado e indefenso, y tomaba las riendas de su vida. Sintióse una niña en el cuerpo de una adulta. Le sugerimos que observara esa semana cuándo esa niña de nuevo se presentaba para ver en qué situaciones surgía ese estado de vulnerabilidad profundo y aumentar así en la paciente la consciencia sobre ese estado y los efectos que tiene en ella. Además de escribir a esta niña una carta desde la adulta que era ahora, expresándole aquello que sintiera que su niña necesitaba escuchar de ella.

La sesión 11 fue dedicada a explorar las formas de regulación emocional de la paciente, concretamente los atracones de comida y el malestar emocional que le generaban. Realizándose una psicoeducación en relación a la función que tienen normalmente las conductas alimentarias en relación a la regulación emocional. Explorando la función concreta que tenía esta conducta en la paciente y el origen de esta. La paciente relató cómo desde pequeña en la comida, en el dulce sobre todo, encontraba un desahogo, un alivio, aunque supiera que iba a enfadar a su madre al comerse todos los pasteles de la casa y que iba a ser criticada tras hacerlo.

Al final de la sesión y debido al malestar emocional que la paciente traía ese día, decidimos aplicar la tarea de despejar un espacio. Luego le mandamos un audio con la tarea para que pudiera utilizarlo cuando ella lo necesitara. En esta sesión comprendimos que la autointerrupción del enfado no solo se mostraba en las explosiones de enfado que tenía de vez en cuando, sino a través de los atracones de comida. Siendo una forma de regular ese enfado no expresado, no exteriorizado, *“comiéndose su propio enfado”*. Esto le fue devuelto en la siguiente sesión una vez fue supervisado con otros profesionales.

En la sesión 12 volvimos a tratar el enfado y la autointerrupción. Tras comentarnos el malestar que le suponía la convivencia con su hermana, se le propuso realizar una silla vacía con esta. Teniendo como propósito la expresión del enfado primario y observar lo que generaba esta expresión en relación a su crítica interna e autointerrupción.

En la silla con su hermana, K no podía enfadarse con ella. Pudo expresar el malestar que esta generaba en su madre e hijo, pero no en ella. Se retorció en la silla al decir a su hermana que estaba incómoda con su presencia. Detectamos de nuevo la autointerrupción cuando mencionó: *“soy mala persona, soy una egocéntrica que solo piensa en ella misma”*. Expresando cierto reparo y miedo al tener que hablar con su hermana. En ese instante decidimos realizar el diálogo de las dos sillas para la autointerrupción, empleando de nuevo los cojines.

Comenzamos con la parte interruptora, aquella que no permitía a K expresar enfado y malestar a su hermana. Esta parte decía: *“Eres egoísta, estás pensando solo en ti. Te parecerá bonito decir eso a tu hermana. Eres una mala persona”*. Cuando pasamos al self, a la parte interrumpida, se volvió a mostrar indefenso y vulnerable ante la interrupción. K mencionó sentirse realmente como una niña pequeña ante su hermana, sintiéndose cada vez más pequeña y no pudiendo hacerle frente. El self colapsado y desesperanzado volvía en K, haciéndola sentir incapaz de tomar una decisión, de hablar, de parar los pies a su hermana o a su autointerrupción. En ese momento, K expresó un intenso enfado y rabia hacia sí misma por no poder hacer nada, por quedarse al final en su habitación encerrada con su hijo, mirando el móvil. Detectando el marcador de la crítica interna severa y proponiendo en ese momento la tarea del diálogo de dos sillas para la crítica interna.

La paciente en la silla de la crítica, expresó el enfado y la rabia que no se permitía sacar con su familia, pero ahora sí consigo misma. Lanzando con rabia varios cojines contra la silla del self. Siendo una crítica severa que decía: *“Mira qué ejemplo le das a tu hijo sobre cómo lidiar con todo esto. No haces nada. Te mereces estar en esa situación. No vas a salir de ella, te vas a quedar ahí siempre”*. Y en uno de los cambios de silla, el self reconoció en la crítica interna la voz de su propia madre cuando era pequeña: *“Eres una niña, no tienes derecho a estar triste. No te ha pasado nada malo como para estar así. No se ha muerto nadie”*. Conectando con el marcador de asunto no resuelto y reconociendo que la experiencia que tiene con su hermana a día de hoy coincide con cómo ella se sentía con su madre cuando era pequeña. Relacionando el miedo que sentía en la silla vacía con su hermana con el que sintió con su madre.

En la silla del self, siempre encontrábamos a un self colapsado, indefenso, con cierta tristeza ante la dureza de las palabras de la crítica, de su madre, de su hermana... Asimilando poco a poco el discurso de la crítica interna como la dura realidad que debía aceptar. Pero llegamos a encontrar la fuerza que necesitaba el self en la relación con su hijo. K comentó que cuando a su hijo le criticaban o él se criticaba a sí mismo, ella rápidamente cuidaba de él, lo protegía, le transmitía compasión, cariño, algo que ella misma vivía con sorpresa: *“Siempre he creído que no era importante, que lo que sentía no era importante. Puedo decirle cosas bonitas a mi hijo, pero no a mí misma”*. Volviendo a traer la tarea de autoconsuelo propuesta sesiones atrás, pero con una intención más clara. Proponiendo a K que trajera a su hijo cuando esa crítica interna o autointerrupción surgieran en ella y se preguntara: *“Sí esto que me digo a mí misma ahora, se lo dijera mi hijo, ¿cómo me sentiría? ¿qué me saldría hacer?”*. Siendo una forma de cultivar poco a poco la compasión consigo misma y sabiendo que puede mostrarla con su hijo.

Al final de la sesión, la paciente pidió una explicación de por qué sentía tanta ansiedad y angustia emocional. Devolviendo a K la formulación de su caso a través de la figura 3.

En la sesión 13 nos centramos en el self desesperanzado y colapsado. Se realizó una devolución de sus progresos alcanzados hasta ahora en sesión, además de trabajar las expectativas que tenía ante el proceso terapéutico y los cambios se exigía a sí misma lograr antes de finalizar el proceso terapéutico. Validando al self colapsado, cansado por las obligaciones familiares, laborales y por los problemas de salud que seguía arrastrando. Centrándonos en la tarea de la

afirmación empática de la vulnerabilidad. Llegando de nuevo al tema de la compasión consigo misma, donde volvimos a explicarle el propósito de la tarea de autoconsuelo planteada en la anterior sesión. Señalando y validando su elevada capacidad de consciencia y de identificar la presencia de la crítica interna.

