



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

***“AUTOCONCEPTO FRAGMENTADO:
ESTUDIO DE CASO SOBRE CÓMO EL
PERFECCIONISMO, LA AUTOCRÍTICA
Y EL ROL DE CUIDADOR INFLUYEN
EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA
IDENTIDAD”***

Autor: Isabel Morer Gil

Tutor: Sofia Rademaker Martín-Municio

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo 2026

Resumen

En el presente estudio de caso único se ha analizado la relación existente entre variables, tales como: perfeccionismo desadaptativo y autocrítica, el Síndrome del Impostor (SI) y autoexigencia, el rol de cuidador y la capacidad de autorregulación. La sintomatología se ha caracterizado por sensación de no ser suficiente, baja autoestima, respuestas evitativas y procrastinación y un marcado diálogo interno basado en exigencias. La intervención se basó en un modelo integrador, teniendo en cuenta aspectos de Terapias Cognitivo-Conductuales, Terapia Centrada en la Compasión, Terapia de Esquemas y Terapia Gestalt. La evaluación se llevó a cabo a través de la combinación de herramientas cualitativas y cuantitativas (FMPS/MPS-F, FSCRS-SF, RRS, RSE, ZBI). Los resultados muestran una disminución de los rasgos de perfeccionismo desadaptativo y autoexigencia, mejoras en el diálogo interno y por ende, en la autoestima, así como un aumento de la toma de conciencia de las propias necesidades. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se apoya y fomenta el uso de un modelo integrador, a través de la incorporación de factores de las terapias Cognitivo-Conductual, terapias humanistas y gestálticas.

Palabras Clave: estudio de caso, perfeccionismo, autocrítica, autoexigencia, autoconcepto.

Abstract

The single-case study analyzed the relationship between variables such as maladaptive perfectionism and self-criticism, Impostor Syndrome (IS), the caregiver role, and self-regulation capacity. The symptoms were characterized by feeling of inadequacy, low self-esteem, avoidant behaviors and procrastination, and a marked internal dialogue based on demanding behaviors. The intervention was based on an integrative model, incorporating aspects of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Compassion-Focused Therapy, Schema Therapy and Gestalt Therapy. The assessment was conducted using a combination of qualitative and quantitative tools (FMPS/MPS-F, FSCRS-SF, RRS, RSE, ZBI). The results show a decrease in maladaptive perfectionism and self-criticism, improvements in internal dialogue and, consequently, in self-esteem, as well as increased awareness of one's own needs. Taking into account the results obtained, the use of an integrative model is supported and encouraged, through the incorporation of factors from Cognitive Behavioral therapies, humanistic and Gestalt therapies.

Keywords: case study, perfectionism, self-criticism, self-demand, self-concept.

ÍNDICE

Introducción.....	5
A. <i>Perfeccionismo y Autocrítica.....</i>	6
B. <i>Síndrome del Impostor (SI) y Autoexigencia</i>	7
C. <i>Rol de Cuidador y Autoconcepto</i>	8
D. <i>Marco Teórico de Intervención.....</i>	10
E. <i>Limitaciones en la Literatura Actual.....</i>	14
F. <i>Objetivo General y Objetivos Específicos del Estudio de Caso e Hipótesis</i>	15
Diseño.....	16
A. <i>Evaluación Cualitativa</i>	18
B. <i>Evaluación Cuantitativa</i>	18
C. <i>Instrumentos de Evaluación Aplicados</i>	18
Presentación del Caso.....	19
Antecedentes	21
A. <i>Resultados Cualitativos</i>	22
B. <i>Resultados Cuantitativos</i>	23
Formulación del Caso	25
Tratamiento y Curso.....	27
A. <i>Tipo de Intervención</i>	27
B. <i>Descripción de Objetivos Generales y Específicos</i>	28
C. <i>Descripción del Tratamiento</i>	29
D. <i>Vínculo Terapéutico y Contratrasferencia</i>	31
A. <i>Resultados Cualitativos</i>	32
B. <i>Resultados Cuantitativos</i>	33
1. <i>Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS/MPS-F)</i>	33

2. Escala de Formas de Autocrítica / Ataque y de Formas de Autotranquilizarse (FSCRS-SF).....	34
3. Escala de Respuestas Rumiativas (RRS).....	35
4. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).....	35
5. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI).....	36
Discusión.....	37
<i>A. Integración de los Datos con la Literatura Relevante</i>	<i>37</i>
<i>B. Limitaciones.....</i>	<i>38</i>
<i>C. Recomendaciones para la Práctica Clínica e Investigación.....</i>	<i>39</i>
<i>D. Aprendizajes Personales.....</i>	<i>40</i>
Referencias Bibliográficas	40
ANEXOS	42
<i>A. Anexo I. Resolución Comité de Ética</i>	<i>42</i>
<i>B. Anexo II. Consentimiento Informado.....</i>	<i>43</i>
<i>C. Anexo III. Declaración Uso IA</i>	<i>45</i>

Introducción

El presente Trabajo de Fin de Máster, correspondiente a un estudio de caso, protagonizado por una mujer de 52 años cuyo motivo de consulta y demanda se refiere a un elevado malestar relacionado con aspectos propios de perfeccionismo, autoexigencia y cierto miedo al fracaso, aspectos ante los cuales, la paciente expresa sentir cierta sensación de bloqueo e imposibilidad para avanzar.

La elección del caso se justifica debido al valor que aporta al estudio la propia multifactorialidad, presentada a través de la interacción de ciertos aspectos, tales como: la autocrítica, el perfeccionismo, el rol de cuidador en la construcción del autoconcepto de la paciente. Asimismo, el presente estudio de caso, pretende realizar una exploración de cómo todos estos aspectos podrían influir en la construcción de la identidad, así como ilustrar el uso de un modelo integrador para todo ello.

La paciente presenta patrones en los que las exigencias, los esquemas tempranos de autosacrificio y la dificultad para priorizar sus propias necesidades sobre las de los demás, las cuales se han enmascarado y condicionado la construcción de su propia identidad.

El presente estudio permitirá aportar y analizar cómo determinados aspectos, creencias y esquemas tempranos pueden acompañarnos a lo largo de nuestro ciclo vital e interferir en la construcción de nuestra identidad o esquemas.

Asimismo, y con el objetivo de comprender el funcionamiento emocional y cognitivo de la paciente en referencia a numerosas variables psicológicas, concretamente se explorarán: los rasgos de perfeccionismo desadaptativo y autocrítica, el Síndrome del Impostor (SI) y autoexigencia, el rol de cuidador y la capacidad de autorregulación, integrando cómo todas ellas interactúan y qué papel cumplen el desarrollo emocional y personal.

Del mismo modo, la elección de dichas variables se corresponde a la relación existente entre cómo la construcción de la identidad y autoconcepto se ve dificultado en perfiles en los que predomina una elevada autoexigencia, rasgos de perfeccionismo elevado y dificultad para priorizar las propias necesidades sobre las ajenas.

El marco teórico seleccionado para realizar el presente estudio de caso se justifica debido a la multifactorialidad que presenta el caso. Continuando en esta línea, se ha considerado oportuno adoptar un enfoque integrador, en el cual se tengan en cuenta la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Centrada en la Compasión, la Terapia de Esquemas y la Terapia Gestalt. Este enfoque permitirá un trabajo que se encuentre

alineado con las necesidades que plantea la paciente, así como con la consecución de los objetivos de trabajo planteados.

A. Perfeccionismo y Autocrítica

Entendiendo por perfeccionismo la tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart y Rosentable, 1990).

En los años 70 Hamacheck (1978), distingue dos tipos de perfeccionismo: “perfeccionismo normal”, de naturaleza y manifestación positiva y “perfeccionismo neurótico”, de naturaleza y manifestación negativa.

Posteriormente, Rice, Ashby y Slaney (2002), acuñaron los términos “perfeccionismo adaptativo” el cual se manifiesta en los individuos a través de elevadas expectativas de rendimiento y desempeño y mínima disconformidad, a diferencia del “perfeccionismo desadaptativo” en el que los individuos continúan experimentando elevadas expectativas de rendimiento y desempeño, pero sin embargo, presentan una alta disconformidad.

Perfiles de individuos con perfeccionismo desadaptativo suelen adquirir estrategias de afrontamiento que figuran como factores de mantenimiento.

Pensamiento dicotómico, experimentado a través del: “todo o nada”, “perfecto o inútil”, “capaz o incapaz”, siendo todo esto verbalizaciones, creencias y respuestas emocionales, extremas y absolutistas, sin dimensiones ni matices.

Autocontrol, omitiendo todas aquellas experiencias gratificantes y aquello que no se encuentre enfocado a la consecución y logro de sus metas.

Procrastinación, por miedo a no lograr sus metas, optan por dilatar el tiempo e incluso evitar la realización de aquellas tareas enfocadas a la consecución de sus objetivos.

La literatura disponible, y de acuerdo con De Rosa (2012) y de Rosa et al. (2012) destacan que la variable “perfeccionismo clínico” además de contemplan altos estándares, también engloba la realización de una evaluación del desempeño excesivamente crítica, actuando como factores de origen y mantenimiento de estrategias de evitación y procrastinación.

Asimismo, el perfeccionismo se encuentra estrechamente relacionado con el concepto de autocrítica. Autores tales como Shafran, Coper y Fairburn (2002), concluyeron que el principal factor mantenedor de la autocrítica se corresponde con el

perfeccionismo disfuncional, de igual manera y de acuerdo a la literatura actual, De Rosa (2012) y De Rosa et al. (2012) mantienen que la autocrítica es un factor central para la regulación emocional.

La autocrítica se corresponde con un esquema de procesamiento cognitivo asociado a la personalidad, se presenta a través de evaluaciones y juicios que las personas realizan sobre ellas mismas.

Autores tales como Thompson y Zuroff (2004) exponen dos tipos: autocrítica comparada y autocrítica internalizada. La autocrítica comparada se refiere a aquellos momentos o situaciones en las que los individuos se evalúan y consideran a sí mismos de manera negativa al compararse con los demás, percibiéndolos como superiores. En cambio, la autocrítica internalizada se encuentra relacionada con la percepción negativa que los individuos mantienen de ellos mismos, comparándose con sus propias expectativas internas. Es decir, no comparan su propia visión con los demás, sino que realizan una comparación de ellos mismos con la propia visión como insuficiente. Imponiéndose por ende objetivos superiores a los anteriormente establecidos.

Aquellas personas que se relacionan con un estilo de autocrítica internalizada, suelen mantener estilos de afrontamiento basados en inseguridades e inhibiciones, acompañado de sentimientos de inferioridad y culpa, provocando, por ende, conflictos internos. El miedo ante posibles equivocaciones tiende a producir una falta de involucración y acción.

En aquellos casos en los que el autoconcepto se ha forjado basándose en una elevada autocrítica (exigencias, rigidez, autoevaluación negativa, etc.) suele asociarse con notables rasgos de perfeccionismo. Internalizando secuencias de afrontamiento tales como: autoconcepto basado en la autocrítica – elevada autocrítica – rasgos de perfeccionismo desadaptativo, que condicionan su forma de relación tanto a nivel emocional como personal.

B. Síndrome del Impostor (SI) y Autoexigencia

Existe una clara correlación entre rasgos elevados de autoexigencia y el Síndrome del Impostor (SI), fenómeno descrito por Pauline Clance y Suzanne Imes, en 1978, por el cual, los individuos dudan de sus logros, de sus capacidades y viven con el temor, de manera persistente, de ser desenmascarados como un fraude, a pesar de todos los logros alcanzados, en ocasiones, estas creencias pueden resultar compatibles con rasgos de personalidad perfeccionistas. Es decir, rasgos de perfeccionismo desadaptativos funcionan como factor de mantenimiento y predicción del Síndrome del Impostor (SI).