Tabla 2

Objetivos específicos y técnicas aplicadas en cada una de las sesiones.

S	Objetivos específicos	Técnicas aplicadas
1	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el motivo de consulta - Forjar una alianza terapéutica - Conocer las experiencias previas terapéuticas - Conocer contexto familiar, sentimental y social de la paciente - Explicar el marco terapéutico y en qué va a consistir el proceso terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo empático - Seguimiento - Sintonización empática momento a momento - Afirmación empática de la vulnerabilidad
2	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las estrategias de afrontamiento de la paciente ante la voz crítica - Profundizar en sus lazos familiares, vivencias de la infancia y relaciones sentimentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Respuestas exploratorias - Reflejo empático
3	<ul style="list-style-type: none"> - Profundizar sobre su relación sentimental, su embarazo, la ruptura con su expareja. - Conocer las estrategias de afrontamiento y regulación de su sintomatología ansiosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Respuestas exploratorias - Conjeturas con pregunta de ajuste - Psicoeducación - Reflejo empático
4	<ul style="list-style-type: none"> - Genograma familiar - Roles familiares - Profundizar sobre historias de maltrato, infidelidad en la familia de origen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Respuestas exploratorias - Conjeturas con pregunta de ajuste - Revelación del proceso - Reflejo empático
	<ul style="list-style-type: none"> - Genograma familiar - Profundizar en los lazos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas.

5	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar relación entre hermanos y con los padres - Identificar su rol en la familia - Identificar las situaciones disparadoras, junto con las necesidades y deseos implícitos y las emociones secundarias que oscurecen estas necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Respuestas exploratorias - Conjeturas con pregunta de ajuste - Revelación del proceso - Reflejo empático - Exploración empática - Afirmación empática de la vulnerabilidad
6	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar su relación sentimental actual 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Reflejo empático - Exploración empática - Revelación del proceso
7	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar acontecimientos durante las vacaciones de Navidad - Profundizar en su herida emocional y en las situaciones disparadoras - Identificar las necesidades y deseos implícitos 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Revelación del proceso - Reflejo empático - Exploración empática - Afirmación empática de la vulnerabilidad
8	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar el marcador de asunto no resultado con el otro significativo - Explicar y aplicar de la tarea de la silla vacía (realizando la primera y segunda fase) - Contactar, acceder y expresar el dolor histórico al otro significativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Silla vacía - Afirmaciones empáticas - Conjeturas - Respuestas de interpretación - Revelación del proceso - Sugerencias de proceso - Reflejo empático - Preguntas abiertas y exploratorias
9	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar cambios emocionales tras la silla vacía - Explorar acontecimientos tras las dos semanas sin sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Preguntas abiertas. - Preguntas exploratorias - Preguntas sobre datos - Respuestas exploratorias - Reflejo empático - Exploración empática - Conjeturas con pregunta de ajuste
	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y explorar el marcador de autointerrupción 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento

10	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar brevemente la autointerrupción y la diálogo con la autointerrupción 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo con la autointerrupción - Afirmaciones empáticas - Conjeturas - Respuestas de interpretación - Revelación del proceso - Sugerencias de proceso - Reflejo empático - Tarea de autoconsuelo - Preguntas abiertas y exploratorias
11	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar cambios emocionales tras la silla con la autointerrupción y la tarea de autoconsuelo - Aportar herramientas para una regulación deliberativa - Explicar y aplicar la tarea de despejar un espacio 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Despejar un espacio - Afirmaciones empáticas - Preguntas exploratorias - Reflejo empático - Exploración empática - Conjeturas con pregunta de ajuste
12	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar autointerrupción del enfado - Detectar marcador autointerrupción y crítica interna - Diálogo con la autointerrupción 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Revelación del proceso - Diálogo con la autointerrupción - Afirmaciones empáticas - Conjeturas con pregunta de ajuste - Respuestas de interpretación - Sugerencias de proceso - Silla vacía - Diálogo con la crítica interna - Tarea de autoconsuelo - Reflejo empático - Psicoeducación - Preguntas abiertas y exploratorias
13	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar y observar cambios emocionales tras la sesión anterior - Identificar y amplificar nuevas maneras de generar autocompasión - Devolución del progreso terapéutico alcanzado 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintonización empática momento a momento - Revelación del proceso - Afirmaciones empáticas - Conjeturas con pregunta de ajuste - Reflejo empático

Nota. La tabla muestra de manera resumida el tratamiento realizado con K. Organizado en apartados: “S”, indica el número de sesiones; “Objetivos específicos”, refleja los objetivos que se iban marcando para cada sesión, siempre teniendo en cuenta las necesidades de la paciente en cada momento, estando abierta la posibilidad de modificarlo y/o adaptarlos; “Técnicas aplicadas”, muestra las diferentes herramientas y tareas que se emplearon para la consecución de los objetivos marcados en esa sesión. Fuente: elaboración propia.

Cabe mencionar los continuos intentos de adaptación de las sesiones a las necesidades y estados emocionales de la paciente en cada momento. Sin olvidarnos de los objetivos establecidos al inicio del tratamiento. Esta adaptación a sus necesidades quedan reflejadas, por ejemplo, en el empleo de cojines a la hora de realizar el diálogo con la escisión interruptora. Teniendo siempre en cuenta el estado de salud de la paciente a la hora de organizar las sesiones, que fue delicado en algunos momentos del proceso terapéutico, experimentando un mayor cansancio del habitual. Y debido al extenso margen de tiempo que hubo entre algunas sesiones, se intercalaron sesiones donde aplicamos determinadas tareas terapéuticas, de acuerdo con la TFE, y sesiones donde solamente se realizó una exploración empática y/o se aplicaban técnicas de regulación emocional. Además de recordar a la paciente el protagonismo que le correspondía en su proceso terapéutico a la hora de decidir si se realizaba una tarea o no y el valor y la importancia de sus necesidades y límites. Teniendo ella siempre la última palabra en todo momento.

9. Resultados del tratamiento

Considero relevante destacar los aspectos que facilitaron y dificultaron el proceso de cambio e influyeron en los resultados del tratamiento. Dentro de los aspectos facilitadores, en primer lugar y de acuerdo con los principios para el trabajo emocional, la paciente mostró en las primeras sesiones un nivel elevado de conciencia emocional, siendo un elemento favorecedor del cambio emocional. En segundo lugar, la presencia de una actitud muy colaborativa y la disposición al cambio, características que permitieron la construcción de una muy buena alianza terapéutica en poco tiempo. En tercer lugar, la capacidad de insights a lo largo de las sesiones y fuera de estas. En muchos momentos, la paciente relataba haberse dado cuenta de emociones y vivencias del pasado que se activaban en su presente. Teniendo la capacidad para ir más allá de su propia experiencia emocional y tomar una perspectiva de observadora, relatándonos sus avances fuera de sesión. Sumando a esto, también encontramos su elevada capacidad para percibir la sensación sentida (felt sense), identificando fácilmente las sensaciones corporales durante el diálogo con las diferentes voces, con la figura significativa, percibiendo nítidamente el cambio físico y emocional de una silla a otra. Además de poder simbolizarla.

En relación a los aspectos que dificultaron el proceso, destaca la presencia de un yo colapsado y desesperanzado, acompañado de estados de victimización e indefensión. Los cuales dificultaban la movilización de la paciente o la detección de sus recursos y fortalezas personales.

9.1. Resultados cualitativos.

En relación a la expresión corporal y facial de la paciente observamos cambios durante el tratamiento. Comenzó el proceso con una tendencia a mantener una postura rígida, contenida, en las sesiones. Agarrando su mochila y objetos personales. Pero podemos decir que su expresión corporal en las últimas sesiones refleja su estado de confianza y relajación. A pesar de ser consciente del desgaste emocional que puede suponer alguna sesión, se muestra sonriente, tranquila, despidiéndose en más de una ocasión con un fuerte abrazo. Generando un clima de confianza, seguridad y cercanía.

En cuanto al nivel de experiencing (Klein et al., 1969), podemos considerar que la paciente alcanza un nivel 6, al ser capaz de llegar a conclusiones surgidas a raíz de intuiciones producidas por el hallazgo de significados en los sentimientos. Este nivel de experiencing se refleja en varios momentos, destacando a continuación cuatro de ellos:

- Cuando la paciente comprendió, a través de la tarea de autoconsuelo, por qué en ciertos momentos de su vida se había sentido como una niña pequeña vulnerable e indefensa, percibiéndose como *“una niña atrapada en el cuerpo de una adulta”*.
- Cuando la paciente entendió por qué las situaciones que vive en casa actualmente con su madre y su hermana activan continuamente su herida de rechazo y vergüenza.
- Cuando la paciente conectó el miedo que experimentaba al expresar su malestar a su hermana con cómo ella se sentía con su madre cuando era pequeña.
- Cuando la paciente, en una interacción con su pareja fuera de sesión, encontró un asidero/palabra que representaba cómo se sentía en la relación con su madre: *“rechazada”*.

De acuerdo con los principios para el trabajo emocional, la paciente ha conseguido llegar a ser consciente cada vez más de la presencia de la crítica interna en ella, de su origen y el efecto que genera. Además de observar la vulnerabilidad que experimenta y como esta la conecta con la niña que fue. Siendo consciente de su propia interrupción a la hora de poner límites a los demás y decir que no. Yendo un paso más allá, identificando, al final del tratamiento, esa parte que hay en

ella que quiere mejorar, cambiar su situación y que sabe que poco a poco todo cambiará y pasará. Viéndose reflejado en el diálogo entre voces, pasando de un self que decía: *“Es verdad, si digo lo que pienso voy a hacer daño”*, a que en las últimas sesiones diga: *“tú no sabes quién soy para decirme eso”* y *“merezo decir lo que pienso”*.

K comenzó a plantearse qué era lo que hacía por sí misma y qué hacía por los otros, comprendiendo que en ningún momento de su existencia se había preguntado lo que realmente quería. Dejando a un lado la situación en su casa, con su madre o con su hijo, y colocándose a sí misma en primera línea. Expresando emociones primarias y las necesidades que estas traían como por ejemplo: su necesidad de aprender a decir *“no puedo”*, de liberarse de cargas que no le corresponden y a pedir ayuda sin percibirlo como una carga que coloca a otro o una deuda que más tarde tendrá que pagar. Reforzando en cada sesión sus necesidades y deseos, destacando las situaciones donde decía *“no”* a algún hermano, a su madre o a su pareja.

La paciente es cada vez más consciente de cómo las experiencias de su pasado, de su infancia, se reflejan en su presente, se activan de nuevo aunque las circunstancias y las personas no sean las mismas. Observando un aumento de la reflexión emocional, integrando y articulando el significado implícito de las emociones que se activaban en su día a día y en sesión. Trayéndonos muchas veces a sesión reflexiones y conclusiones que había sacado a partir de interacciones con su madre, familia, pareja e hijo, relacionándolo con aspectos y situaciones trabajadas en sesión.

Grandes avances y resultados a nivel cualitativo que solo obtuvimos en 13 sesiones. Teniendo en cuenta todos los parones que se dieron por las vacaciones de Navidad y Semana Santa. Siendo el primer proceso terapéutico de la paciente hasta la fecha.