El Síndrome del Impostor (SI) puede ser considerado y sentido por los individuos como una ambivalencia, por un lado, se consideran objetivamente competentes, y sin embargo, a su vez pueden considerarse como insuficientes, sin confiar en sus propias cualidades. Lo que da lugar al miedo al fracaso.

Estas dinámicas pueden desencadenar en dos vías de acción opuestas, por un lado el perfeccionismo, y por otro, la procrastinación, el aplazamiento de las tareas.

En lo que se refiere a la actividad laboral, el Síndrome del Impostor (SI), desencadena una suspensión laboral, acompañado de una excesiva necesidad de formación, rechazo de ofertas laborales cumpliendo todos los requisitos, por la necesidad de no sentirse lo suficientemente preparada.

De acuerdo a un estudio reciente realizado por Pannhausen et al. (2022), avalan la relación existente entre el Síndrome del Impostor (SI) y el perfeccionismo multidimensional, confirmando que los aspectos propios del perfeccionismo desadaptativo se asocian con sentimientos de incompetencia.

C. Rol de Cuidador y Autoconcepto

Durante los años 80 y 90 Young desarrolló el concepto de esquema, en concreto formuló la idea de un esquema precoz desadaptativo, refiriéndose a este como un patrón generalizado formado por recuerdos, emociones, sensaciones, tanto propias como en relación con los demás, pudiendo tener sus orígenes durante la etapa de la infancia o adolescencia y proyectándose a lo largo de la vida de los individuos a través de distintas dimensiones.

Aquellos individuos que ante la posibilidad de haber adquirido este tipo esquemas durante la infancia o adolescencia, se relaciona con ellos como “lo que me corresponde hacer”, aquello que a pesar de poder generar dolor, es aquello que les resulta familiar y conocido. Es una experiencia dinámica que han adquirido y, por tanto, recrearán en su vida adulta lo vivido y aprendido durante las primeras etapas del desarrollo. Resultando estos esquemas determinantes de su comportamiento futuro.

Cabe destacar el esquema desadaptativo dirigido por las necesidades de los demás, en concreto, la subyugación de necesidades, entendido como la omisión de las propias prioridades, preferencias o deseos y el auto-sacrificio, en el que se antepone, de manera voluntaria, las necesidades de los demás, a las tuyas propias, pudiendo en algunos casos, llegar a dificultar la construcción de la propia identidad.

El organismo se encuentra condicionado por el continuo contacto e intercambio con el ambiente. Durante este contacto surgen las gestalts, consistiendo en un contenido

el cual puede destacar y producir una excitación y toma de conciencia, configurando así una necesidad, o por lo contrario, quedarse en el fondo. Estas gestalts una vez se satisfacen, se eliminan y vuelve a comenzar el ciclo gestalt.

A lo largo de todo este proceso, la homeostasis cumple un papel fundamental basado en la autorregulación del organismo para lograr y mantener un equilibrio físico y psíquico entre organismo y ambiente. Pueden darse dos perfiles, en primer lugar, individuos que fluyen durante el proceso sin interrupciones dando lugar a personas integradas, y en segundo lugar, individuos que interrumpen el proceso, sufren bloqueos abandonando necesidades (gestalts), traduciéndose en un desequilibrio físico y emocional, sin llegar a lograr el proceso de homeostasis.

De acuerdo con J. Zinker (1977), los individuos funcionamos como un ciclo psicofisiológico formado por fases relacionadas con la satisfacción de necesidades y cierre de gestalts. Las fases del ciclo gestáltico son las siguientes:

1. La sensación, el ciclo se inicia con esta fase, el organismo detecta que algo ocurre y por ende nos hace sentir algo, sin conocer realmente qué es. Su función principal es señalar que algo ocurre y hay una necesidad.

2. Toma de conciencia, simbolización, fase orientada a la significación de la sensación, funcionando como determinante de la futura acción que se realizará para satisfacer la necesidad, gestalt.

3. Movilización de energía, energetización, fase que conecta de forma correcta con la sensación, movilizandando energía en el individuo, para la búsqueda de recursos disponibles en el entorno que permitan la posterior acción. Es decir, es una preparación para la acción.

4. Acción, una vez identificados los recursos disponibles orientados a satisfacer la necesidad, se produce la acción, fase fundamental para cubrir la necesidad.

5. Contacto, el organismo entra en contacto con aquello que satisface la necesidad. Según J. Zinker (1977) el contacto es *“El proceso psíquico por el que me comprometo con la solución... contacto y la hago parte de mi”*.

6. Realización, una vez llevado a cabo el contacto, este proceso queda finalizado. A esta fase contribuyó M. Katzeff (1935) destacando el impulso de experimentar el contacto con la necesidad.

7. Una vez satisfecha la necesidad, tiene lugar la fase de retirada, los individuos se encuentran plenos de haber logrado resolver su necesidad inicial, gestalt. El ciclo se cierra dejando paso a futuras necesidades.

Según J. Zinker (1977) este ciclo puede interrumpirse por determinados mecanismo de defensa en alguna de sus fases, la función principal de estos mecanismos es la defensa y protección, evitando así el posible sufrimiento y dolor ante determinadas circunstancias. Destacando dos posibles escenarios: en primer lugar, cuando la interrupción del ciclo se produce entre las fases de energetización y acción, los individuos son capaces de sentir la energía pero sin embargo, no de expresarla, conteniéndola, dando lugar al mecanismo de defensa de retroflexión, por el cual dirigen contra sí mismos lo que tendrían que realizar hacia el exterior. En segundo lugar, en aquellos casos que la interrupción del ciclo se produce en fases de acción y contacto, el mecanismo de defensa que cobra sentido es la deflexión, los individuos se comportan de forma dispersa y procrastinan.

D. Marco Teórico de Intervención

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) incluye, entre otras muchas, la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT), desarrollada por Paul Gilbert en 1980, la cual involucra numerosas intervenciones tanto Cognitivo-Conductuales como de otros enfoques terapéuticos. En concreto, algunos de los objetivos principales de la CFT se encuentran orientados al entrenamiento de la compasión, así como de la capacidad de enfrentamiento de aquellas emociones negativas relacionadas con los sistemas de satisfacción y logro, especialmente presentes en aquellos pacientes con propensión a la autocrítica, culpa o vergüenza. De este modo, tal y como plantean Gilbert y Procter, (2006) un aspecto clave de dicha terapia consiste en desarrollar una nueva forma de relacionarse consigo mismo, enfocándose en la calidez, el cuidado y la compasión (atención compasiva, razonamiento compasivo, conducta compasiva, imaginación compasiva, sentimiento compasivo y sensaciones compasivas).

En particular, la autocompasión, entendida como la compasión dirigida hacia uno mismo.

La autocompasión es una práctica que tiene su origen en las enseñanzas budistas, sin embargo, se fundamenta en un enfoque evolutivo, neurocientífico y psicosocial, asimismo, de acuerdo con Kristin Neff (2012), la autocompasión consiste en ser cálidos, cercanos y comprensivos con nosotros mismos, en lugar de ser críticos en aquellos momentos de sufrimiento, sensación de incompetencia o cuando sentimos que hemos cometido un error. De este modo, la autocompasión estaría formada por tres componentes interrelacionados, de posible entrenamiento.

- Bondad con uno mismo, expresado como la capacidad de tratarse a uno mismo desde el cuidado y la comprensión, abandonando la autocrítica.
- Reconocer la humanidad compartida, siendo conocedor y reconociendo que los demás también sufren por aspectos semejantes a los propios.
- Atención plena, basada en la capacidad de vivir el momento presente, en el aquí y ahora, aceptando todo aquello que ocurre.

De acuerdo al enfoque terapéutico de la CFT, la intervención no se encuentra directamente orientada a la autocrítica, sino que su objetivo reside en explorar el origen del por qué de la forma en la que se relacionan consigo mismos, indagando y trabajando en el desarrollo de novedosas formas de pensamiento y sentido.

En la literatura revisada, y de acuerdo a la Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2015; Gilbert y Procter, 2006; Kolts y Hayes, 2020), el presente estudio evidencia que aquellos individuos que presentan altos niveles de autocrítica a su vez experimentan dificultades en lo referido a la regulación emocional, más concretamente, a la adquisición de la seguridad y autocuidado. Es decir, el presente estudio, se encuentra dirigido a trabajar la autocompasión con el objetivo de modificar el diálogo interno (autocrítica), dando lugar a una relación y autoconcepto positivo.

Otro punto a destacar sería la relación que se establece entre terapeuta y paciente en CFT. Por un lado, resulta fundamental que el paciente viva esta relación basada en la compasión y apartada de posibles sentimientos de vergüenza. Por otro lado, la postura del terapeuta debe estar inclinada y orientada hacia la ayuda del paciente con propósito de exponer aquellas cualidades relacionadas a la compasión, tal y como son: apreciar el bienestar, sensibilidad, simpatía, tolerancia al sufrimiento, no juzgar y empatía.

Considerando también aspectos de la Terapia Cognitivo-Conductual, se encuentra la Terapia de Esquemas, desarrollada durante los años 80 y 90 por Jeffrey Young, destacando tratarse de una terapia integradora, coordinando elementos de distintos enfoques: Cognitivo-Conductual, Teoría del apego, Gestalt, Humanismo y Psicodinámica.

El elemento fundamental de la Terapia de Esquemas, introducido por Young, son los esquemas precoces desadaptativos, entendidos tal y como se ha comentado anteriormente, como patrones generalizados formados por recuerdos, emociones y sensaciones, tanto propias como en relación con los demás, pudiendo tener sus orígenes durante la etapa de la infancia o adolescencia y proyectándose a lo largo de la vida de los

individuos a través de distintas dimensiones, como por ejemplo, autosabotajes. Este tipo de esquemas revelan creencias absolutistas sobre uno mismo en relación con el ambiente.

Así pues, Young, expone que estos esquemas son el resultado de la interacción entre las necesidades emocionales no satisfechas durante la etapa de la infancia y el temperamento innato de los niños durante la infancia. Sosteniendo de este modo cinco necesidades emocionales, como son: los afectos, la autonomía, la libertad de expresión, la espontaneidad y el juego y el autocontrol. Asimismo, ante los esquemas precoces desadaptativos, los individuos desarrollan estrategias de afrontamiento y respuestas desadaptativas con el objetivo de adaptarse a sus esquemas, promoviendo así la protección.

De acuerdo al enfoque terapéutico de la Terapia de Esquemas, uno de sus aspectos más característicos, en cuanto a lo referido a la intervención, reside en el extenso rango de distintas técnicas y enfoques empleados, como pueden ser: el modelo psicodinámico, el modelo gestáltico, entre otros. Aunando elementos cognitivos, emocionales y conductuales.

Continuando en la línea de intervención, la Terapia de Esquemas, se encuentra dividida en dos grandes fases. En primer lugar la fase de evaluación y educación, cuyo objetivo principal reside en capacitar al paciente en la identificación y activación de esquemas precoces desadaptativos y una vez detectado, comenzar a identificar qué función cumplen esos esquemas desadaptativos. El hecho de que esta identificación se realice de forma correcta resulta fundamental para fortalecer la alianza y el vínculo terapéutico, favoreciendo que el paciente se sienta entendido. Esto último, resulta un elemento fundamental en la Terapia de Esquemas, la relación terapéutica es un factor que forma parte primordial del proceso de cambio, favoreciendo así el “adulto sano”. En segundo lugar, se encuentra, la fase de cambio o modificación, su objetivo reside en la modificación de los esquemas precoces desadaptativos a través de la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, esta fase se encuentra formada por la combinación de: estrategias cognitivas, orientadas a la reestructuración de creencias asociadas a dichos esquemas, estrategias experienciales, como por ejemplo, la imaginación o el trabajo con las sillas, orientadas al procesamiento emocional de los esquemas, y en último lugar, estrategias conductuales e interpersonales, orientadas a la puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento adaptativas.