9.2. Resultados cuantitativos

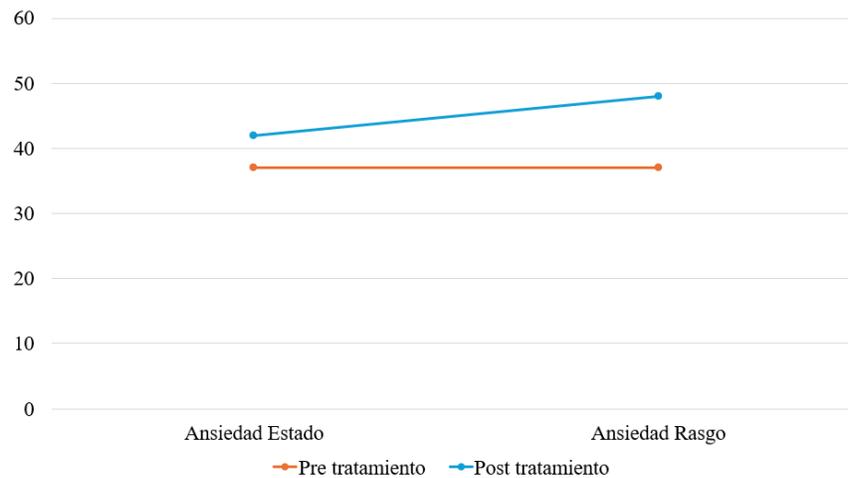
Aparte de los resultados cualitativos que observamos en la paciente al final, se recuperaron los cuestionarios aplicados al inicio del tratamiento. Teniendo el propósito de observar los cambios en las diferentes variables medidas por cada cuestionario. Se administraron los cinco cuestionarios el día 2 de mayo del 2025 por la noche, cuando la paciente se encontraba en su casa. Los resultados cuantitativos fueron los siguientes:

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (1982). C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushore. La paciente obtuvo una puntuación directa de 42 en la Ansiedad Estado y una

puntuación directa de 48 en la Ansiedad Rasgo, presentando un nivel alto en Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Teniendo en cuenta los baremos, la Ansiedad Estado de la paciente se encontraba en el centil 90 y la Ansiedad Rasgo se situaba en el centil 99. Presentando un estado emocional de ansiedad elevado y de nuevo vuelven a confirmar la propensión de la paciente a presentar estados ansiosos de manera estable.

Gráfico 1.

Comparación de los resultados del test STAI antes y después del tratamiento.



Nota. Fuente: Elaboración propia.

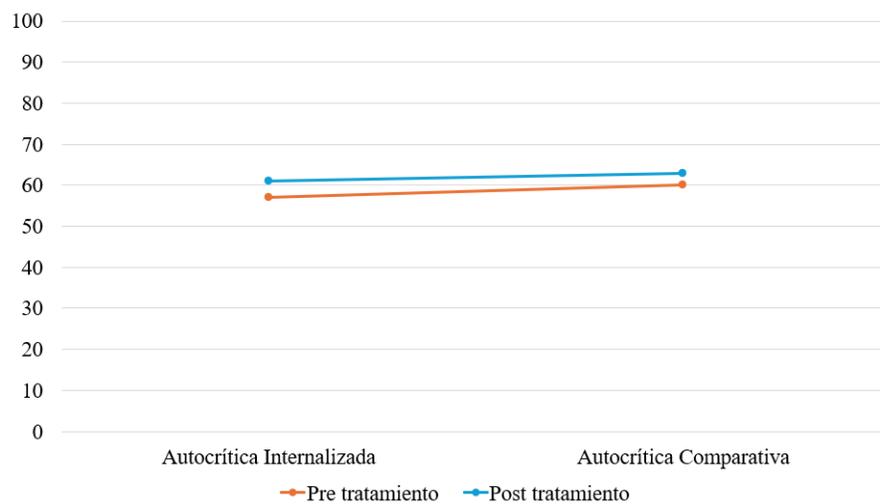
En comparación con las puntuaciones antes del tratamiento, se observa un aumento de las puntuaciones, sobre todo en Ansiedad Rasgo. El aumento en Ansiedad Estado puede deberse a las diferentes circunstancias estresantes que la paciente vivió tras el parón de Semana Santa. No pudiendo acudir al centro terapéutico durante 3 semanas seguidas. Asimismo, su nivel elevado de consciencia que es mencionado en los resultados cualitativos puede explicar el aumento de la Ansiedad Rasgo. Siendo más consciente de los pensamientos negativos automáticos que presenta en momentos de elevada ansiedad y estrés. Y el efecto que tienen en su valía personal, autoimagen, crítica y comparación con otros. Lo vemos con el ítem 28 “*Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas*”, pasando de una puntuación 2 a 3, siendo más consciente de la dificultad para sobrellevar las dificultades que encuentra en esos momentos de ansiedad. En el ítem 29 “*Me preocupo demasiado por cosas sin importancia*”, se observa la presencia de crítica interna en esos momentos de estrés, pasando de una puntuación 1 a 2. Y en el ítem 24 “*Me gustaría ser tan feliz como otros*”, pasa de una puntuación 2 a 3, mostrando también como su autocritica activa en ella

la comparación con los demás y su insatisfacción vital. Siendo más consciente de cómo reacciona su self en momentos de debilidad, vulnerabilidad y estrés.

Escala Niveles de Autocrítica (LOSC) (Thompson y Zuroff, 2004). La paciente obtuvo una puntuación de 63 en la autocrítica comparativa (CSC) y una puntuación de 61 en la autocrítica internalizada. Presentando una valoración de sí misma de forma negativa tanto al compararse con los otros como con sus propios estándares.

Gráfico 2.

Comparación de los resultados del test LOSC antes y después del tratamiento.



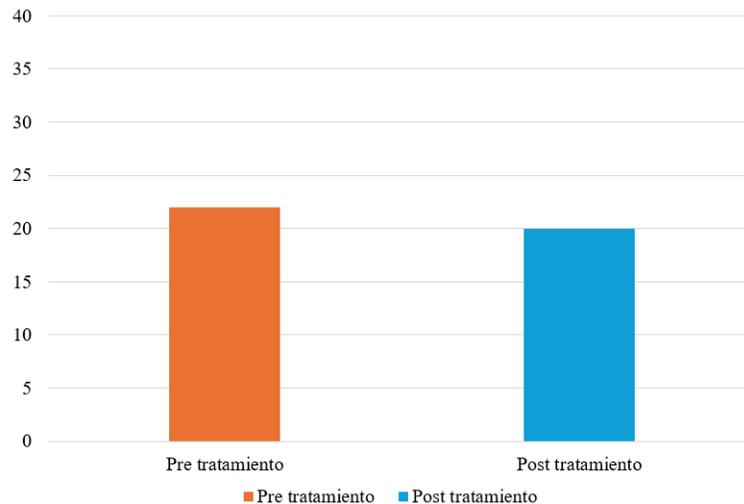
Nota. Fuente: Elaboración propia.

No hay una mejora de la autocrítica internalizada ni comparativa. No obstante, el incremento de las puntuaciones no es elevado, aumentando solamente entre 3 a 4 puntos. Siendo recomendable el seguimiento de las puntuaciones de autocrítica para evitar su aumento significativo. Este mantenimiento del nivel elevado en autocrítica puede explicarse por la presencia continuada de situaciones disparadoras que desregulan a la paciente, los problemas de convivencia que persisten en su casa. Además de los eventos estresantes durante el parón de Semana Santa. Asimismo, los efectos que desencadena la presencia de una puntuación elevada en autocrítica se reflejan en las puntuaciones en los cuestionarios de Autoestima de Rosenberg, de ansiedad y de habilidades en regulación emocional.

Escala de Autoestima de Rosenberg. RSE. (Rosenberg, 1965). El total obtenido por la paciente fue de 20 puntos, siendo interpretado como una autoestima baja.

Gráfico 3.

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



Nota. Fuente: Elaboración propia.

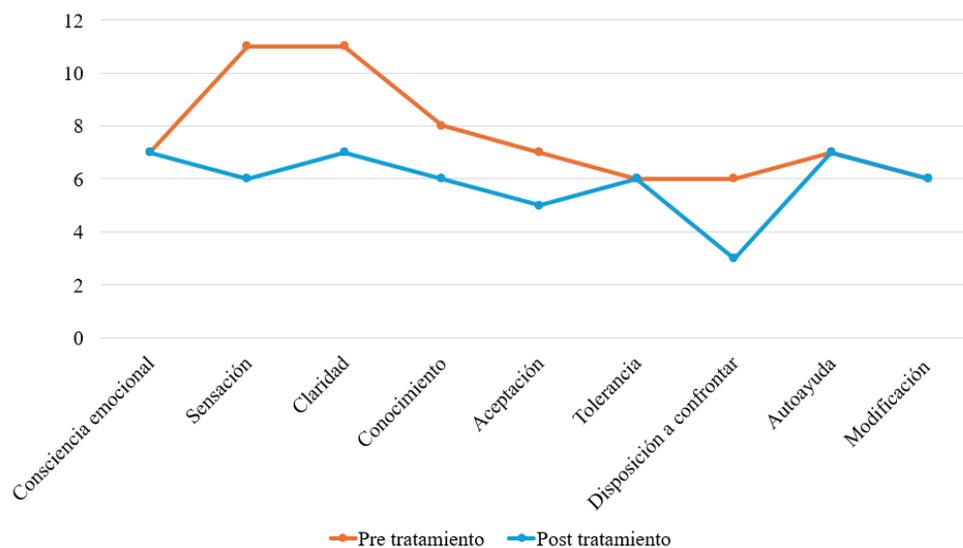
No hay una mejora en la autoestima, manteniéndose la paciente en un nivel de autoestima bajo, que refleja todavía problemas graves en relación a la imagen que percibe de sí misma, su falta de valoración de sus progresos. Observándose los efectos de esos niveles elevados de autocrítica, tanto internalizada como comparativa, que dan lugar a una imagen negativa, indefensa y derrotada de sí misma. Se destaca el ítem 6 “*Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a*” y el ítem 8 “*Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo*”. En el ítem 6, la puntuación pasó de un 3 a un 4 y en el ítem 8 se mantiene la misma puntuación, un 4. Reflejando ambos ítems, por un lado, el estado de indefensión y colapso que genera la elevada crítica interna, y por otro lado, la esperanza y la necesidad de cambio que una parte del self mostró en las últimas sesiones. Pudiendo ser el motor fundamental de cambio en su futuro proceso terapéutico, el mantener esa esperanza de cambio viva.

Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire (Orozco Vargas, et al., 2021). La paciente obtuvo una puntuación próxima a la media, una puntuación de 53, presentando un nivel moderado de habilidades de regulación emocional. Comparando las diferentes puntuaciones que obtuvo en los diferentes factores, la paciente muestra buena capacidad de claridad, teniendo la capacidad para identificar el tipo de emoción que experimenta y autoayuda, siendo los intentos realizados para autoanimarse ante determinadas emociones. Presentando más

dificultad en la aceptación de las emociones y en la disposición a confrontar emociones desagradables.

Gráfico 4.

Comparación de los resultados del test ERSQ antes y después del tratamiento.



Nota. Fuente: Elaboración propia.

No se observan mejoras en ninguno de los factores relacionados con la regulación emocional. Se mantienen las puntuaciones en consciencia emocional, tolerancia y autoayuda. Habiendo una disminución considerable en la sensación, claridad y disposición a confrontar, no teniendo la paciente la sensación de poder identificar el tipo y tomar consciencia de sus emociones, ni de poder conseguir metas independientemente de sus estados emocionales. Las puntuaciones finales pueden estar relacionadas con el estado de indefensión y de yo colapsado que en las últimas sesiones la paciente se encontraba. Reflejando los efectos que desencadena la presencia de una puntuación elevada en autocrítica.

El Cuestionario de Apego en la Adolescencia y Principio de Edad Adulta Revisado (CaMir-R) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). La paciente obtuvo en la dimensión seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, una puntuación T de 25,6, estando por debajo de la media (Media=50). Reflejando que la paciente no considera positiva la relación con sus cuidadores, ni antes ni ahora. No sintiéndose querida y percibiéndoles insensibles a sus necesidades, no estando disponibles para ella. En la dimensión de preocupación familiar, la paciente obtuvo una puntuación T de 59,6, por encima de la media, indicando la presencia durante

la infancia de ansiedad por separación y, actualmente, una excesiva preocupación por sus figuras de apego.

Asimismo, en la dimensión de interferencia de los padres, la paciente obtuvo una puntuación T de 74,9, por encima de la media. Señalando haberse sentido sobreprotegida en ciertos momentos, considerándose una niña miedosa, preocupada por ser abandonada por sus figuras de cuidado, experiencias que en sesión la paciente confirmó haber sufrido. Presentando representaciones mentales de sí misma y de sus figuras negativas y ambivalentes. Atribuyendo a estas figuras de apego el control de sus propias acciones y tomando una actitud pasiva y sometida para asegurarse la disponibilidad y la proximidad a estas figuras.