En lo referido a la Terapia Gestalt y de acuerdo con Perls (1951), su objetivo principal, reside en fomentar la toma de conciencia de los pacientes sobre sus propios

pensamientos, sentimientos y comportamientos, impulsando así: autoconciencia, autoestima, aceptación y crecimiento personal, centrados en el aquí y ahora. Asimismo, la Terapia Gestalt, se encuentra enfocada en la experiencia subjetiva inmediata de los individuos, integrando aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, es decir, mantiene una perspectiva holística, considerando al individuo en su conjunto. En efecto, Perls, fue pionero en la integración de dos conceptos tales como: cuerpo y psique, destacando la imposibilidad de tratar o hablar de ambos conceptos por separado, uno comprende al otro sin posibilidad de disgregación.

Al mismo tiempo, la Terapia Gestalt, se encuentra orientada por una serie de reglas o principios, tales como:

- El aquí y ahora, enfocado en la consecución de toma de conciencia del momento presente.
- La toma de conciencia, relacionada con el aquí y ahora, siendo conscientes de aquello que ocurre en el momento presente.
- La responsabilidad, se basa en la aceptación de sentimientos, evitando culpar a los otros de aquello que nos ocurre, fomentando así nuevas estrategias de afrontamiento.
- La aceptación, entendida como la aprobación realizada ante nuestras emociones, pensamientos y conductas, con el objetivo de fortalecer la autoestima y bienestar.
- El diálogo, aspecto fundamental para el éxito en el vínculo y relación terapéutica, consiste en la herramienta principal de trabajo por parte del terapeuta.

La Terapia Gestalt también acostumbra el uso de diversas técnicas como pueden ser, entre otras: el diálogo terapéutico, la conciencia del aquí y ahora, el trabajo con la polaridad y resistencias, la exageración, el juego de roles, los sueños, etc. todas ellas comparten el objetivo de fomentar la toma de conciencia, y por ende, el autoconocimiento y bienestar emocional.

Otro de los aspectos a destacar, reside en el vínculo y relación terapéutica, resulta fundamental promover la confianza y apertura. Es decir, el terapeuta debe brindar la oportunidad de construir un espacio seguro, así como mostrarse honesto y congruente con el paciente. Todos estos detalles actuarán como señales de buenos predictores para el trabajo con el paciente.

En último lugar, tal y como se ha señalado previamente, el ciclo gestáltico o ciclo de la experiencia, descrito por Perls, Goodman y Hefferline (1951), actualmente

conocido como ciclo de satisfacción de necesidades (Joseph Zinker, 1977) resulta un trabajo fundamental en aquellos casos en los que el objetivo reside en la toma de conciencia de la fase del ciclo en la que se encuentra el paciente, con el propósito de lograr una activación y puesta en acción orientada a la satisfacción de las necesidades no cubiertas y posterior logro de la homeostasis, de esta forma cuando surja una necesidad, el ciclo se pondrá en marcha hasta producirse el cierre de este mismo sin interrupciones ni mecanismos de defensa.

En conclusión, de acuerdo a las variables psicológicas a explorar, tales como: los rasgos de perfeccionismo y autocrítica, el Síndrome del Impostor (SI) y autoexigencia, el rol de cuidador y la capacidad de autorregulación. La intervención mantendrá un modelo integrador basado en la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Centrada en la Compasión, la Terapia de Esquemas y la Terapia Gestalt, debido a la multifactorialidad del caso, aportando de esta forma, coherencia y complementariedad a la patología del caso.

E. Limitaciones en la Literatura Actual

En la literatura actual se encuentran avances de las variables de estudio, tales como: perfeccionismo, autocrítica, autoexigencia, Síndrome del Impostor (SI) y rol de cuidador.

Sin embargo, cabe destacar, que continúan existiendo limitaciones que impiden y dificultan la integración de dichas variables en la clínica, lo cual justifica la necesidad de enfoques complementarios.

En primer lugar, destacar la existencia de riqueza literaria en cuanto a las variables anteriormente mencionadas pero de forma aislada e individual, sin embargo, la literatura no contempla modelos de investigación integradores de las interacciones entre variables.

A pesar de que el modelo de Terapia de Esquemas realizado por (Young, 2015; Vilchez, 2009), aporta a la literatura un completo análisis centrado en los patrones desadaptativos, no se evidencian resultados de estudios empíricos cuyo objeto de estudio se centre en la relación entre esquemas precoces desadaptativos y variables tales como el perfeccionismo o Síndrome del Impostor (SI).

El presente Trabajo de Fin de Máster pretende realizar una aproximación a la literatura existente mediante el análisis de un estudio de caso clínico, el cual integra medidas estandarizadas y análisis cualitativo de la experiencia subjetiva. Del mismo modo, se pretende aportar una visión integradora en el que confluyan las presentes

variables de estudio. Así como facilitar un análisis preciso del proceso terapéutico llevado a cabo con la paciente.

F. Objetivo General y Objetivos Específicos del Estudio de Caso e Hipótesis

El objetivo general consiste en analizar el proceso terapéutico de la paciente K. relacionado con síntomas tales como: baja autoestima, rasgos de perfeccionismo desadaptativo y Síndrome del Impostor (SI), centrándose en la construcción del autoconcepto, el diálogo interno marcado por la autocrítica y exigencias y rol de cuidador, en su contexto familiar y laboral.

En cuanto a los objetivos específicos del presente estudio de caso, destacar:

- Evaluar los niveles iniciales de perfeccionismo, autocrítica, autocompasión, pensamientos rumiativos y autoestima de la paciente previo a la intervención.
- Describir la evolución de las variables evaluadas a lo largo del proceso de intervención y en el momento de finalizar el tratamiento.
- Explorar el proceso de reconstrucción del autoconcepto fragmentado de la paciente, transicionando de un rol centrado en el cuidado y atención de los demás, hacia el autocuidado de sus necesidades, gustos, deseos y motivaciones.

En cuanto a las hipótesis cabe destacar:

- En primer lugar, se hipotetiza la posibilidad de que el Síndrome del Impostor (SI) se encuentra relacionado con rasgos de perfeccionismo desadaptativo y autoexigencia experimentados por parte de la paciente, provocando a su vez una percepción distorsionada de sus competencias, lo que por ende le hace mantener conductas evitativas, procrastinación y necesidad de continuar formándose.
- En segundo lugar, se plantea la probabilidad de que los propios pensamientos rumiativos y la exigente autocrítica de la paciente funcionan como factores mantenedores de su malestar.
- En último lugar, y de acuerdo al enfoque de la Terapia Gestalt, se hipotetiza que se producen interrupciones y bloqueos en el ciclo de la experiencia de la paciente, concretamente en las fases de toma de conciencia, movilización y posterior acción, cobrando importancia la posibilidad de la puesta en marcha de mecanismos de defensa tales como la retroflexión y la deflexión.

-

Diseño

El diseño del presente trabajo de investigación se corresponde a un estudio de caso de tipo clínico, de carácter descriptivo y narrativo. Consiste en un análisis y descripción del proceso de evaluación e intervención, respaldado a su vez por medidas cualitativas y cuantitativas, presentando una visión e interpretación del proceso terapéutico llevado a cabo.

El estudio de caso se llevó a cabo en el contexto académico de las prácticas profesionales tuteladas del Máster de Psicología General Sanitaria, de la Universidad Pontificia Comillas, realizadas en “Centro Psicológico SMC”, en Madrid. Se trata de un centro sanitario privado de psicología clínica, el cual mantiene una orientación integral, destacando principalmente el enfoque humanista. Ofreciendo atención y servicios a población infanto juvenil y adulta. Entre sus diversas áreas de trabajo, destacan el abordaje de distintos trastornos, problemas vitales, gestión emocional, ansiedad, depresión, fobias, trauma, estrés crónico, trastornos alimentarios y psicósomática. Brindando la posibilidad de realizar terapia de tipo individual, de pareja familiar, para empresas, así como viabilidad de modalidad tanto presencial como online.

El caso de estudio, corresponde a una mujer de 52 años, K. Esta se pudo en contacto con el centro de forma voluntaria, con el deseo de iniciar un proceso terapéutico. Tras el primer contacto con el centro y habiendo rellenado la ficha de datos personales, motivo de consulta, consentimiento informado y protección de datos, se inició la asignación de la pareja de terapeutas que llevarían y atenderían el caso por parte del centro.

La paciente, K. fue atendida por una pareja de terapeutas, compuesta por una terapeuta y una coterapeuta, ambas alumnas en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria, de la Universidad Pontificia Comillas, permitiendo de esta forma un análisis multidimensional del caso. Asimismo, el proceso de intervención se realizó bajo supervisión clínica por parte de una psicóloga del centro, manteniendo sesiones semanales de supervisión junto a otros especialistas del equipo. La intervención tuvo una duración aproximada de seis meses, con sesiones en formato presencial con una duración de cincuenta minutos y frecuencia semanal.

Asimismo, la elección de dicho estudio de caso reside en la multifactorialidad que el propio caso presenta, por otro lado, y con el objetivo de tomar una decisión en relación a la elección de este caso frente a otros disponibles. Destacar por un lado la riqueza en cuanto al interés y las numerosas posibilidades, en cuanto, al trabajo clínico

posible a desarrollar durante las próximas sesiones con la paciente, así como su actitud abierta, colaborativa y reflexiva, por otra parte, la gran motivación al cambio de la paciente resultó ser otro de los factores que impulsaron la elección del presente caso. Desde esta perspectiva, resultó ser la combinación de las variables presentes en el motivo de consulta de la paciente y su compromiso con el proceso terapéutico lo que concluyó en la elección.

En relación a los criterios de inclusión y exclusión presentes en la realización del presente estudio de caso destacar: la creación y presencia de alianza terapéutica, considerar bajas probabilidades de que se produjera un abandono terapéutico, valorar la viabilidad de realizar intervenciones y llevar a cabo técnicas propias del marco teórico seleccionado.

La evaluación cualitativa centrada en los mecanismos de cambio, se realizó a través del análisis del proceso terapéutico de la paciente, cambios en su discurso y actuación, así como aspectos propios de la alianza terapéutica y objetivos establecidos de forma conjunta.

De igual importancia, durante el proceso, no se realizaron grabaciones de las sesiones, sino que el registro se llevó a cabo a través de registros clínicos y notas de cambio recogidas tras cada sesión.

Con respecto a la realización de presente estudio de caso también se llevó a cabo la elaboración de una solicitud al comité de ética de la Universidad, el cual tuvo una respuesta positiva y aprobación, debido al cumplimiento y respeto de los principios éticos de la investigación. Con objeto de garantizar los derechos y confidencialidad de la paciente, en el anexo I y II, se encuentra la firma del consentimiento informado, el documento de protección de datos, la autorización del centro, el documento de confidencialidad y la misma solicitud al comité de ética, así como el resumen de los aspectos éticos del trabajo.

Metodología de Evaluación

La evaluación del presente estudio de caso se llevó a cabo a través de la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de realizar una descripción detallada del caso y de las intervenciones realizadas.

A. Evaluación Cualitativa

El trabajo cualitativo ha sido abordado a través de un enfoque integrador, recogiendo aspectos de la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de Esquemas, Terapia Gestalt y más concretamente, el Ciclo de la Experiencia.

Asimismo, en lo referido a los datos cualitativos, estos se han obtenido mediante el análisis del contenido verbal de las sesiones, entrevistas no estructuradas y con un enfoque conversacional y a través de la recogida de datos observacionales, cambios en el discurso y actuación de la paciente K, notas de campo tras cada sesión, documentando todos los aspectos relevantes del proceso, sin necesidad de realizar grabaciones durante las sesiones. Del mismo modo, se han tenido en cuenta aspectos propios del proceso terapéutico tales como la calidad de la relación, el vínculo y momentos de insight.