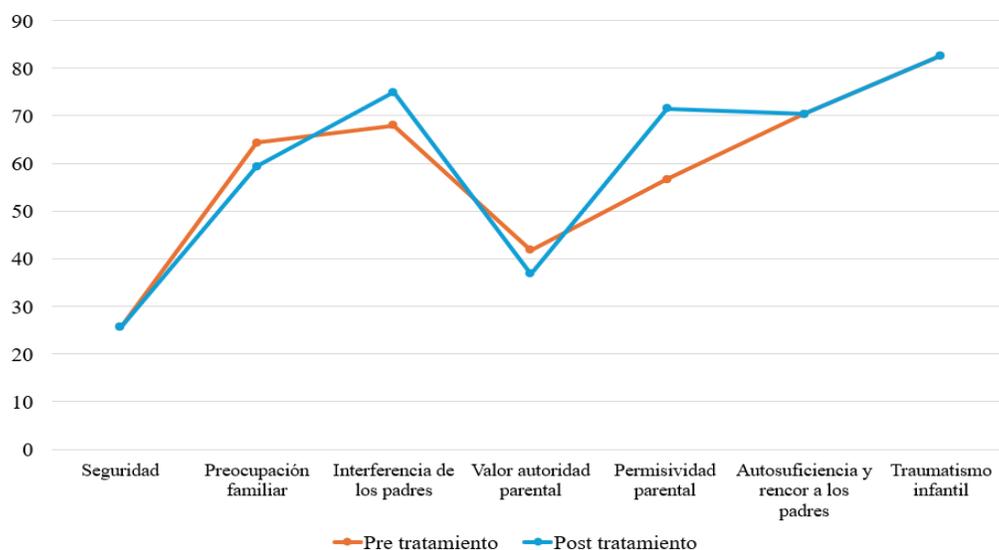
La dimensión de valor de la autoridad de los padres y la permisividad parental muestran la estructura familiar. La paciente en el valor de la autoridad de los padres obtuvo una puntuación T de 36,8, por debajo de la media, mostrando de nuevo cierta negación de la autoridad. En la permisividad parental, obtuvo una puntuación T de 71,5, presentando una mayor cantidad de recuerdos que muestran una falta de límites y guía parental durante la infancia.

En la dimensión de autosuficiencia y rencor contra los padres, la paciente obtuvo una puntuación T de 70,3, siendo una puntuación por encima de la media. Mostrando cierto rechazo a los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y pudiendo presentar cierto rencor hacia sus padres. No obstante, de nuevo las puntuaciones en preocupación familiar e interferencia de los padres fueron un poco más elevadas en comparación con la dimensión de autosuficiencia, habiendo una tendencia mayor a un apego inseguro preocupado que evitativo.

La última dimensión es el traumatismo infantil, presentando una puntuación T de 82,6, siendo la puntuación más elevada e indicando la presencia de recuerdos donde experimentó violencia, amenazas y una falta de disponibilidad por parte de sus cuidadores. Indicando de nuevo la presencia de un apego desorganizado. Además de señalar la falta todavía de procesamiento de los eventos traumáticos sufridos.

Gráfico 5

Comparación de los resultados del test ERSQ antes y después del tratamiento.



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Al comparar resultados, observamos una disminución en la dimensión de preocupación familiar y valor de la autoridad parental. Incrementándose la puntuación en la dimensión de interferencia de los padres y en la dimensión de permisividad parental. Siendo las mismas puntuaciones en la dimensión de seguridad, autosuficiencia y traumatismo infantil.

El aumento en la dimensión de interferencia de los padres y en la permisividad parental puede reflejar ese aumento de consciencia adquirido a través del proceso terapéutico que se menciona en los resultados cualitativos. Habiendo accedido a sus heridas nucleares y sacando a la luz recuerdos que conectaban con esa herida. Relatando en algunas sesiones recuerdos de su infancia, en relación al vínculo que tenía con su madre, con sus hermanos. Asimismo la disminución en el valor de la autoridad de los padres puede reflejar los efectos que produce mirar la herida nuclear y los recuerdos que vuelven, valorando de forma más negativa los valores familiares de la autoridad y la jerarquía. En cuanto a la disminución en la dimensión de preocupación, puede que sea de los pocos resultados que muestran las mejoras alcanzadas a través del proceso terapéutico y los logros conseguidos. Reflejando la disminución de la ansiedad por separación con sus figuras significativas. Algo positivo para la paciente que puede indicar el comienzo de su autonomía y la construcción de su propia vida.

Los resultados obtenidos al final del tratamiento pueden haberse visto afectados por las condiciones en las que se aplicaron, no manteniéndose las mismas condiciones que al inicio del tratamiento. Por falta de disponibilidad y tiempo, tuvimos como única opción el envío de los cuestionarios por vía WhatsApp. Dejando una semana a la paciente para poder responder. La paciente pudo hacerlos el último día a última hora de la noche. Un momento en el que se encontraba más cansada tras toda la jornada laboral, coincidiendo con la semana donde sucedió el incidente del apagón eléctrico, un evento estresante que afectó emocionalmente a muchas personas. Siendo una limitación a mencionar y se considera que en otras circunstancias, los resultados finales podrían haber presentado puntuaciones más cercanas a las puntuaciones al inicio del tratamiento.

Es relevante mencionar que las puntuaciones obtenidas a través de los cuestionarios mencionados están sujetas a margen de error. Sin embargo, no podemos olvidar la utilidad que también presentan los resultados cuantitativos al reflejar los efectos que generan en la paciente la presencia de un self colapsado e indefenso ante una autocrítica que aumenta considerablemente en momentos de ansiedad elevada. Incapacitándola para percibir sus propios logros, anulando su capacidad de regulación emocional. Percibiéndose en un estado de indefensión, a merced de sus propias emociones. Teniendo el control de su vida todavía su madre a través de la crítica interna. Y comparando los resultados cualitativos y cuantitativos, destaca la diferencia en la percepción de logros y avances, teniendo una visión más positiva de la paciente los terapeutas que la propia paciente.