B. Evaluación Cuantitativa

A modo de respaldo de la evaluación cualitativa, se han aplicado una serie de cuestionarios, validados y estandarizados y coherentes a los objetivos del estudio y del perfil de la paciente, de forma previa a su inicio y posterior a su finalización. De tal forma que aumente el respaldo de la evaluación de tipo cuantitativa.

La evaluación cuantitativa se realizó a través de la aplicación de cinco cuestionarios estandarizados y validados, buscando la evaluación de variables tales como: autocrítica y autocompasión, rasgos perfeccionistas, pensamientos rumiativos, autoestima y rol de cuidador. Su aplicación tuvo lugar en la sesión número seis, motivo por el cual las anteriores sesiones fueron destinadas a conocer el motivo de consulta de la paciente y las variables a estudiar. La aplicación posterior de cuestionarios tuvo lugar en la sesión número dieciséis.

C. Instrumentos de Evaluación Aplicados

Los instrumentos aplicados son los siguientes:

- Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS/MP-F): cuestionario formado por 35 ítems, cuyo objetivo reside en evaluar seis dimensiones de perfeccionismo, tales como: preocupación por los errores, indecisión de acción, organización, estándares personales, expectativas parentales y críticas paternas. Presenta una fiabilidad interna de entre .70 y .90 según subescala. Resulta de gran utilidad en áreas de investigación clínica sobre el perfeccionismo y dificultades relacionadas con la ansiedad, rasgos obsesivos y trastornos alimenticios. (Carrasco et al., 2009).

- Escala de Formas de Autocrítica/Ataque y de Formas de Auto Tranquilizarse (FSCRS-SF): es un instrumento formado por 14 ítems que a través de tres

dimensiones evalúa: yo inadecuado, yo odioso y yo tranquilizador, presentando una fiabilidad superior a .80 en su versión validada al español. Se utiliza ampliamente en el campo de la investigación aportando información sobre el diálogo interno basado en la autocrítica y ausencia de autocompasión, rasgos propios de la paciente K. (Gilbert et al., 2004; validación española Cebolla et al., 2018).

- Escala de Respuestas Rumiativas (RRS): este instrumento está destinado a la evaluación de la tendencia a la rumiación ante estados de ánimo negativos, aspecto identificado como un factor de mantenimiento de la paciente K. caracterizado por la evitación. Se encuentra formado por 22 ítems y presenta una fiabilidad de .90 en población española. (Nolen-Hoeksema; adaptación española Hervás, 2008).

- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE): se trata de un instrumento que busca evaluar la autoestima de los individuos, ofreciendo información sobre el nivel de auto respeto y aceptación. Conformado por 10 ítems tipo Likert. Consiste en una herramienta de gran utilidad para evaluar el autoconcepto en distintos contextos, presentando una fiabilidad entre .85 y .88 en muestras españolas. (Rosenberg, 1965; adaptación española Martín-Albo et al., 2007).

- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (XBI): este instrumento permite evaluar la percepción subjetiva de la carga emocional y psicológica asociada al cuidado de personas dependientes, así como medir objetivamente el impacto que supone el rol de cuidadora en el malestar psicológico de la paciente K. Presentando una fiabilidad superior a .90 en su validación española.

Presentación del Caso

Con el fin de preservar la confidencialidad e identidad, durante la elaboración del presente trabajo, se han modificado o suprimido datos identificativos, así como se utilizarán nombres ficticios o iniciales.

La paciente K. es una mujer de 52 años, de origen venezolano, actualmente se encuentra viviendo en la Comunidad de Madrid desde hace nueve años. Mantuvo una relación de matrimonio durante ocho años y tras su llegada a España en 2017 se divorció de su marido, con el cual tiene dos hijos, 29 y 25 años, respectivamente.

Acude a consulta, de forma voluntaria. La paciente K. expresa como motivo principal un malestar relacionado con las exigencias que ella misma se marca (autoexigencias), acompañadas de la necesidad de mantener un desempeño perfecto en todo aquello que realice, particularmente en el área laboral. Motivos por los cuales refiere

sentirse ansiosa, angustiada y con cierto agotamiento. Además, la paciente destaca sentirse en un momento de bloqueo: *“me siento perdida, ahora mismo no sé ni lo que quiero”*, verbalización que le conduce a replantearse aspectos de su historia vital con una narrativa autocrítica y devaluadora. Además de todo ello, la paciente expresa encontrarse disconforme o insatisfecha con los logros que ha conseguido hasta día de hoy, aclarando que esto siempre ha sido así, a lo largo de su trayectoria tanto a nivel laboral como personal comenta haberle sido imposible alegrarse o reconocer sus logros como propios.

En resumen, el motivo de consulta de K. reside en la necesidad de explorar cuál es el origen de sus dificultades, reducir su capacidad autocrítica y de exigencias, logrando a su vez una mayor sensación de toma de control en relación a su autoconcepto.

Además de todo ello, la paciente presenta un patrón de comportamiento marcado por la autocrítica, asociado a rasgos de perfeccionismo, manifestado especialmente en aspectos relacionados con lo laboral, como por ejemplo, dificultad para tolerar errores, evitar aplicar a ofertas de trabajo por no disponer del CV “perfecto”, o verbalizaciones del tipo: *“ a pesar de tener el nivel de inglés y habilidades que piden para el puesto de trabajo, seguro que podría apuntarme a otro curso y aprender más inglés para estar aún más preparada”*. Estos pensamientos y comportamientos contribuyen a sentimientos de insuficiencia y dudas constantes sobre sus propias capacidades habilidades, reforzando así y dando lugar a rasgos propios del Síndrome del Impostor (SI).

Por otro lado, la paciente K. refiere una elevada sensación de agotamiento tanto psicológico como emocional, como consecuencia de haber asumido y anteponiendo desde su infancia y adolescencia responsabilidades familiares por encima de su autocuidado. En relación a ello, se puede observar cierta ambivalencia en sus sensaciones, por un lado, experimenta sentimientos de culpa por no haber priorizado sus propias necesidades y por otro lado, sentimientos de seguridad ante la necesidad de cambiar y priorizarse.

En cuanto al área familiar, tal y como ya he mencionado, la paciente tiene dos hijos y actualmente se encuentra conviviendo y compartiendo piso con su hijo pequeño y con su madre, la abuela de su hijo. Esta ha sido recientemente operada de la rodilla y previamente de la columna, motivo por el cual requiere de cuidados continuos y atención. Esta situación incrementa el agotamiento físico y emocional expresado por K. Del mismo modo, K. describe tratarse de una convivencia complicada, desgastante y origen de muchas dinámicas familiares marcadas por la dependencia y discusiones. La madre de

K. adopta un rol de víctima que dificulta que la propia paciente logre la independencia y espacio que actualmente se encuentra buscando.

En lo referido al área social y de apoyo de K., esta se encuentra formada únicamente por sus familiares que también viven en Madrid, tales como tías y primas.

En relación al área laboral, K. se encuentra en una búsqueda activa de trabajo, proceso que se está viendo especialmente afectado debido a su alta autoexigencia y deseo de encontrar, tal y como la paciente expresa: *“el puesto de trabajo ideal”*. Además, se encuentra cursando, de forma simultánea, cinco formaciones con el objetivo de sentirse realmente preparada para su futuro trabajo. Todo ello se identifica como aspectos que contribuyen al agotamiento y retroalimentan los pensamientos rumiativos y sensación de no ser suficiente de K.

En referencia al autoconcepto y construcción identitaria de K. esta se manifiesta a través de un autoconcepto herido y debilitado. En aspectos generales, K. ha mantenido una imagen de sí misma centrada en la insuficiencia, consecuente autoexigencia y rol de cuidador. Además, su identidad se ha construido desde pensamientos y necesidad de ser útil, estar disponible para los demás y ser sostén. Lo cual, ha impedido la construcción de un autoconcepto, conocimiento y espacio propio.

Antecedentes

Con el fin de comprender la situación actual de K. se realiza un análisis de los distintos antecedentes divididos por áreas que han podido influir en el caso.

Respecto a los antecedentes familiares, K. es hija única. Refiere haber experimentado una infancia caracterizada por elevados niveles de exigencia, así como estándares relacionados con el rendimiento como valía personal. Del mismo modo, durante la etapa de su infancia, K. ha asumido un rol enfocado en la autosuficiencia, expresa ser conocida en su familia como: *“la niña que siempre cumplía con todo y no se quejaba”*. Manifestando en relación a ella la necesidad y deseo de cierta estructura familiar y sostén emocional. Estos esquemas se encuentran consolidados a día de hoy como creencias asociadas a su identidad y a reglas del tipo: *“no debo cometer errores”*, *“tengo que estar siempre disponible para los demás”*. Esquemas que se activan en la actualidad debido a la situación de convivencia con su madre y necesidades de cuidado.

Otro de los factores a tener en cuenta en la historia de K. es que esta sufre la Enfermedad de Hashimoto, experimentando largos procesos de desregulación hormonal, caracterizado por: apatía, ansiedad, indiferencia y dificultades de concentración y

memoria. Esto no resulta un factor determinante para la explicación de su sintomatología y funcionamiento psicológico, pero sin embargo, puede afectar e interferir en aspectos emocionales.

En cuanto a los antecedentes relacionales, la paciente K. presenta una tendencia de minimización del malestar propio, con el fin de no generar malestar o preocupación en los demás. Igualmente, tiende a priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas propias, destacando manifestar sentimientos de culpa ante esta posibilidad, experimentando dificultad para expresar malestar.

En lo concerniente a los antecedentes laborales, la trayectoria laboral de K. ha estado enfocada en la responsabilidad y compromiso con sus distintos puestos de trabajo. Análogamente, la realización simultánea de cinco cursos de formación, funcionan como estrategias de reducción, a corto plazo, de síntomas y creencias relacionadas con la sensación de no ser suficiente, sin embargo, a largo plazo, se identifican con estrategias de mantenimiento de autoexigencia y evitación.

En cuanto a antecedentes a nivel psicológico, la paciente refiere no haber asistido hasta el momento a otros servicios de psicología. A pesar de ello, a lo largo de la historia de K. se puede observar cómo ha experimentado dificultades en cuanto a regulación emocional, rasgos de autocrítica y autoexigencia (un fuerte diálogo interno), estilos de afrontamiento y regulación en los cuales destacaban la evitación, respuestas rumiativas, relacionadas con la valía personal y el desempeño eficaz y eficiente, y el cuidado de los demás frente al abandono de las necesidades propias.

En resumen, todos estos antecedentes derivan en la interferencia y reforzamiento de rasgos de K. tales como autoexigencia, autocrítica, perfeccionismo y autosuficiencia.

Evaluación Inicial

A continuación, se describen los distintos aspectos que han formado parte de este proceso inicial de evaluación.

Tal y como ya se ha mencionado, la evaluación combina enfoques cualitativos y cuantitativos.

A. Resultados Cualitativos

Respecto a la parte cualitativa, esta se realizó a través de entrevistas no estructuradas y recogida de datos observacionales, notas de campo y registros clínicos.

La paciente, K. presenta elevados rasgos de perfeccionismo desadaptativo, un diálogo interno marcado por la autocrítica y exigencia, acompañado de cierta tendencia

a priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas propias, destacando manifestar sentimientos de culpa ante ello, así como dificultades para expresar malestar. Asimismo, parece experimentar elevado miedo a la vulnerabilidad y fracaso, acompañado de cierta sensación de vergüenza ante la posibilidad de imaginarse en situaciones relacionadas con ello.

B. Resultados Cuantitativos

En cuanto a la parte cuantitativa, se obtuvieron los siguientes resultados para cada uno de los instrumentos de evaluación empleados.

La **Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS/MPS-F)**, (Carrasco et al., 2009). Teniendo en cuenta y organizando las puntuaciones obtenidas por parte de la paciente en las distintas subescalas de la prueba, se observan elevadas puntuaciones en subescalas como “preocupación por los errores (CM)” y “estándares personales (PS)”, con puntuaciones de 25 y 28, respectivamente, lo cual demuestra un patrón de perfeccionismo desadaptativo, acompañado de una alta autoexigencia y autocrítica. A continuación, en subescalas tales como “organización”, la paciente obtuvo una puntuación de O=18, señalando como una puntuación moderada con cierta tendencia al orden, organización y estructura, mientras que las puntuaciones en subescalas de “dudas sobre las acciones (D=11)”, “expectativas parentales (PE=11)” y “críticas parentales (PC=6)”, indican que existe cierta inseguridad a la hora de tomar decisiones o cumplir ciertos estándares, sin embargo, esto no estaría relacionado e influido por exigencias del entorno familiar, sino con exigencias propias e internas de la paciente K.

En conjunto, estos datos muestran elevados niveles de perfeccionismo desadaptativo, autoexigencia y autocrítica, así como una exigente autoevaluación.

En la **Escala de Formas de Autocrítica/Ataque y de Formas de Autotranquilizarse (FSCRS-SF)**, (Gilbert et al., 2004; validación española Cebolla et al., 2018), la paciente presenta una elevada puntuación para la subescala “yo tranquilizador” (RS=17), demostrando así cierta amabilidad hacia ella misma y autocompasión, sin embargo, de acuerdo a las subescalas “yo inadecuado” (IS=7) y “yo odioso” (HS=6) se obtuvieron puntuaciones moderadas, reflejando cierta actitud autocrítica.

Respecto a la **Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)**, (Nolen-Hoeksema; adaptación española Hervás, 2008), el total obtenido por la paciente fue de 51 puntos, siendo interpretado como una significativa tendencia a respuestas rumiativas. Entendido

como recurrentes pensamientos negativos orientados hacia uno mismo, barreras para la regulación emocional o bajo estado de ánimo.

De la **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)**, (Rosenberg, 1965; adaptación española Martín-Albo et al., 2007). La puntuación total obtenida por la paciente fue de 29 puntos, siendo interpretada como una puntuación moderada o adecuada. Este resultado demuestra que la paciente no manifiesta o experimenta graves dificultades en cuanto a su autoestima.

Respecto a la **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI)**, (Zarit et al., 1980; adaptación española Martín et al., 1996). La paciente obtuvo un total de 79, reflejando un índice de sobrecarga intensa, experimentado a través de agotamiento físico y emocional y falta de tiempo personal.

Cuestionario o Escala	Dimensiones o Subescalas	Puntuación Obtenida	Resumen Interpretación
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS/MPS-F)	Preocupación por los errores (CM)	25	Elevados niveles de perfeccionismo desadaptativo, autocrítica y autoexigencia
	Altos estándares personales (PS)	28	
	Expectativas parentales (PE)	11	
	Críticas parentales (PC)	6	
	Dudas sobre las acciones (D)	11	
	Organización (O)	18	

Escala de Formas de Autocrítica / Ataque y de Formas de Autotranquilizarse (FSCRS-SF)	Yo inadecuado (IS)	7	Convergencia y concordancia de autocrítica y autocompasión
	Yo odioso (HS)	6	
	Yo tranquilizador (RS)	17	
Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)	—	51	Significativa tendencia a respuestas rumiativas
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	Ítems directos	16	Autoestima moderada o adecuada
	Ítems indirectos	13	
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI)	—	79	Sobrecarga intensa

Formulación del Caso

Teniendo en cuenta el modelo y enfoque integrador que se ha mantenido de forma transversal en el presente estudio de caso, se integran aspectos de la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Centrada en la Compasión, Terapia de Esquemas y Terapia Gestalt y más concretamente el Ciclo de la Experiencia.

A continuación, se expone y examina el funcionamiento y principales dificultades por la paciente K.

K. expresa un patrón de funcionamiento caracterizado y basado en la autoexigencia, perfeccionismo desadaptativo y autocrítica, identificados como esquemas precoces desadaptativos adquiridos durante su etapa de infancia. Su identidad ha sido

configurada en relación a estos esquemas, y de acuerdo a la Terapia de Esquemas, en concreto se identifican con la insuficiencia, el autosacrificio y la subyugación de necesidades, basando por ende su identidad y autoconcepto en estar disponible para los demás y omitir sus propias prioridades, preferencias o deseos.

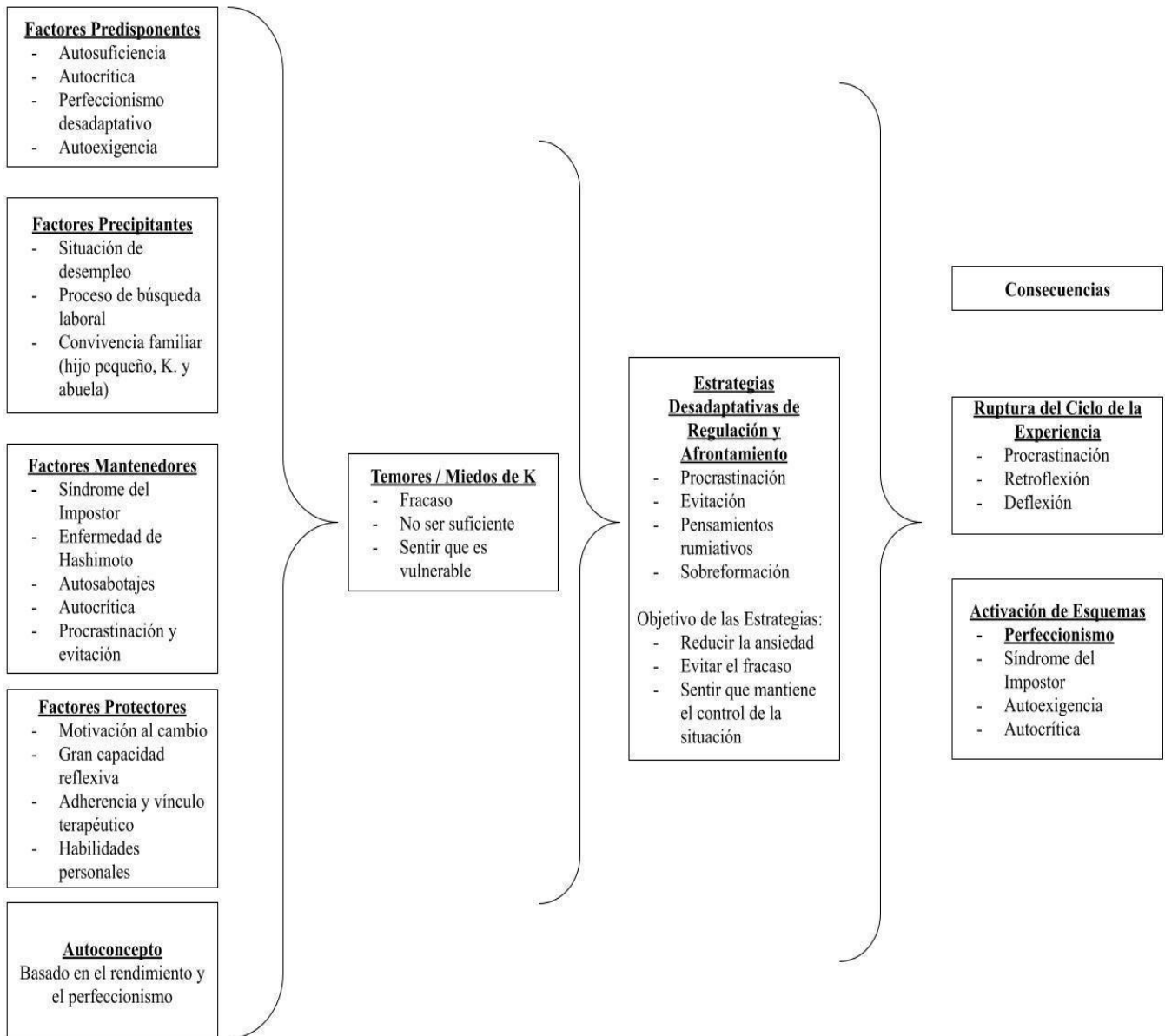
Estos esquemas entran en interacción con los rasgos de perfeccionismo de K. generando pensamientos rumiativos del tipo: *“no soy suficiente”, “seguro que puedo estar más preparada, por eso me voy a apuntar a este nuevo curso”*, estrategias de evitación y procrastinación relacionadas con el ámbito laboral y búsqueda de empleo. Que a corto plazo alivian sus sensaciones de ansiedad y bloqueo, pero a largo plazo, aumentan dichas sensaciones acompañándose de sentimientos de culpa e inseguridad, afectando a su bienestar. Reforzando a su vez esquemas tempranos y Síndrome del Impostor (SI).

De acuerdo al Ciclo de la Experiencia, K. experimenta notables interrupciones en fases tales como la toma de conciencia y la movilización.

Normalmente, el bloqueo y ruptura del ciclo se suelen producir en la fase de movilización, en este momento, la energía se dirige hacia la autocrítica y evitación y no hacia la acción, K. detecta una necesidad, como por ejemplo, encontrar y aplicar a un nuevo puesto de trabajo, pero sin embargo, la puesta en acción (movilización), se interrumpe, relacionándose y dando lugar, al mecanismo de defensa de retroflexión. La energía que debería ser movilizada hacia el exterior, se vuelve contra ella misma en forma de autocrítica y autosabotajes, interrumpiendo el ciclo y manteniendo la sensación de no avance ni consecución de objetivos.

Las principales hipótesis del presente estudio de caso se encuentran relacionadas con: los rasgos de perfeccionismo de K. son estrategias de protección y compensación ante creencias de insuficiencia y necesidad de autoinsuficiencia, especialmente presente durante su etapa de infancia y adolescencia. En la misma línea, K. ha construido parte de su identidad en relación a los cuidados y necesidades de los demás y no sobre las suyas propias. En último lugar, los pensamientos rumiativos, la autoexigencia y la ruptura del ciclo de la experiencia mantienen y protegen a K. de la posible sensación de miedo al fracaso.

Esquema formulación de caso:



Tratamiento y Curso

A. Tipo de Intervención

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, la intervención y tratamiento se basó en un modelo integrador, teniendo en cuenta aspectos de Terapias Cognitivo-Conductuales, Terapia de Esquemas y Terapia Gestalt.

Se contempló la necesidad de realizar una terapia integradora debido a la multifactorialidad y motivo de consulta que presentaba K.

Asimismo, dicha elección se ajusta a la posibilidad de trabajo con aspectos incluidos en la Terapia Cognitivo-Conductual, como por ejemplo: organización (establecer horarios y rutinas), activación conductual, identificación de pensamientos y reestructuración, aspectos experienciales y emocionales. Además, de la importancia del trabajo en el aquí y ahora, necesario en el caso de K. para la toma de conciencia del momento presente en el cual ella se encuentra. Todo ello, teniendo siempre presente el ciclo de la experiencia de la Gestalt para abordar los bloqueos que se producían en dicho ciclo en relación con la vivencia de K. Otro de los aspectos fundamentales que justifican la elección de este modelo integrador, fue el trabajo a través de técnicas experienciales, propias de la Terapia de Esquemas, como por ejemplo, el diálogo entre partes, fundamental a partir de la sesión doce, con objetivo de trabajar aspectos de su autoconcepto.

B. Descripción de Objetivos Generales y Específicos

Durante las primeras sesiones, y coincidiendo con la primera fase de evaluación inicial, los objetivos generales y específicos establecidos de forma conjunta entre K. y la terapeuta y coterapeuta, fueron los siguientes:

El objetivo general consiste en mejorar su autoestima, así como reducir su autoexigencia y rasgos de perfeccionismo desadaptativo.

En cuanto a los objetivos específicos, destacar:

1. Trabajar el diálogo interno de K., encontrando un estilo basado en la autocompasión.
2. Reducir los pensamientos rumiativos a través de la regulación emocional, validación y reestructuración cognitiva.
3. Trabajar los límites en la relación con su madre y posibles sentimientos de culpa asociado a ello.
4. Promover la búsqueda y reincorporación laboral de K.

Todos estos objetivos fueron abordados, a lo largo de las sesiones, en función de lo que se encontraba vivo o activo emocionalmente en el momento presente en la paciente K. teniendo en cuenta los objetivos formulados al inicio del proceso terapéutico y realizando reajustes en caso de ser necesario, tal y como se detallará posteriormente.

C. Descripción del Tratamiento

El proceso terapéutico se llevó a cabo durante diecinueve sesiones, comprendidas entre octubre de 2025 y mayo de 2026, manteniendo una frecuencia de una sesión semanal, con modalidad presencial.

PROCESO TERAPÉUTICO K.



En este sentido, a continuación, se detallará el trabajo realizado a lo largo de las diecinueve sesiones llevadas a cabo con K.

Uno de los aspectos clave, especialmente al inicio del proceso terapéutico y durante las primeras sesiones, consistió en construir una adecuada alianza terapéutica que permitiera el trabajo futuro. Asimismo, durante las primeras sesiones tuvo lugar la evaluación inicial a través de herramientas cualitativas y cuantitativas, así como la exploración del motivo de consulta de K. realizado a través de un análisis dividido en cinco áreas vitales: familia, red social, pareja, ámbito laboral / estudios y hábitos de alimentación y sueño. A lo largo de estas primeras sesiones cobraron importancia rasgos de perfeccionismo desadaptativo, una elevada autoexigencia y autocrítica, creencias o verbalizaciones propias del Síndrome del Impostor (SI). Al mismo tiempo que se realizaba un primer acercamiento al motivo de consulta de K. se comenzó a trabajar a través de técnicas y herramientas Cognitivo-Conductuales, como: la elaboración de listas de tareas y establecimiento de horario semanal y rutina diaria. Observando en la paciente una gran disposición y compromiso con el proceso, a pesar de experimentar ciertos episodios de ambivalencia, que nos permitían observar los rasgos de perfeccionismo, autocrítica y autoexigencia de K.

En cuanto al trabajo realizado en relación a los rasgos de perfeccionismo desadaptativo, autocrítica y autoexigencia, abordados de forma transversal durante todo el proceso terapéutico, el trabajo con ellos se orientó a través del logro de la flexibilidad cognitiva, la identificación de pensamientos rumiativos desadaptativos y la diferenciación de creencias asociadas que K. mantenía en cuanto a “debería” y “quiero”. Todo ello dio lugar a que la paciente iniciara a cuestionar creencias instauradas desde su infancia, logrando una cautelosa reducción de su sensación de bloqueo.

En relación a esto último, la sensación de bloqueo de K. a nivel conductual, las respuestas marcadas por patrones evitativos y la incapacidad de la movilización o puesta en acción. El trabajo de todos estos aspectos se orientó y apoyó del Ciclo de la Experiencia Gestáltico. Concretamente, se trabajó a través de ejercicios reflexivos que permitieron a K. plantearse en qué fase del ciclo se encontraba, en cuál creía que se producían bloqueos, en caso de que ella lo viviera de esa forma, y qué aspectos podían facilitar dichos bloqueos. Estos ejercicios resultaron de gran ayuda para la paciente, por lo que se pudo observar una gran mejoría y avances a través del Ciclo de la Experiencia, desde la toma de conciencia hasta la acción. Asimismo, durante este trabajo se contemplaron notorios avances en relación a la activación conductual, el establecimiento de nuevos hábitos y la recuperación de otros antiguos, el paso a la toma de decisiones y el comienzo de contemplar sus propias necesidades.

Por otro lado, tal y como se ve reflejado en la imagen, la sesión doce marcó un punto de inflexión en el proceso y trabajo terapéutico. El tema de la vulnerabilidad como aspecto perteneciente a su historia familiar, que cobró importancia en K. a través de un ejercicio realizado en un programa de empleo +45 del cual la paciente forma parte. Es a través de ese ejercicio, por lo cual la paciente reflexiona, toma conciencia y conecta con un aspecto fundamental, el cual nunca antes se había tratado ni planteado a lo largo de las sesiones, y tal y como la paciente puntualiza que este ha formado parte de ella desde su infancia. Destacar este momento como un insight durante el proceso. Es en esta sesión cuando se realizó un reajuste, junto a la paciente y coterapeuta, de los objetivos terapéuticos, posicionando la vulnerabilidad como aspecto fundamental y foco para su futura exploración en sesiones posteriores.

Teniendo en cuenta lo ocurrido en la sesión doce y el reajuste de los objetivos, el trabajo se orientó a la exploración de la vulnerabilidad y la función que ésta había cumplido en la vida de K. Concluyendo tratarse de un aspecto perteneciente a la historia familiar, destacando a su vez el carácter transgeneracional (desde su abuela materna).

Durante las siguientes sesiones se realizaron ejercicios experienciales, tales como el diálogo entre partes, que permitió externalizar la parte protectora la cual K. denominó como “La Cuidadosa”, facilitando el trabajo progresivo de diferenciación y toma de perspectiva con aspectos y patrones desadaptativos de la vulnerabilidad. Destacar también durante estas sesiones, la gran capacidad reflexiva e implicación en el proceso por parte de K. lo cual permitió y facilitó el cambio y ligera mejoría, así como realizar una recolección, por parte de la paciente, de pruebas de realidad que le permitían distanciarse y ver su capacidad de vencer a “La Cuidadosa” (Adquirir una mayor autonomía, reducir su actitud compasiva y aumentar actividades y rutinas de autocuidado).

Por último, las fases finales del tratamiento, previas al cierre terapéutico se destinaron al trabajo de la integración de los aprendizajes realizados durante las diecinueve sesiones, así como lograr una reconciliación, demandada por parte de la paciente, con la K. comenzó el proceso, así lo puntualizó ella: *“siento que necesito reconciliarme y hacer las paces con la K. que llegó en octubre”*.

Considero que el logro de esta reconciliación, permitió a su vez el logro de mantener un actitud amable, comprensiva con ella misma, así como aumentar la motivación al cambio y continuar con la activación conductual, primordialmente en el ámbito laboral y en aspectos propios del autocuidado.

En conclusión, el trabajo realizado durante estos meses, no tuvo un carácter lineal, pero sin embargo, se pudo observar una evolución caracterizada por la movilización, la toma de conciencia de las propias necesidades, la reconstrucción del autoconcepto, así como la regulación emocional.

D. Vínculo Terapéutico y Contratransferencia

Durante el proceso terapéutico de K. el vínculo se fue consolidando de forma paulatina dando lugar a la creación de un espacio seguro y de confianza, aspectos fundamentales para el trabajo terapéutico.

Durante las primeras sesiones surgieron en mí, como terapeuta, ciertas sensaciones de inquietud o incertidumbre, coincidiendo con el comienzo del inicio del proceso terapéutico y con el hecho de aún no conocer a la paciente K. En el transcurso de las próximas sesiones, y especialmente, durante las sesiones de la fase II, K. mostró cierta ambivalencia hacia el proceso y dificultades para avanzar lo cual despertó en mí cierta sensación de frustración. Sin embargo, considero que dicha sensación de frustración

favoreció mi toma de conciencia sobre la gran importancia del respecto de los tiempo y ritmos de cada paciente, así como de sus necesidades.

Del mismo modo, a partir de la sesión doce, considero que se marcó un punto de inflexión en el vínculo con K. La gran capacidad reflexiva e implicación que se despertó en la paciente, despertó a su vez, en mí una mayor conexión, satisfacción y confianza en el proceso terapéutico y el trabajo realizado.

Resultados del Tratamiento

A continuación se detallarán los resultados obtenidos tras el tratamiento, teniendo en cuenta aspectos cualitativos como cuantitativos. Aquellos resultados cuantitativos se reflejarán a través de gráficas que faciliten el análisis de los cambios percibidos.

Asimismo, tal y como se ha mencionado anteriormente, los cuestionarios fueron aplicados al inicio del tratamiento, concretamente en la sesión número seis, y posteriormente su aplicación se repitió en la sesión número dieciséis.

A. Resultados Cualitativos

Desde el inicio del proceso terapéutico con K. en octubre de 2025 hasta mayo de 2026, a nivel cualitativo, se puede observar una significativa evolución, especialmente el modo que mantiene de relacionarse con ella misma, con su historia, con su madre y con el exterior. Me gustaría remarcar que a pesar de ello, no ha sido una evolución lineal, sino que durante el transcurso de las sesiones ha habido momentos de fluctuación. A continuación, se reflejan los principales cambios y evolución de la paciente K.

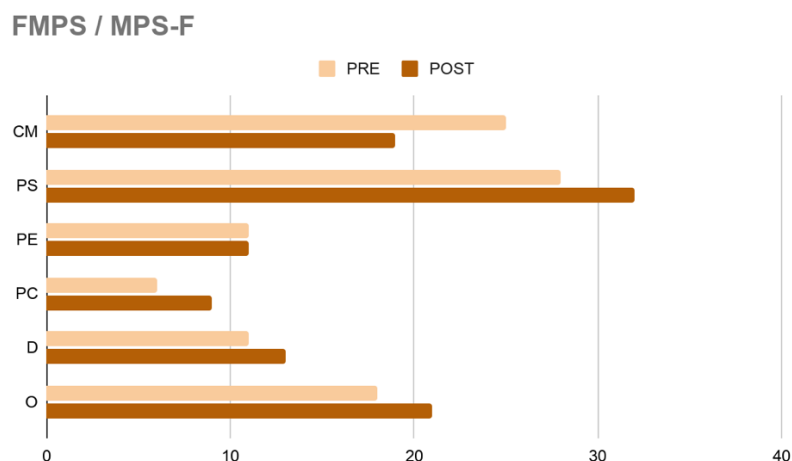
En primer lugar, destacar la modificación del discurso de la paciente K. al inicio del proceso terapéutico su discurso estaba marcado por actitudes negativas, respuestas rumiativas “*ruido mental*”, así es como K. nos lo transmitía. Todo ello acompañado de una sensación de bloqueo constante, un marcado diálogo autoexigente y autocrítico que dificultaban el avance. Sin embargo, a medida que avanzó el proceso todo este tipo de discurso se fue disipando, dando lugar y espacio a un discurso más amable y orientado a las necesidades y demandas que la propia paciente sentía que eran las necesarias en ese momento, alejándose, por ende, de las necesidades de los demás. Todos estos cambios retomaron gran importancia al final del proceso terapéutico, mostrando tal y como he mencionado una actitud más mable hacia ella misma, una mayor capacidad de regulación emocional, así como una disminución de rasgos propios del perfeccionismo desadaptativo. La propia paciente K. lo expresa como: “*he logrado hacer las paces con*

la K. que llegó en octubre y reconciliarme con ella, siento que he vuelto a reconectar conmigo, ahora sí que me veo y me identifico con cómo yo soy”.

Además, también destacar, cambios relacionados con la toma de conciencia y posterior movilización, fases propias del Ciclo de la Experiencia gestáltico. Al inicio del proceso la paciente se encontraba en un momento de bloqueo, el cual se caracterizaba por la relación de constantes listas de tareas que sin embargo, nunca llegaban a la acción. El inicio del paso del bloqueo a la movilización, además de ser facilitado a través del trabajo terapéutico también estuvo influenciado por un reajuste del tratamiento de K. para su Enfermedad de Hashimoto. Este reajuste, permitió que K. retomara su energía y claridad, y de esta forma pasara a la acción en las tareas que ella misma escribía en sus listas de tareas, así como retomar actividades, tales como: búsqueda activa de trabajo, clases de inglés y rutinas de autocuidado.

B. Resultados Cuantitativos

1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS/MPS-F)



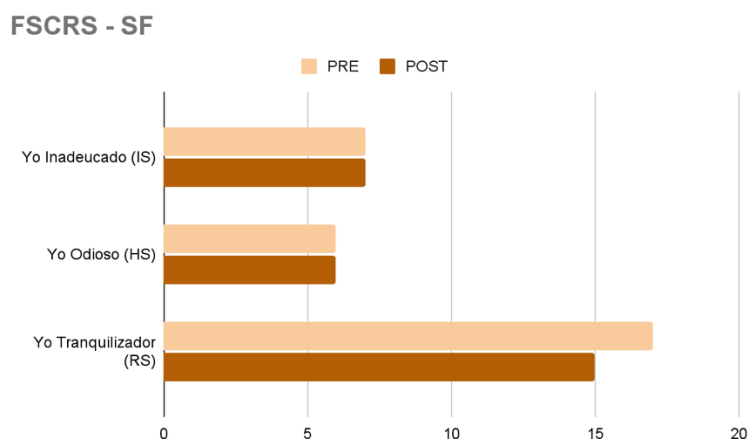
Los resultados de la escala FMPS/MPS-F demuestran cambios dependiendo de la subescala que se considere. En primer lugar, destacar una marcada disminución en la subescala “preocupación por los errores” (CM= 25 → 19), interpretándose como una disminución de la propensión en relación a la interpretación de errores de forma catastrofista y guiada por una exigente autocrítica, por ende, abriendo espacio a una mayor flexibilidad cognitiva y actitud compasiva.

En segundo lugar, destacar un aumento en las subescalas “estándares personales” (PS= 28 → 32) y “organización” (O=18 → 21), lo cual podría ser interpretado como fruto del trabajo terapéutico realizado orientado a la organización, establecimiento de horarios

y rutinas, es decir, una reorganización y de acuerdo con el Ciclo Gestáltico se identificaría con la fase de movilización.

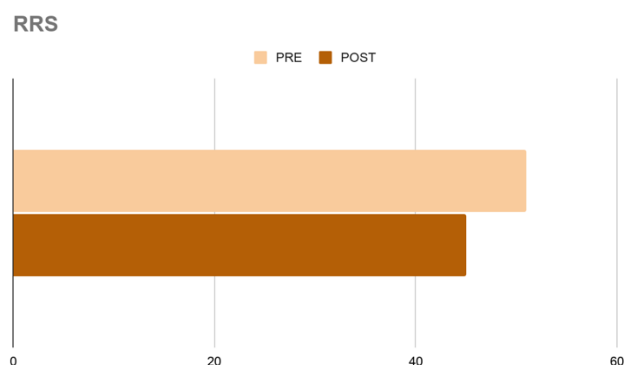
Por otro lado, también se puede observar un ligero aumento en las subescalas “dudas sobre las acciones” ($D= 11 \rightarrow 13$) y “críticas parentales” ($PC= 6 \rightarrow 9$), dicho aumento podría ser interpretado en relación al tema abordado y el cual marcó un punto de inflexión en la sesión doce, el papel de la vulnerabilidad como historia familiar. Es decir, en el momento de la aplicación de los cuestionarios pre este tema no había cobrado importancia ni parecía formar parte de los antecedentes de la paciente K. hasta entonces abordados, por lo que al detectar este patrón de vulnerabilidad, repetido en su historia familiar la paciente comenzó a cuestionarse aspectos que han demostrado ser reflejados en los resultados postratamiento.

2. Escala de Formas de Autocrítica / Ataque y de Formas de Autotranquilizarse (FSCRS-SF)



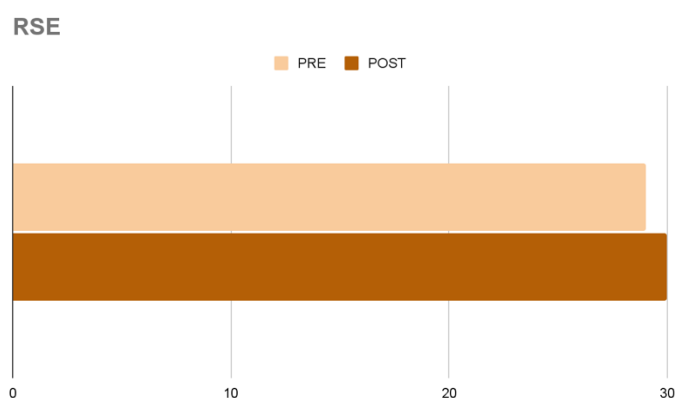
Con respecto a los resultados obtenidos en la escala FSCRS-SF, las puntuaciones obtenidas en las subescalas “yo inadecuado” ($IS= 7 \rightarrow 7$), “yo odioso” ($HS= 6 \rightarrow 6$) se han mantenido constantes. Sin embargo, los resultados reflejados en la subescala “yo tranquilizador” ($RS= 17 \rightarrow 15$) demuestran una ligera disminución, lo cual podría ser interpretado como una pequeña reducción en cuanto al uso de estrategias autotranquilizadoras. En términos cuantitativos, sería entendido como una actitud menos amable, pero sin embargo, atendiendo a cambios cualitativos y en el discurso de la paciente K. se demuestra lo contrario.

3. Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)



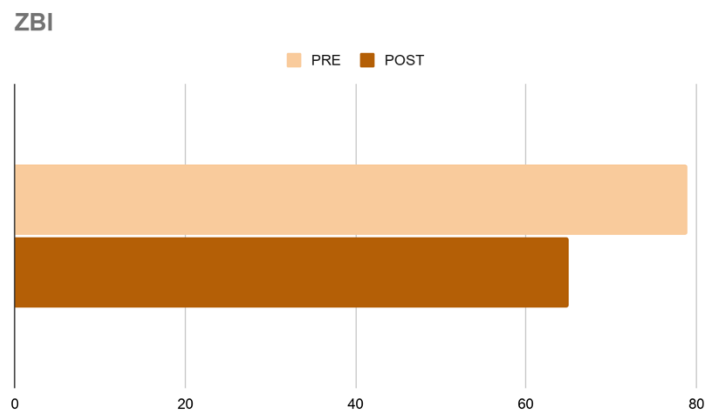
De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala RRS se puede observar una ligera reducción en la puntuación total (RRS= 51 → 45), demostrando por ende una disminución en la predisposición a respuestas rumiativas. Este tipo de respuestas estaban especialmente presentes al inicio del tratamiento con K, sin embargo, su disminución cobró importancia en el momento en el cual se pasó de una fase de bloqueo, particularmente relacionada con dificultades para tomar decisiones, a una fase de movilización.

4. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)



Los resultados obtenidos en la escala RSE reflejan un muy ligero aumento en relación a la autoestima (RSE= 29 → 30). Tanto los resultados obtenidos en la aplicación pre como post se han mantenido en índices equilibrados y adecuados, mostrando una autoestima saludable y moderada. Este ligero cambio puede deberse a una mejora en el autoconcepto de K. que ella misma reflejaba en una de las últimas sesiones: *“siento que me he reconectado conmigo misma, y eso es lo que necesitaba, en octubre cuando empezamos no reconocía a esa K.”*

5. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI)



Por último, los resultados obtenidos en la escala ZBI reflejan una significativa disminución ($ZBI= 79 \rightarrow 65$) en relación a la sobrecarga del rol de cuidador, que en este caso experimenta la paciente L. hacia su madre. Estos resultados demuestran una fluctuación de índices elevados de sobrecarga intensa (agotamiento emocional y físico y falta de tiempo personal) a índices moderados. Esta disminución estaría relacionada con la capacidad de logro de K. para instaurar límites hacia su madre, así como un cambio en la percepción y diferenciación de las necesidades propias de la paciente y las necesidades de los otros.

Una vez analizados los resultados obtenidos en cada una de las escalas y cuestionarios aplicados, todos los resultados en su conjunto muestran una favorable evolución y mejora en K. especialmente en aquellos aspectos tales como: las respuestas rumiativas, la preocupación a la hora de cometer errores que dificultaban la toma de decisiones y posterior pues en acción (movilización) y la sobrecarga del rol de cuidador, así como la capacidad de mantener una relación más amable con ella misma alejándose de rasgos propios del perfeccionismo desadaptativo, autocrítica y autoexigencia.

Adicionalmente, considero relevante destacar aquellos aspectos que facilitaron y obstaculizaron el trabajo durante el proceso terapéutico y que de forma transversal han podido influir en los resultados obtenidos.

De acuerdo a aquellos aspectos facilitadores, destacar la gran capacidad reflexiva y colaborativa de la paciente K., acompañada de una gran motivación al cambio, demostrada a través de su actitud y compromiso con la asistencia semanal a las sesiones, lo cual permitió y facilitó la construcción de una alianza terapéutica al inicio del trabajo. Siguiendo en la misma línea, su capacidad reflexiva le permitió tomar cierta perspectiva

de su propia vivencia e ir observando los avances que poco a poco se iban produciendo durante las sesiones.

En relación a aquellos aspectos que han podido obstaculizar el trabajo durante el proceso terapéutico, destacar el desajuste hormonal que experimentó K. al no seguir de forma adecuada y constante el tratamiento para su Enfermedad de Hashimoto. Además, subrayar que al no tratarse de un proceso lineal, aquellos momentos en los cuales destacaba la presencia de actitudes negativistas o catastrofistas, dificultaban el avance y movilización de K.

Discusión

A. Integración de los Datos con la Literatura Relevante

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso evidencian una ligera disminución de los síntomas y variables evaluadas a nivel cuantitativo, así como mejoras observadas a nivel cualitativo. Destacando como principal foco de cambio la reconstrucción y modificación del autoconcepto que la paciente K. mantenía al inicio del proceso, muy influida y condicionada por su capacidad autocrítica y autoexigente.

Resulta relevante destacar el comportamiento y rasgos iniciales de la paciente K. en relación al perfeccionismo desadaptativo y autoexigencia, coincidiendo con los resultados expuestos por De Rosa (2012) y De Rosa et al., (2012), autores los cuales planteaban la existencia de perfiles de perfeccionismo que se mantenían debido a actitudes basadas en la autocrítica, miedo en relación a la posibilidad de cometer errores, así como realizar una constante evaluación de su rendimiento. Siguiendo la línea de estos autores, la paciente K. compartía estos supuestos, esta presentaba rasgos y comportamientos caracterizados por inquietud o angustia ante la posibilidad de cometer un error, patrones de autosabotaje, especialmente en el área laboral, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con el fenómeno descrito por Clance e Imes (1978); Pannhausen et al., (2022), como Síndrome del Impostor (SI), el cual se caracteriza por experimentar dificultades a la hora de integrar los logros como propios, en vez de relacionarlos a agentes externos.

En segundo lugar, la evolución experimentada por K. en cuanto a la autocrítica y la relación que mantiene con ella misma, ha sido también considerada uno de los focos centrales de cambio durante el proceso terapéutico. Asimismo, de acuerdo al modelo de Terapia Centrada en la Compasión de Gilbert, (2015); Gilbert y Procter, (2006); Kolts y Hayes, (2020), cuyo paradigma destaca en relación a la sugerencia de que aquellas

personas que experimentan elevados niveles de autocritica, a su vez suelen experimentar dificultades en relación a la regulación emocional. En términos cualitativos esto se ha visto reflejado en K. en cuanto a modificaciones a la hora de relacionarse con ella misma, manteniendo una actitud más amable, comprensiva y permisiva, particularmente durante las últimas sesiones.

Con respecto a lo mencionado, el papel de la vulnerabilidad, identificado en fases intermedias del trabajo terapéutico, concretamente en la sesión doce, como un modo de operación y relación de la paciente. Puede ser comprendido bajo el contexto de la Terapia de Esquemas de Young, (2015); Vílchez, (2009), cuyo modelo describe la relación existente entre contextos marcados por patrones tempranos desadaptativos dentro del marco familiar y los modos de percepción y de relación a nivel individual y con el entorno. Teniendo en cuenta este modelo, la paciente K. ha cumplido con el rol de cuidador, así como ha interiorizado creencias externas relacionadas con la imposibilidad de sentirse o mostrarse vulnerable, factores que han cumplido como estrategias de afrontamiento, que de un determinado contexto o momento temprano pudieron resultar adecuados y funcionales, pero sin embargo, en el momento presente no lo son, sino que dificultan y coartan el funcionamiento y puesta en acción de la paciente.

Por otra parte, en relación al uso de técnicas experienciales a lo largo del proceso terapéutico, amparadas bajo enfoques humanistas y gestálticos, como por ejemplo, el diálogo entre partes y la evocación o externalización de la figura de “La Cuidadosa”, han posibilitado la toma de conciencia así como la integración de aquellos aspectos que se encontraban desconectados, permitiendo a su vez, la integración del autoconcepto.

Teniendo en cuenta todo ello de forma general, el caso ilustra la posibilidad y viabilidad de servirse de un modelo integrador el cual considere como objetivo la reconstrucción del autoconcepto, la toma de conciencia, la activación e integración aquellos casos en los que se encuentren presentes rasgos de perfeccionismo desadaptativo, relacionado con el Síndrome del Impostor (SI), y elevada autocritica y autoexigencia.

B. Limitaciones

El presente estudio de caso presenta determinadas limitaciones que pueden influir a la hora de explicar los resultados obtenidos.

En primer lugar, atendiendo a la aplicación de los cuestionarios en el momento pretratamiento, estos no fueron aplicados antes del inicio del trabajo terapéutico, sino que su aplicación se realizó en la sesión número seis, debido a limitaciones logísticas. Lo cual

los resultados obtenidos en los cuestionarios pretratamiento podrían no reflejar el estado real de la paciente K. ya que el trabajo terapéutico había comenzado y puede que los resultados muestren una mayor conciencia del problema al haber creado una narrativa durante las seis primeras sesiones.

Otra limitación a destacar durante fases intermedias del proceso terapéutico sería el reajuste del tratamiento médico de la Enfermedad de Hashimoto de la paciente. Desde el inicio del proceso terapéutico la paciente comenta que no se encontraba bajo tratamiento debido a que no tenía tiempo o espacio para ella, lo cual la propia sintomatología de la Enfermedad de Hashimoto pudo influir en el trabajo inicial con la paciente, resaltando síntomas como niebla mental, dolores articulares, sensación de debilidad y angustia, así como bajo estado de ánimo.

También otra limitación en cuanto aspectos metodológicos sería la modalidad del estudio de caso único, lo cual dificulta la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos al resto de población.

En último lugar, destacar el periodo limitado en cuanto a la duración para el trabajo terapéutico, siendo este desde octubre de 2025 hasta mayo de 2026. Lo cual ha podido obstaculizar la posibilidad de contemplar o explorar otros aspectos.

C. Recomendaciones para la Práctica Clínica e Investigación

Considerando los resultados obtenidos tras el presente estudio de caso, se proponen las siguientes recomendaciones de acuerdo a futura práctica clínica e investigación.

En cuanto a la práctica clínica, se recomienda la realización de intervenciones multidisciplinarias que atiendan aspectos emocionales, relacionales y no únicamente cognitivos a la hora de abordar rasgos de perfeccionismo. Así como integrar en dicho trabajo aspectos propios de la autocrítica o autoexigencia. Desde esta perspectiva, abordar de forma interdisciplinar teniendo en cuenta e incorporando factores combinados de otras terapias, además de la Cognitivo-Conductual, como por ejemplo, terapias humanistas o gestálticas, favoreciendo así un abordaje integral.

También se recomienda el trabajo a través del Ciclo de la Experiencia gestáltico para aquellos pacientes que se encuentran en fases de bloqueo, esto puede permitir lograr una toma de conciencia y movilización de las necesidades propias de los pacientes, posibilitando así el cambio.

Por último, en relación a la práctica, se recomienda el respeto de los tiempos del paciente, así como la importancia de crear una adecuada alianza terapéutica, estos aspectos son considerados claves para el trabajo terapéutico y el cambio.

En relación a recomendaciones orientadas a líneas de investigación futura, destacar la posibilidad de llevar a cabo estudio que contemplen la intervención en casos de perfeccionismo desadaptativo desde otros enfoques, o manteniendo una mirada integradora, sin centrarse únicamente en terapias cognitivas. También, resultaría enriquecedor analizar la posible relación entre el rol de cuidador y autoexigencia.

D. Aprendizajes Personales

El trabajo realizado durante estos meses me ha aportado relevantes aprendizajes en cuanto a la práctica clínica como al desarrollo personal como profesional.

En primer lugar, destacar la importancia de crear una alianza terapéutica con los pacientes, esto ha resultado clave para facilitar el trabajo a lo largo del proceso terapéutico, así como adaptar la mayor o menor directividad durante las sesiones dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente.

Otro de los grandes aprendizajes, considero que ha sido la oportunidad de desarrollar habilidades en relación a la tolerancia a la incertidumbre, a lo ocurrido durante la sesión actual y la próxima. Es decir, el trabajo terapéutico nunca va a ser lineal, en la mayoría de los casos van a ocurrir imprevistos, por lo que hay que considerar la posibilidad de realizar reajustes.

Por último, el trabajo realizado en el presente estudio de caso me ha permitido poner en práctica y continuar desarrollando habilidades propias del terapeuta, así como posibilitar la construcción de una mirada integral del paciente, no únicamente considerar sus motivos de consulta como aspectos aislados.

Referencias Bibliográficas

Administrador. (2024, 23 octubre). Explorando las técnicas de la terapia gestalt. Escuela de Terapia Gestalt del IPG. <https://escuelagestalt.com/articulos/explorando-las-tecnicas-de-la-terapia-gestalt/>

Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 15(3), 241.

- Compassionateadmin. (2022, 15 agosto). Terapia Centrada en la Compasión | Compassionate Mind España. Compassionate Mind España. <https://compassionatemind.es/formacion-3/terapia-centrada-en-la-compasion/>
- De Rosa, L. (2012). Factores mantenedores del perfeccionismo desadaptativo o clínico. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- De Rosa, L., Valle, A. D., Rutzstein, G., & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(3), 209-215.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Kolts, R. L., & Hayes, S. C. (2020). *Manual clínico de terapia centrada en la compasión*. Desclée De Brouwer.
- Pannhausen, S., Klug, K. & Rohrmann, S. Never good enough: The relation between the impostor phenomenon and multidimensional perfectionism. *Curr Psychol* 41, 888–901 (2022). <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00613-7>
- Vílchez, E. R. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en psicología*, 17(1), 59-74.
- Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer.

ANEXOS

A. Anexo I. Resolución Comité de Ética



Madrid, 26 de enero de 2026

Dictamen 064/25-26

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: “AUTOCONCEPTO FRAGMENTADO: ESTUDIO DE CASO SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD AFECTADA POR LA AUTOCRÍTICA Y ROL DE CUIDADOR”, presentado por la alumna D^a. Isabel Morer Gil 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 mujer de mediana edad con dificultades psicológicas relevantes. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante podrá mejorar en su estado psicológico y adquirir habilidades de regulación emocional. No existen riesgos sustanciales para la participante. La investigación no se efectúa con menores de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

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

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

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

B. Anexo II. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los objetivos del presente estudio consisten en analizar, mediante un estudio de caso clínico narrativo, el proceso terapéutico y la evolución de la paciente. Teniendo en cuenta variables como: la autoestima, el perfeccionismo, la autocrítica, pensamientos rumiativos y rol de cuidador, así como la construcción del autoconcepto e identidad.

La recogida de datos se realizará a través de entrevistas clínicas, observación, notas de campo y cuestionarios psicológicos estandarizados y validados, que se administrarán al inicio y al finalizar el tratamiento con fines únicamente académicos y de investigación.

En cuanto a la protección de datos, la confidencialidad se mantendrá durante todo el proceso, siendo los datos anónimos, utilizando nombres ficticios y suprimiendo cualquier información que permita la posible identificación personal. Además, los datos se utilizarán exclusivamente con fines académicos y no serán cedidos a terceros.

Únicamente tendrán acceso a los datos del estudio las siguientes personas: el estudiante que realiza el TFM, el director del TFM y el responsable del STIC.

Datos del participante/paciente: Yo  nombre y apellidos), con DNI .

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón, sin tener que dar explicaciones, y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Y para que conste, firmo el presente documento en Madrid, con fecha

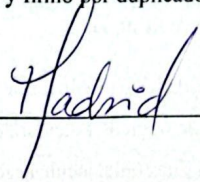
18/12/2025

Firma del participante:



Nombre y apellidos:





Firma del investigador:



Nombre y apellidos:

Isabel Morer Ciel

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

C. *Anexo III. Declaración Uso IA*

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: "AUTOCONCEPTO FRAGMENTADO: ESTUDIO DE CASO SOBRE CÓMO EL PERFECCIONISMO, LA AUTOCRÍTICA Y EL ROL DE CUIDADOR INFLUYEN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD"

Autor/a: ISABEL MORER GIL

DNI/Alumno/a: 73023402N

Nombre del Director/a de TFM: SOFÍA RADEMAKER MARTÍN-MUNICIO

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: PABLO FERNÁNDEZ CÁNCER

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

En aquellos casos en los que deseaba aumentar la búsqueda bibliográfica de alguna de las variables concretas del estudio de caso, utilicé la herramienta ChatGPT, para obtener ayuda y comprobar si me podía facilitar artículos con base científica, estudios o manuales relacionados con dichas variables. (p, ej., "De las autoras Clance e Imes, que hablan del Síndrome del Impostor (SI), me podrías ayudar a buscar algún paper, artículo o estudio que refiera trabajo relacionado con estas autoras y el Síndrome del Impostor (SI)", "Me puedes ayudar con la búsqueda de manuales o programas relacionados con el uso del Ciclo de la Experiencia gestáltico",

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Se ha hecho uso de la herramienta ChatGPT en aquellos casos en los que buscaba ayuda para resumir las ideas principales o conclusiones de ciertos estudios o artículos o para comprender de forma más específica ciertos términos que se encuentran relacionadas con las variables de estudio. (p, ej., "Basándote en el artículo (le citaba el artículo) me puedes explicar mejor en qué consiste el perfeccionismo desadaptativo, de acuerdo a los autores"

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Una vez redactadas mis notas y algún párrafo del estudio de caso, hice uso de la herramienta ChatGPT, para que me ayudara a cohesionar, resumir o integrar, algunas de las ideas que incluían esos párrafos (p, ej., "Me podrías ayudar a integrar y cohesionar la información de estos dos párrafos (le incluía los párrafos ya redactados)").

Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

En el caso de la búsqueda bibliográfica una vez ChatGPT me facilitaba los artículos revisaba que fuera información veraz y estuviera relacionada con mis objetivos. En cuanto a la generación de textos o fragmentos, al yo haberle facilitado mi información, la herramienta ChatGPT únicamente tenía que trabajar sobre mi información, de igual manera, siempre revisaba que estuviera estructurada y con un sentido de coherencia.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:

A handwritten signature in black ink that reads "Isabel Morero". The signature is written in a cursive style with a vertical line to the left of the name.

Fecha: 8/05/2026