10. Discusión

El presente trabajo muestra el tratamiento psicológico aplicado basado fundamentalmente en la TFE. Centrándonos en el tratamiento de la crítica interna, conectando este marcador con otros como, el de asuntos no resueltos con figuras significativas. Teniendo siempre en cuenta las necesidades y ritmos de la paciente. Y supervisando el caso ante dificultades, dudas y tomas de decisión sobre la dirección de las intervenciones. Los resultados cuantitativos obtenidos no reflejan una mejora en la sintomatología ansiosa, autocrítica ni autoestima. Contrastando con el aumento en el nivel de consciencia emocional, el incremento del nivel experiencial y la capacidad en la detección de las heridas nucleares y formas de autotratamiento de la paciente, que reflejan los resultados cualitativos.

El caso presentado es un ejemplo del impacto que puede llegar a tener la figura materna, uno de los principales cuidadores, y la relación diádica en la construcción del self y las formas de autotratamiento. Coincidiendo con las conclusiones plasmadas en los estudios de Blatt y Homann (1992) y McCranie y Bass (1984), mencionados en De Rosa et al. (2012). Representando a esa figura maternal como una madre en algunos momentos muy demandante en cuanto a los logros y deberes, siendo también vista como una figura indiferente al estado emocional de la paciente. Teniendo una relación fría, de control y castigo. Presentando una visión negativa hacia sí misma, coincidiendo con lo comentado en De Rosa et al. (2012). También el trabajo de Thompson y Zuroff (1998) muestran como la excesiva crítica y directividad de las madres puede ser internalizada en su futuras hijas, madres con niveles elevados de autocrítica dan lugar a hijas con elevados niveles de autocrítica. Yendo en la misma dirección que las conclusiones que se extraen del caso presentado.

Y siguiendo con la literatura mencionada que explica los resultados y las conclusiones alcanzadas, se considera óptimo volver a mencionar los trabajos Rector et al. (2000), Rose y Rimes (2018) y Shahar et al. (2012) (citados en Rogier et al., 2023), que señalan la autocrítica como predictor relevante de malos resultados en los tratamientos (Rector et al., 2000; Rose y Rimes, 2018; Shahar et al., 2012, como se citó en Rogier et al., 2023), confirmándose a través de los resultados obtenidos al final del proceso, pero no relacionándolo con la falta de vínculo con la paciente como se menciona en algunos estudios. Al mismo tiempo, en la revisión de Pekin y Güme (2024), la autocrítica afecta negativamente al funcionamiento normal, aumentando la vulnerabilidad psicológica a padecer trastornos emocionales como la ansiedad, siendo confirmado a través de la sintomatología detectada en el caso clínico.

Las limitaciones observadas durante el proceso terapéutico, en primer lugar, se destaca la presencia continuada de situaciones disparadoras, como las discusiones en casa, la crítica de su madre y hermana y la demanda continuada de sus hermanos. Resultando ser contraproducente para el tratamiento de la paciente. Siendo circunstancias que debido a las dificultades económicas para independizarse se han vuelto estables, dando lugar a pensamientos en la paciente como: “*te vas a quedar aquí para siempre*”. Aumentando sus niveles de crítica interna que desencadenaba finalmente un estado de indefensión y desesperanza, aumentando su malestar emocional. Asimismo, tuvo complicaciones de salud durante el proceso terapéutico, generando en ella una

fatiga extrema que en algunos ocasiones expresó durante las sesiones, adaptándonos al ritmo de la paciente.

Otra limitación es que, tanto al comienzo como al final del proceso, observamos cierta dificultad a la hora de agendar sesión con la paciente, debido a sus responsabilidades con su familia, hijo y trabajo. Teniendo que realizar, en algunos momentos, recordatorios para agendar la sesión. Su apertura y disposición al cambio al inicio del proceso terapéutico contrastaron con esta dificultad a veces para acceder a su agenda. Observando como las excesivas responsabilidades con la familia y con otros afectaron indirectamente a su propio proceso terapéutico. También los parones durante las vacaciones y algún puente favoreció a que en varias ocasiones pasaran de 2 a 3 semanas entre una sesión y otra. Dedicando la siguiente sesión a ponernos al día sobre los eventos sucedidos en la vida de la paciente, dejando a un lado las intervenciones y el trabajo con los marcadores detectados en anteriores sesiones. Centrándonos en la necesidad de la paciente de desahogarse emocionalmente. Pese a las pocas sesiones y teniendo en cuenta los objetivos marcados con la paciente, pudo alcanzar algunos de los objetivos propuestos.

También se perdieron sesiones por olvidos de la paciente. No obstante, la falta de tiempo para la terapia puede ser interpretada como el reflejo del cuidado y la atención que la paciente se dedica a sí misma. Dejándolo para el final, cuando ya no puede más. Atendiendo a las responsabilidades familiares antes que a las suyas y como hemos detectado, siendo conductas compensatorias para relajar esa crítica tirana.

Por último, también se detectan limitaciones en relación a la figura del terapeuta, siendo relevante señalar la escasa experiencia clínica del terapeuta en la aplicación de la TFE. Se trató de compensar a través de supervisiones con profesionales formados y con experiencia clínica en TFE. No obstante, en ciertos momentos del proceso terapéutico, hubo dificultades a la hora de encontrar métodos y técnicas diferentes para favorecer el empoderamiento y la salida del enfado primario.

Respecto a las recomendaciones para la práctica clínica y la investigación de casos clínicos con características similares, sería conveniente aumentar el número de sesiones. Además de tratar de tener un seguimiento semanal de la paciente, sobre todo en casos con una sintomatología grave y la presencia continuada de situaciones disparadoras y estresantes. Asimismo, se recomienda el empleo de herramientas de otras terapias como la Terapia Cognitiva y la Terapia Centrada en el Compasión, habrían podido aumentar las posibilidades de obtener mejoras en los niveles de

autocrítica. Pekin y Güme (2024) mencionan en su revisión el empleo de planes de tratamiento para la autocrítica con una perspectiva integradora. No se consideró en este caso el empleo de herramientas de otras perspectivas psicológicas al carecer el terapeuta de la formación necesaria para su aplicación en sesión, aplicando únicamente la TFE. Por último, se recomienda el intento de mantener las condiciones de aplicación de los instrumentos de evaluación y la identificación de otras variables extrañas que puedan influir en los resultados obtenidos.

En conclusión, el presente trabajo ilustra el posible origen de la crítica interna y los efectos nocivos en la construcción del self y los futuros problemas que puede desencadenar en la vida adulta. Como la presencia de niveles elevados de autocrítica y el impacto en la imagen de uno mismo. Dando lugar a estados de indefensión e incapacidad, quedando la persona anulada de toda capacidad de decisión, aumentando aún más las razones que alimentan a la autocrítica. Señalando la importancia del tratamiento terapéutico para este tipo de casos clínicos y necesidad de un tratamiento más largo y continuado para poder observar una mejora en la sintomatología.

11. Referencias

- 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.
- Berking, M., y Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27) [Development and validation of the Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ-27)]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 52, 142-151. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.2.141>
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107–157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J. y Homann, E. (1992) Parent–child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clin Psychol Rev*, 12:47–91. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90091-L](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90091-L)
- Blatt, S. J., D’Affliti, J. P. y Quinlan, D. M. (1976) Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.4.383>
- Brennan, M. A., Emmerling, M. E. y Whelton, W. J. (2015) Emotion-focused group therapy: addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Couns Psychother Res*, 15:67-75. <https://doi.org/10.1080/14733145.2014.914549>

- De Rosa, L., Dalla Valle, A., Rutzstein, G., y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 209-215.
- Drotar, D. (2009). Editorial: Case studies and series: A call for action and invitation for submissions. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), 795-802.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp059>
- Elliott, R. K., Greenberg, L. S., Lietaer, G., y Lambert, M. J. (Ed.) (2004). Research on experiential psychotherapies. In *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Fifth ed., pp. 493-539). John Wiley & Sons Inc..
- Elliott, R., Watson, J.E., Goldman, R.N., y Greenberg, L. S. (2004). Learning Emotion- focused therapy: The Process–Experiential approach to change. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Elliott, R., y Greenberg, L. (2021). *Emotion-focused counselling in action*. Sage Publishing.
- Gendlin, E. (1999). Implicit entry and focusing. *The Humanistic Psychologist*, 27(1), 80–88.
<https://doi.org/10.1080/08873267.1999.9986899>
- Grant, M., Salsman, N. L., y Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PLoS ONE* 13(10): e0205095.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0205095>
- Greenberg, L. S. y Paivio, S. C. (1997). Working with emotions in psychotherapy. New York, NY: Guilford Press.

- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). Emotion-focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>
- 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., 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., y Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 406-416. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406>
- Greenberg, L. y Johnson, S. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. Guilford Press.
- Holle, C. y Ingram, R. (2008) On the psychological hazards of self-criticism. In *Self-criticism and Self-enhancement: Theory, Research, and Clinical Implications* (Eds EC Chang):55-71. Washington DC, American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11624-004>
- Jódar Anchía, R., y Caro García, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción*. Desclée de Brouwer (Bilbao, España).
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T. y Kiesler, D.J. (1969), *The Experiencing Scale*. A research and training manual. Madison, Wisconsin: Wisconsin Psychiatric Institute, Vol. I, pp. 56-64.
- López Cavada, C. (2020). *Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción*.

- López-Cavada, C., Jódar, R., Timulak, L., y Corbella, S. (2024). Emotion-focused treatment for self-criticism in a nonclinical population: A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cou0000768>
- Low, C. A., Schauenburg, H., y Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75(1), Article 101808. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- McCranie, C. W. y Bass, J. D. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self-criticism: Implications for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 3-8. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.1.3>
- Miller-Bottome, M., Talia, A., Safran, J. D., y Muran, J. C. (2018). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic psychology : the official journal of the Division of Psychoanalysis*, 35(2), 175–183. American Psychological Association, Division 39. <https://doi.org/10.1037/pap0000152>
- Orozco-Vargas, A. E., García-López, G. I., Aguilera-Reyes, U., y Venebra-Muñoz, A. (2021). Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire: Análisis de su fiabilidad y validez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 4(61), 189-203. <https://doi.org/10.21865/RIDEP61.4.13>
- Pekin, Z., y Güme, S. (2024). Self-Criticism: Conceptualization, Assessment and Interventions. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 17(1), 107-123. <https://doi.org/10.18863/pgy.1455185>
- Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell. Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. Wexler & L.N. Rice

- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T. y Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 571–584. <https://doi.org/10.1023/A:1005566112869>
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a moderator between perfectionism and depression: a structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304–314. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.304>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Rogier, G., Muzi, S., Morganti, W. y Pace, C. S. (2023) Self-criticism and attachment: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. Volume 214, 112359, ISSN 0191-8869. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112359>.
- Rose, A. V., y Rimes, K. A. (2018). Self-criticism self-report measures: Systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 450–489. <https://doi.org/10.1111/papt.12171>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>
- Rush, A. T. B. A. J., Shaw, B., y Beck, A. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. Cap, 3, 53.
- Shahar B (2015) *Erosion: The Psychopathology of Self-Criticism*. New York, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199929368.001.0001>
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. y Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496–507. <https://doi.org/10.1002/cpp.762>

- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. y Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clin Psychol Psychother*, 19:496-507. <https://doi.org/10.1002/cpp.762>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. *Madrid: Tea, I.*
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (1998). Dependent and self-critical mothers' responses to adolescent autonomy and competence. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 311–324. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00155-4)
- Thompson, R., 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. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An emotion-focused approach* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315760650>
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S. y Reiss, N. (2019) The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: a systematic review - Update. *J Affect Disord*, 246:530-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>

12. Anexo

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética



Madrid, 18 de diciembre de 2024

Dictamen 047/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: “ABORDAJE DE LA VOZ CRÍTICA DESDE LA TFE (TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN)”, presentado por D^a. Lucía Hierro Fernández en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

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

El proyecto salvaguarda la dignidad de la persona participante en la investigación, la cual es una paciente adulta con sintomatología ansiosa y con dificultades para su regulación emocional. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante podrá mejorar su bienestar emocional y su autoestima. No existen riesgos sustanciales para la participante. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. En la investigación no participa ningún menor de edad. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

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

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

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario