



## **Trabajo Fin de Máster**

**Estudio de caso de una mujer joven en búsqueda de su identidad desde el modelo humanista.**

**Nuria Varela Ameijeiras**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas**

**Dra. Mónica Torres Ruiz – Huerta**

**24 de mayo de 2024**

**Índice:**

1. Resumen.....	3
2. Introducción .....	3
3. Diseño .....	9
4. Metodología de Evaluación .....	10
5. Presentación del caso .....	14
6. Antecedentes.....	17
7. Evaluación inicial.....	19
8. Formulación del caso .....	27
9. Tratamiento, curso y resultados .....	32
10. Discusión.....	40
11. Bibliografía .....	45

## 1. Resumen

Este estudio de caso se centra en el tratamiento de una paciente que presenta diversas conductas desadaptativas incluyendo autolesiones, problemas con la conducta alimentaria e ideación suicida. La paciente también exhibe una gran desconexión y temor hacia su mundo emocional, así como ausencia de sentido vital que se entrelaza con la presencia de una identidad difusa y una identificación con el Trastorno Límite de la Personalidad. Se observa que esta situación se origina en una falta de valía y reconocimiento de su yo auténtico en edades tempranas, lo que ha generado desconfianza hacia los demás, así como un rechazo a mostrar sus vulnerabilidades debido al miedo a ser juzgada y abandonada.

En el marco del modelo humanista integrado que se ha implementado en el tratamiento con la paciente, se ha llevado a cabo un apoyo respetuoso. Se ha trabajado gradualmente en la creación de un espacio seguro para la paciente, donde pueda mostrarse y explorar su autenticidad de manera tranquila y sin juicios.

*Palabras clave: Estudio de caso, Humanista, Identidad difusa, Autolesiones, Vínculo terapéutico.*

This case study focuses on the treatment of a patient presenting various maladaptive behaviors, including self-harm, issues with eating behavior, and suicidal ideation. The patient also exhibits a significant disconnection and fear towards her emotional world, as well as a lack of meaning in life that intertwines with the presence of a diffuse identity and identification with Borderline Personality Disorder. It is observed that this situation stems from a lack of self-worth and recognition of her authentic self at an early age, leading to distrust towards others, as well as a reluctance to show vulnerabilities due to fear of judgment and abandonment.

In the framework of the integrated humanistic model implemented in the patient's treatment, respectful support has been provided. Gradually, efforts have been made to create a safe space for the patient, where she can express herself and explore her authenticity calmly and without judgment.

*Keywords: Case study, Humanistic Approach, Diffuse Identity, Self-harm, Therapeutic Bond.*

## 2. Introducción

El presente trabajo pretende analizar, explicar y reflejar un estudio de caso cuyo objetivo es exponer el procedimiento terapéutico desde la corriente humanista con un enfoque integrador.

Se pretende así pues realizar un estudio a través del acompañamiento de una mujer, P., la cual presenta dificultades en cuanto a la regulación y gestión de sus emociones, así como una gran autoexigencia y crítica hacia sí misma. Asimismo, estos aspectos desembocan en conductas de riesgo, entre las que se encuentran comportamientos autolesivos, falta de regulación en el consumo de alcohol en momentos de ocio social, pensamientos recurrentes de muerte y suicidio y problemas con respecto a la conducta alimentaria (TCA).

Para la elaboración de dicho análisis, es imprescindible introducir contextualmente los conceptos y bases teóricas claves que se han implementado y aplicado en la evaluación e intervención de este caso. Según Riveros (2014) la psicología humanista ha legado un concepto de cuerpo como una entidad luminosa y sabia, que interactúa con el contexto y que lo significa emocional y holísticamente.

En el trabajo terapéutico que se está realizando con la paciente, ha sido de gran relevancia la creación de un buen vínculo y alianza terapéutica con la terapeuta y coterapeuta. Como se ha visto a lo largo de la historia, la relación en sí misma produce un cambio terapéutico, así se ha demostrado que la visión que presenta el paciente de la calidad de la relación se encuentra relacionada positivamente con la obtención de resultados beneficiosos en terapia (Farber et al., 2001, p. 20). Para que se pueda dar una buena alianza, se han descrito una serie de condiciones necesarias para que tenga lugar un cambio constructivo en la personalidad del paciente, los cuáles son: (Rogers, 1957).

En primer lugar, debe existir una relación mínima en la que terapeuta y paciente tengan consciencia de estar en contacto psicológico y personal con el otro. Asimismo, otra condición necesaria es que el paciente se encuentre en un estado de vulnerabilidad o incongruencia, en el cual se experimenta una discrepancia entre la vivencia real del ser y la imagen que se presenta de uno mismo. Por lo tanto, coexiste una diferencia entre el significado que experimenta el propio organismo y la representación que se origina en la conciencia del paciente. Es así como a través de la relación y el proceso terapéutico, se espera que el paciente desarrolle mayor congruencia, mostrando así una mayor apertura a sus experiencias internas y adoptando una actitud menos defensiva (Sabucedo, 2023). Por otro lado, el terapeuta debe demostrar una aceptación incondicional de la paciente, incorporando también sus mecanismos evitativos y las defensas que presente, las cuales serán abordadas durante el transcurso del proceso terapéutico. De igual forma, es esencial que el terapeuta tenga una comprensión empática, percibiendo de esta manera el mundo privado de la paciente como si fuera el suyo. Así, P. puede recibir la aceptación incondicional, la ausencia de juicios y la empatía que los profesionales experimentan por ella. Este enfoque puede ayudar a que se cree un espacio en el que P. tenga un hueco al que sienta que pertenece y no sienta que va a ser abandonada, para luego poder transferirlo a su vida cotidiana. (López, 2014; Rogers, 1957).

Bugental y la Asociación Americana de Psicología Humanista propusieron una serie de puntos como postulados básicos de la psicología que se han implementado con P. en el trabajo terapéutico. Entre los mismos, se encuentra ver a la paciente como un ser consciente con capacidad de elección, poner el eje central en la persona y su experiencia interior y buscar el desarrollo del potencial inherente presente en P. y con relación a su contexto natural y social (Martorell y Prieto, 2008).

Las terapeutas han adoptado una postura de apertura hacia la experiencia de P. manifestando cercanía, genuino interés y ausencia de juicio. Han creado un entorno de escucha afectiva y validación de su identidad profunda, estableciendo una conexión empática con el mundo percibido y sentido por la paciente. Del mismo modo, presentan una visión crítica respecto a los asuntos de P. invitándola a que tome agencia de las consecuencias que tienen las decisiones y acciones que toma (Stumm, 2008). De esta manera, la paciente puede encontrar su propio camino debido a que tiene una figura de referencia a su lado que le hace sentirse aceptada y que se encuentra en un espacio de seguridad, y, así mismo, ir configurando su propio proceso de responsabilidad y crecimiento.

Dada la juventud de la paciente, este aspecto es de relevancia en su proceso terapéutico. Hasta ahora ha cumplido expectativas externas, las cuales le han generado una gran exigencia y malestar. Poco a poco está encontrando su propia voz y criterio, que puede ir poniendo en juego para elegir de qué manera tomar sus decisiones y manejar su vida. Esto parece como hipótesis algo muy necesario para la mejoría de P. (Rosso y Lebl, 2006). Desde esta posición, se pretenderá que la paciente coopere desde un ambiente en el que se sienta dispuesta a encontrar recursos en sí misma sin tener la expectativa de que esas herramientas sean facilitadas por las terapeutas. Además, se buscará el crecimiento de la seguridad de esta para adentrarse a los aspectos y sentimientos más dolorosos que presenta. (Mearns y Thorne, 1988).

Por otra parte, en el curso terapéutico se trabaja desde la aceptación de la identidad de P. con el objetivo de que pueda integrarla como un proceso y como la suma de sus partes, creando así de forma subjetiva su propia realidad. De tal manera que la paciente se abre a dicha conciencia reconociendo la posibilidad de optar por reconstruir su vida (Krug, 2009 y Stumm, 2008). Así, P.

podrá incorporar su propia experiencia y los elementos que la componen mediante su proceso terapéutico y el acompañamiento de las profesionales.

Asimismo, P. presenta en cierto modo alguna de las cuatro preocupaciones básicas de la psicoterapia existencial: la muerte, el aislamiento y la falta de un sentido vital. Dichas experiencias, como la falta del sentido vital, producen un estado subjetivo de malestar que el paciente no puede soportar durante un periodo prolongado en el tiempo y el cual les separa de su parte más humana (Yalom, 1984).

Con el objetivo de tratar el malestar que presenta P. en terapia, se trata de ayudar y acompañar a la paciente a poder identificar, experimentar y dar sentido a sus experiencias vividas, además de que integre la percepción y sensación que tiene sobre las mismas (Greenberg y Goldman, 2019). Para lograrlo es necesario que conecte la cognición con la emoción, volviéndose más hábil para poder acceder a la información relevante y el significado que las emociones tienen sobre la paciente y el mundo que le rodea; pudiéndose así adaptar a él correctamente y dejando que sean las necesidades intrínsecas a la emoción sentida las que guíen su camino. (Greenberg y Goldman, 2019; Greenberg et al., 2015).

Conforme avanzaban las sesiones, se observó que el enfado o ira en P. se manifestaba como una emoción desadaptativa, generando obstáculos en su vida y en su relación consigo misma. Esta emoción se vuelve contraproducente cuando ya no ejerce su función de protección ante el daño. (Greenberg, 2000, p. 84). Se hace referencia, por lo tanto, a un afrontamiento interno de manejo de la ira en el cual la paciente tiende a reprimir en vez de expresar verbal o físicamente los sentimientos de furia, irritación o enojo. Lo que implica una limitada vivencia de la emoción sentida en conexión con su cuerpo (Nieto et al., 2008). En relación con lo mencionado anteriormente, se contempla que la conducta autolesiva de P. puede actuar como una forma de

autocastigo, desempeñando la función compensatoria de eventos que provocan sufrimiento o daño a otras personas. Se constituye, de este modo, como una vía para expresar el enfado y mitigar las emociones desagradables y pensamientos angustiantes. (Gamboa, 2022).

### 3. Diseño

El presente trabajo es una investigación de caso estructurada, puesto que se trata de una descripción y estudio de una etapa de intervención de un caso clínico, con el respaldo de los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación psicológica realizadas a P. De esta manera se pretende valorar la eficacia de la intervención y contribuir a la base científica disponible.

Por otra parte, el trabajo se lleva a cabo en el ámbito de las prácticas tuteladas del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) brindado por la Universidad Pontificia de Comillas. Las prácticas tuvieron lugar en una clínica privada asociada a la propia universidad. La persona atendida recibía terapia semanalmente en horario de tarde, este estudio se ha desarrollado en un periodo de tratamiento de octubre a mayo.

El método de trabajo se ha caracterizado por la coterapia, siendo ésta implementada por un par de terapeutas y tres personas que observaban. En primer lugar, la terapeuta principal a cargo de la paciente es Mónica Torres Ruíz – Huerta, psicóloga clínica con doctorado y más de dos décadas de experiencia en la práctica de terapia humanista. En segundo lugar, la autora de este estudio de caso Nuria Varela Ameijeiras, graduada en Psicología y estudiante del segundo año del Máster de Psicología General Sanitaria. Asimismo, el resto del equipo se encontraba en la sala de observación en la cual podían contemplar las sesiones mediante el espejo bidireccional y el equipo de audio.

Es necesario mencionar, que este trabajo cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas.

#### **4. Metodología de Evaluación**

El enfoque terapéutico humanista se caracteriza porque son los estados emocionales del paciente en el momento presente del transcurso de la sesión, los que conforman el principal recurso informativo con el que comienza a trabajar el terapeuta. De esta forma, se pueden apreciar las necesidades y obstáculos de procesamiento emocional que están vigentes en el aquí y ahora del proceso terapéutico.

Con el objetivo de identificar los marcadores del estado del paciente y sus necesidades, el terapeuta recurre a la empatía, juicio clínico, conocimiento de la teoría, fundamentación empírica, así como también la imaginación, para elaborar una representación mental del estado del paciente. Es así por tanto que la evaluación es entendida a nivel de proceso, este enfoque no presenta una secuencia de acciones ni una plantilla o formulación de caso mediante la cual se elabora un plan de intervención. A medida que el proceso terapéutico progresa, la unión de cliente y terapeuta desarrolla un razonamiento reflexivo de las problemáticas del paciente, que tiene como propósito el establecimiento de metas terapéuticas más específicas. (Goldman et al., 2016).

La evaluación de P. ha tenido en primer lugar una etapa que se corresponde a los primeros meses de terapia que se ha caracterizado por un análisis y valoración de sus dinámicas internas y externas en el transcurso de las sesiones terapéuticas. Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, esta evaluación se ha concretado por medio de la observación y las charlas paciente

– terapeuta que tuvieron lugar en las sesiones con P. Tiene especial importancia hacer mención en este aspecto al equipo terapéutico, puesto que contribuyó con valiosa información a su evaluación. En el transcurso de la evaluación la intervención psicológica tuvo lugar simultáneamente, con la finalidad de fomentar el crecimiento y potencial del paciente. Por lo consiguiente, es esencial que el paciente experimente autonomía, un sentimiento de competencia y socialización, percibido como la sensación de estar conectado con otras personas. (Téllez y Saturno, 2013).

A medida que se iba avanzando con P, se evidenciaban diversos funcionamientos y patrones de actuación desadaptativos que obstaculizaban el proceso terapéutico y afectaban también en su avance a nivel personal. Con el propósito de obtener información más detallada sobre las dificultades de P. y establecer una línea de tratamiento más específica y adecuada, se llevaron a cabo una serie de evaluaciones psicométricas, las cuales figuran en la tabla 1, utilizando una formulación experiencial y evitando enfoques reduccionistas y mecanicistas (Sugerman, 1978).

Tras un extenso periodo de trabajo terapéutico, los objetivos específicos de las pruebas utilizadas consistían en explorar por una parte su nivel de depresión. Asimismo, se centraron en analizar, en relación con este aspecto, el sentido de su vida y el grado de autoexigencia o perfeccionismo que parecen presentarse de manera significativa en varios ámbitos de su vida. Por otra parte, P. ha completado varias pruebas psicométricas que se han realizado en tres momentos del proceso terapéutico (previamente a empezar el proceso terapéutico, a mediados y al final de éste) proporcionada por la clínica (UNINPSI) con la finalidad de evaluar su progreso; los síntomas psicopatológicos de P. y los aspectos clínicos relevantes de su funcionamiento interpersonal. Finalmente, la forma de completar las pruebas fue mediante el autorregistro.

**Tabla 1. Descripción de las pruebas psicométricas aplicadas a la paciente**

Test	Objetivo	Referencia
CORE - OM	Evaluación del progreso terapéutico.	Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García – Grau, E. y López – González, M.A. (2012). La versión española del CORE – OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. <i>Revista de Psicoterapia</i> , 23 (89), 109-135.
PIL	Evaluación del sentido vital.	Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL Test: Administration, interpretation, uses theory and critique. <i>International Forum for Logotherapy</i> , 11(2), 76–88.
MPS	Evaluación del perfeccionismo.	Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. <i>Cognitive Therapy and Research</i> , 14, 449-468.
BDI - II	Evaluación de depresión.	Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). <i>BDI-II. Inventario de Depresión de Beck</i> . Buenos Aires, Argentina: Paidós.

---

SA-45	Evaluación síntomas psicopatológicos	Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. <i>Assessment</i> , 4, 259-276. Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. <i>Psicothema</i> , 20(2), 290–296. <a href="https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8657">https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8657</a> .
-------	--	---

---

IIP - 32	Evaluación clínica del funcionamiento interpersonal	Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996) versión abreviada del IIP64 versión validada al castellano (Salazar et al., 2010) Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. <i>The British journal of clinical psychology</i> , 35(1), 21–35. <a href="https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x">https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x</a> .
----------	--	--

---

## 5. Presentación del caso

La paciente P. es una mujer joven de 18 años que inicia el tratamiento terapéutico de manera voluntaria y debido a una gran inquietud y preocupación de sus padres con respecto a su salud mental. Ha acudido a este Centro después de trasladarse de Galicia a Madrid en septiembre con el propósito de comenzar la carrera universitaria en la Universidad Pontificia Comillas, la cual está asociada al mismo. Asimismo, se encuentra medicada con Fluoxetina por parte del psiquiatra del mismo Centro.

Actualmente, reside en Madrid en una residencia de estudiantes y cursa el primer año de enfermería. Con relación a su residencia, no está completamente sola, pero tampoco cuenta con un círculo de amigos donde se sienta plenamente integrada y pueda ser ella misma. Además, ha enfrentado ciertas dificultades con una persona específica y con miembros de un grupo dentro de la residencia, lo cual ha complicado su experiencia en dicho entorno. Ha señalado que mantiene una relación más estrecha con una compañera de estudios que comparte su carrera, aunque tampoco siente una gran confianza hacia ella.

P., es la mayor de cuatro hermanos. Su crianza tuvo lugar en su ciudad natal, A Coruña, junto a su madre, su padre y sus tres hermanos, donde residió hasta septiembre de este año. Aunque P., sostiene tener una buena relación con sus hermanos, reconoce que cuando surgen desacuerdos la situación puede descontrolarse y convertirse en un problema, llegando incluso a manifestarse agresividad y violencia entre ellos. Además, ha mencionado que experimentó celos hacia su hermana cuando sus padres tuvieron a su segundo hijo, ya que deseaba mantener la atención exclusiva de sus padres hacia ella.

En cuanto a sus hermanos, respecto a la que le sigue en edad, menciona que, a pesar de haber experimentado celos hacia ella inicialmente, ahora puede contar con su hermana como un apoyo sólido, aunque continúan teniendo fuertes desacuerdos. En relación a su tercera hermana, describe que es una persona muy bondadosa y preocupada por ella, aunque también se ven envueltas en disputas con regularidad. Por último, con respecto a su hermano menor, comenta que está en una etapa de la vida que se caracteriza por “*la edad de ser estúpido*”. P., siente la responsabilidad de asumir un rol que considera que su madre no cumple, ya que le consiente todo. Además, menciona que cuando vivían juntos, las discusiones eran frecuentes y han llegado a ocurrir episodios de violencia física entre ellos.

La madre de P. es médico digestivo y P. afirma que tiene un temperamento y carácter menos fuerte en comparación con su padre. En cambio, reconoce que su madre tiende a ser impulsiva y estallar en cólera, aunque luego pide perdón. Esta actitud no es suficiente para P. como una disculpa, sino que lo percibe como un comportamiento de víctima. La madre, tras el fallecimiento de su padre, desarrolló un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se caracteriza por ser una persona sumamente activa y con una marcada tendencia al control. Este comportamiento, aunque bien intencionado, puede resultar abrumador y fatigante para quienes interaccionan con ella. Su necesidad de control se manifiesta de manera constante en sus acciones, lo que en ocasiones agobia a P., ya que invade su discurso y se sitúa por encima de ella.

Por otro lado, su padre es profesor y P. afirma que tiene mucho genio y un carácter fuerte. En una ocasión, su padre le pegó un bofetón sin que P. sintiera que hubiera ningún motivo, y desde entonces no han vuelto a hablar de lo ocurrido.

Asimismo, P. ha expresado que su familia siempre la ha percibido y continúan haciéndolo como “*la niña buena*”, lo cual la coloca en una posición en la que debe comportarse según los

estándares que su familia considera apropiados para poder mantenerse en este rol, donde sí es valorada de forma positiva. P. afirma que en su entorno familiar no hay “*hueco*” para todos, lo que conlleva que, para sentirte reconocida y querida, es necesario estar en la posición de ser considerada la mejor a los ojos de sus padres. Este aspecto implica que haya comportamientos, formas de ver su propia vida o emociones que P. no pueda expresar por miedo a que sus figuras de referencia no la validen o aprecien.

En el ámbito social y de amistad, P. atraviesa una profunda sensación de soledad. Antes de mudarse a Madrid, vivió un episodio con sus amigas de toda la vida en el viaje de fin de curso que las distanció, y en la actualidad P. afirma que no tienen contacto ni relación. En Madrid, P. señala que solo se siente cercana a una amiga de la carrera, pero incluso así, tampoco siente que pueda contar con ella en momentos de inestabilidad o malestar. Esta esfera de su vida se encuentra muy debilitada y marcada por numerosas rupturas debido a experiencias con personas en las que se ha sentido decepcionada y defraudada. Este hecho le hace sentir que no puede dejarse ser ella misma, puesto que los demás terminan distanciándose y abandonándola.

El motivo de consulta de P. caracterizado por un “*cuadro desorganizado, exigencia, autolesiones, sobre cognición...*” surgió a raíz de la preocupación de sus padres durante el último año de Bachiller en A Coruña. En general, todos los miembros de la familia, incluida P., buscaban un diagnóstico mediante el cual encontrar soluciones a este problema.

Además, desde una edad temprana, los padres de P. han sido muy exigentes con ella, manteniendo altas expectativas de logro en el ámbito académico y en su futuro desempeño profesional, donde se espera que alcance un sentido de vida significativo. Le regalaron un DSM-V por su cumpleaños cuando era pequeña, el cuál ha dotado a P. de un amplio conocimiento sobre trastornos mentales y un vocabulario especializado en sintomatología clínica. Esta exposición

temprana al DSM-V y la cultura de alta exigencia familiar han llevado a P. a interpretar su propia problemática desde la perspectiva de un Trastorno Límite de la Personalidad, lo cual en ocasiones le hace percibirse a sí misma como “*enferma*”, puesto que afirma cumplir los criterios necesarios para presentar dicho trastorno.

P. es una persona que encuentra difícil conectar con su mundo emocional y tomar conciencia de lo que siente. Ha aprendido a gestionar de manera funcional las emociones intensas que experimenta ante determinados acontecimientos, adoptando un enfoque altamente racional. Sin embargo, esta tendencia hacia la racionalización deja su mundo emocional interno sin una atención adecuada y una posibilidad de acompañarse en su procesamiento emocional. Como resultado, se dan conductas de riesgo asociadas con las autolesiones y su relación con la comida, lo cual le hace poder mantener el control en situaciones donde siente que se desborda.

## **6. Antecedentes**

P. dice sentir que ha vivido una niñez feliz en Galicia rodeada de sus padres y hermanos, no obstante, en la familia de P. se han creado unas dinámicas relacionales que se ven envueltas por un ambiente de notable autoexigencia, por parte de sus padres como de su entorno familiar más amplio, en especial su abuela materna. P. expresa que se le han asignado determinadas expectativas que han sido generadas desde el área parental, las cuales han influido en gran medida en la organización de su vida. No obstante, P. afirma su malestar respecto a dicha perspectiva y pone en tela de juicio su capacidad para satisfacer las expectativas de sus padres con respecto a cómo se desarrollará su vida en un futuro.

Asimismo, la autoexigencia con respecto a la personalidad de P. en el ámbito académico y en su expresión emocional está relacionada con las voces críticas que han surgido a causa de dicha exigencia percibida por parte de sus padres. De esta manera, P. siente que esta autodisciplina la protege de su vulnerabilidad, fortaleciéndola ante posibles daños provenientes de los demás, sintiendo la necesidad de destacarse como la mejor en todo lo que lleva a cabo, con el fin de alcanzar validación de su familia en dicha perfección.

Por otro lado, un aspecto común en las dinámicas relacionales con sus hermanos son el enfado y la forma en que lo gestionan, que como afirma P., suele mostrarse a través de la violencia o de la agresividad entre ellos. Esta dinámica relacional forma parte de su historia desde que han nacido, a pesar de que actualmente las relaciones entre ellos hayan mejorado. P., menciona sentirse culpable por las discusiones que ha tenido con ellos, en las que no se siente identificada con la forma en que las cosas se han desarrollado.

La autoexigencia mencionada anteriormente, logra su punto de inflexión en segundo de bachiller, curso académico en el que su principal objetivo era alcanzar la mayor calificación posible para poder estudiar enfermería y acceder a la universidad que ella quería, afirma P. que consideraba que una vez alcanzase ese objetivo su estado de ánimo por consiguiente mejoraría y se sentiría mal sólo durante este periodo de tiempo en el que debía esforzarse. Sin embargo, en el transcurso del curso comienza a autolesionarse como vía de escape ante su desregulación emocional.

Al finalizar el curso académico, a lo largo del viaje en interrail que había planeado con sus amigas con motivo del fin de curso, ocurre un episodio en el que se desregula emocionalmente estando ebria en Ámsterdam, lo que da lugar a presentar comportamientos que la ponen en riesgo. Sus amigas, alarmadas por su comportamiento y preocupadas por su seguridad, deciden llamar a

su madre sin que P. sea conocedora de ello. Así, su madre viaja a Ámsterdam y la lleva de vuelta a Coruña, episodio que provocó un distanciamiento significativo por parte de P. con todo su grupo de amigas, ya que siente que la han abandonado. Asimismo, estas situaciones de desregulación emocional y vivencias de soledad y abandono volverán a repetirse en el futuro, perpetuando así la narrativa de soledad y de “desajuste” que P. ha desarrollado.

P. experimenta una falta de comprensión por parte de su entorno social y familiar. Asimismo, presenta un profundo temor hacia su propio mundo emocional, el cual está desprovisto de equilibrio, manifestando y expresando sus emociones desde extremos de mucha intensidad a periodos de bloqueo. Dicho desequilibrio le genera miedo a expresarse tal como surgen sus emociones, sobre todo el enfado “*a veces me pongo como una loca*” por el temor a que los demás reaccionen con miedo ante su comportamiento la abandonen. Este aspecto ocasiona en ella un profundo sentimiento de soledad, derivado de la falta de vínculos con los que sentirse acompañada y poder expresarse desde su autenticidad.

## **7. Evaluación inicial**

La evaluación de P. se ha llevado a cabo principalmente de manera cualitativa, por medio del diálogo directo con la paciente y la observación por parte del equipo, el cual se encontraba detrás del espejo durante las sesiones. Además de esta evaluación cualitativa, ha tenido lugar una evaluación cuantitativa mediante la aplicación de diversas pruebas psicométricas, como se mencionó anteriormente.

Este enfoque dual, facilita la obtención de una comprensión integral y exhaustiva de la situación de P., fusionando así la información subjetiva brindada por la paciente durante las interacciones y la recolección de información objetiva obtenida gracias a los instrumentos de evaluación estandarizados.

A partir de lo mencionado anteriormente, se identificaron aspectos significativos en la personalidad y en el funcionamiento interpersonal e intrapsíquico de la paciente. Lo que captó inicialmente la atención fue la presencia de autolesiones activas en los brazos, así como la restricción alimentaria y la manifestación de conductas relacionados con el vómito. La paciente exhibía un cuadro desorganizado en el que coexistían elementos relevantes que le generaban un elevado sufrimiento y malestar.

Se manifestaba una notoria autoexigencia y perfeccionismo, así como un elevado nivel de sobre cognición y una incapacidad general para regular sus emociones, lo que obstaculizaba la capacidad de sentir y experimentar las emociones de manera que no resultara desbordante o incontrolada, llevándola a culparse por dicha situación. Este aspecto se evidenciaba principalmente en la gestión de la emoción de enfado, donde mostraba una propensión a abandonar y retirarse de situaciones de conflicto para evitar exhibir su enojo a los demás, este hecho se puede reflejar en frases que decía en sesión como: *“Prefiero callarme y ya está”*. En consecuencia, se restringía en momentos en los que esa emoción emergía, motivada por el temor asociado. De este modo, la ira se expresaba en la intimidad y encontraba salida a través de los cortes que P. realizaba en su propio cuerpo.

Asimismo, a medida que progresaban las sesiones, se evidenciaba que la autoexigencia que manifiesta está estrechamente vinculada a su entorno familiar. En este contexto, P. revelaba la dificultad de expresar su autenticidad, temiendo así desvirtuar la imagen de “buena y correcta” que

los demás tenían de ella. Este patrón se reflejaba también en otras esferas de su vida, donde el temor a no ser aceptada por el resto la llevaba a limitarse y a no permitirse ser verdaderamente ella misma. La percepción de que nadie pudiera comprenderla o entenderla se reflejaba igualmente en nuestra relación terapéutica con ella, este hecho se muestra en frases de P. como: *“Pienso que cada uno lo ve diferente y que no pueden entenderme porque no han vivido lo mismo”*. Se presentaba complicado que se abriera completamente a nosotras y expresara su vulnerabilidad y necesidades verdaderas. Por consiguiente, la construcción del vínculo y alianza con P. se llevó a cabo gradualmente, basándose en el cuidado y brindándole un espacio seguro y confortable en el que poco a poco pudiese permitirse ser ella misma.

Por otra parte, la ausencia de una relación íntima y cercana donde pudiera sentirse comprendida y escuchada generaba en ella una carencia de sentido y significado vital tanto en relación con los demás como consigo misma en lo que a su vida se refiere. En consecuencia, manifestaba pensamientos suicidas muy frecuentes, en los cuales se visualizaba a sí misma el día de su fallecimiento, con el propósito de determinar si realmente las personas de su entorno realmente notarían su ausencia y para valorar sus reacciones ante tal eventualidad. Como ejemplo, P. ha comentado en sesión: *“¿Qué hueco dejo en el otro?”; ¿Qué pasaría si no estoy?”*.

Después de realizar esta evaluación a nivel cualitativo, se administraron a P una batería de pruebas psicométricas con el fin de mejorar y ajustar el plan de tratamiento que se le estaba implementando, además de, poder profundizar en la comprensión de sus mecanismos internos. Los resultados obtenidos en las pruebas se encuentran detallados en la Tabla 2.

**Tabla 2. Resultados de las pruebas psicométricas**

<b>Test</b>	<b>Resultados</b>
CORE - OM	<p>Bienestar subjetivo: 30 - malestar severo</p> <p>Problemas / síntomas: 28 – malestar severo</p> <p>Funcionamiento general: 21 – moderado – severo</p> <p>Riesgo: 17 – moderado</p> <p>Puntuación total: 24 – moderado severo</p>
PIL	81 – Falta de sentido de la vida
MPS	<p>Organización (12/18) – medio alto</p> <p>Expectativas de logro (25/27) – muy alto</p> <p>Miedo a errores (27/33) – muy alto</p> <p>Influencias parentales (16/27) – alto</p>
BDI - II	38 – Depresión grave
SA-45	<p>Hostilidad: 13/20</p> <p>Somatización: 13/20</p>

---

Depresión: 14/20

Obsesión – compulsión: 15/20

Ansiedad: 16/20

Sensibilidad interpersonal: 16/20

Ansiedad fóbica: 9/20

Ideación paranoide: 14/20

Psicoticismo: 16/20

---

IIP - 32      Socialmente inhibido: 10/16

Distante emocional: 9/16

No asertivo: 3/16

Autocentrado: 16/16

Dominante: 6/16

Demasiado abierto: 5/16

Autosacrificado: 14/16

No - autoafirmativo: 7/16

---

La evaluación cuantitativa nos ha posibilitado reunir datos adicionales acerca del funcionamiento de P. y fortalecer la evaluación cualitativa mencionada anteriormente y que se ha desarrollado en las sesiones iniciales del proceso terapéutico.

Antes de proceder con la interpretación detallada de los resultados de cada prueba, es de gran importancia destacar que, además de analizar los resultados obtenidos por P. en cada prueba, también se han revisado minuciosamente sus respuestas individuales.

Este análisis tiene como objetivo observar posibles sesgos, dado que las pruebas fueron completadas a través de autorregistro. Se ha observado de manera evidente que la mayoría de los cuestionarios arrojan resultados que siguen una tendencia hacia la gravedad, aunque hay áreas con puntuaciones más elevadas que otras, en términos generales, todos siguen la misma dirección, la cual se encuentra en gran medida alineada con las apreciaciones y resultados cualitativos mencionados con anterioridad.

Este hecho se puede apreciar en los resultados obtenidos en la escala BDI-II, que evalúa la depresión, y la escala PIL, que evalúa el sentido vital de P., donde se han obtenido una puntuación que implica gravedad. Este aspecto está vinculado con los pensamientos suicidas que se han manifestado y explicitado durante las sesiones y la dificultad para encontrar razones por las que sigue viviendo, este aspecto se ve reflejado en las respuestas de P. en el cuestionario de depresión: *“Me mataría si tuviera la oportunidad (9); “Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza (1)”*. Lo cual puede verse relacionado con la percepción de no sentirse importante para el otro ni sentir que su vida tenga un significado, tanto para los demás como para ella misma. Sin embargo, se ha observado en otras de sus respuestas a algunas preguntas del test PIL que sí encuentra metas y anhelos definidos, y considera que su vida está llena de propósitos y sentido.

Este aspecto está en concordancia con lo explorado en las sesiones, donde se evidencia como P. comienza a ser consciente de que el simple hecho de estar en el mundo ya tiene un valor intrínseco, independientemente de la necesidad de llevar a cabo constantemente acciones

consideradas significativas y valiosas para justificar su existencia, además de reconocer que la forma de confirmar esta realidad es vivir.

No obstante, persiste el malestar y sufrimiento que se han observado durante las sesiones en P., como se refleja en sus respuestas a preguntas de dichas pruebas. En estas respuestas, se percibe que, si tuviese la elección de nacer, no habría optado por la existencia. Además, duda sobre el propósito de su existencia y regularmente contempla el suicidio como una posible salida a su situación vital.

Otro aspecto relevante que está relacionado con lo observado en las sesiones de terapia es que P. no percibe tener control sobre su vida; más bien, siente que esta está controlada por factores externos. Esta percepción se vincula con su dificultad para regular sus emociones y evitar que éstas se desborden hacia los demás.

Asimismo, P. ha expresado que su autoexigencia y perfeccionismo son consecuencia de las demandas impuestas en su entorno familiar, en concreto por parte de sus padres. Esta dinámica relacional se observa en el test MPS que completó, en el cual señala que la mayoría de las veces: *“Mis padres me pusieron metas muy altas para mi (1)”*; *“Cuando era niña me castigaban por no hacer las cosas perfectas (2)”*; *“Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mi (22)”*.

En lo que respecta a sus exigencias personales, se ha observado que son elevadas a través de sus respuestas al cuestionario y en lo tratado en las sesiones con ella, donde expresa que la mayoría de las veces: *“Odio no llegar a ser el mejor en todo lo que hago (18)”*; *“Me propongo metas extremadamente altas (19)”*. Además, se destaca que la dimensión de complacer al resto al ser percibida como una persona correcta desde la perspectiva de los demás es de gran importancia

para P., ya que en el cuestionario manifiesta estar de acuerdo en que siempre: *“Si cometo pocos errores, le agradeceré más a las personas (34)”*.

Los demás cuestionarios proporcionados por el centro clínico, con la finalidad de evaluar el proceso terapéutico de P., concuerdan con los resultados previamente mencionados. Indican una preocupación significativa para tener en cuenta por parte de las terapeutas en cuanto al malestar subjetivo, riesgo y un funcionamiento general que se clasifica como grave y moderado, aspectos que requieren una exploración minuciosa y se plantean como objetivos para abordar en el tratamiento. Más concretamente, en el SA-45 se han registrado puntuaciones notablemente elevadas, especialmente en las escalas de psicoticismo (16/20), sensibilidad interpersonal (16/20) y obsesión – compulsión (15/20). Estas puntuaciones son coherentes con su inclinación hacia un pensamiento racional elevado y la presencia de pensamientos obsesivos. Además, se correlacionan con las conductas de autolesión, la ideación suicida y las dificultades en la relación con la alimentación que la paciente presenta. Asimismo, concuerdan con la presencia de un comportamiento impulsivo y complicaciones en la regulación emocional.

Por otro lado, en la prueba IIP – 32, la paciente ha obtenido la puntuación máxima en la escala de autocentrado (16/16). Este resultado se alinea con el patrón de comportamiento observado en sus relaciones interpersonales, donde sus propios problemas tienden a ser de mayor gravedad e importancia que los de los demás. Además, sugiere una dificultad para experimentar empatía por los problemas de los demás y una baja disposición para colaborar en sus interacciones sociales. Este patrón de comportamiento se ilustra en una situación específica, donde una amiga llamó a P. para expresar su malestar tras romper con su pareja. En respuesta, P. manifestó a las terapeutas *“me siento ofendida y me fastidia que mi amiga se haga la víctima y juegue con que se*

*siente deprimida, es de frivolar y ser ignorante, saliéndole rabia*". Estos resultados se alinean con lo previamente mencionado en el análisis evaluación cualitativa.

## **8. Formulación del caso**

El malestar general experimentado por P. desde el inicio del tratamiento se manifiesta en una serie de conductas desadaptativas, particularmente en relación con las autolesiones y los hábitos de alimentación restrictivos. Las cuales parecen ser empleadas como mecanismos para conseguir tener control sobre situaciones que la paciente detecta como desbordantes. Esta conducta se asocia con la desconexión emocional de P. respecto a ciertas emociones, como el enfado, el cual, cuando se acerca a él la inunda y provocan una sensación de miedo y terror hacia sí misma.

Por otra parte, se percibe en la paciente una herida interpersonal nuclear de vergüenza, que se encuentra asociada con la necesidad existencial de ser y sentirse respetada, reconocida, apreciada y validada en las acciones realizadas o en la identidad personal de P., necesidad que no ha sido respondida y ante la que sus figuras de referencia no han reaccionado durante el desarrollo de la paciente., ya que, como ha expresado P., el lugar y posición en la que ella era vista por sus padres correspondía a la de "niña buena", por ello, cuando se alejaba de esta posición y se acercaba más a su propia identidad, expresando sus deseos y encontrando su propia voz, dejaba de ser objeto de reconocimiento y valoración por parte de su entorno familiar.

Esta necesidad existencial es expresada en P. desde el clúster emocional de vergüenza y culpa, emociones que surgen a causa de no haber sido reconocida como valiosa. De esta manera, la paciente percibe que algo malo se halla dentro de ella para entender por qué ha sido y es tratada

de esta forma, lo cual la sume en un sentimiento de culpa inherente a su naturaleza y desencadena en vergüenza por presentar aspectos que generan una sensación de menos valía ante los otros significativos, considerando que el problema reside intrínsecamente en ella. Este aspecto se puede apreciar cuando P. nos expresa su incomodidad y malestar en las comidas familiares en las cuales se reúne toda la familia, como ha pasado en noche buena, en la que P. prefiere aislarse debido a la sensación de incomprensión y temor al juicio por parte de su entorno familiar en cuanto a sus pensamientos y opiniones. Observando que, a diferencia de ella, uno de sus primos, quien encarna el modelo ejemplar que su familia elogia, es totalmente contrario a ella, reafirmandose así en esta idea.

Asimismo, se ha observado que hay situaciones y experiencias en la vida de P. que activan su dolor emocional, cuya base reside en su memoria emocional esquemática. Con el objetivo de paliar este dolor emocional primario, P. lleva a cabo formas de auto – tratamiento, con la intención de ser apta para los demás y, por tanto, sentirse valorada y querida por el resto. Esta intención de reparar su herida nuclear puede convertirse en ocasiones en un causante de gran malestar para P., cuando no alcanza el propósito deseado.

En esta misma línea, y adentrándonos más en el auto – tratamiento existente en P., hemos observado que tiene lugar en la paciente un despliegue de acciones irreflexivas, que se caracteriza por llevar a cabo acciones sin tener consciencia sobre ellas, lo que se denominaría *acting out*, cuyo objetivo consiste en satisfacer una necesidad sin sentir la vulnerabilidad de ser consciente de que esa necesidad existe, lo cual tiene una estrecha relación con el apego evitativo. Retomando el ejemplo de sus amigos, se puede apreciar en P. la necesidad de sentirse querida y apreciada por ellos, puesto que afirma sentirse muy sola, pero no muestra la vulnerabilidad que esto implica y la aceptación de necesitar el cariño y amor de los demás , lo cual conlleva a que afirme que no

necesita pasar tiempo con sus amigos y que la soledad tampoco es un problema para ella, como cuando expresó a la vuelta de navidades de haber estado de vacaciones en su ciudad natal, Galicia, que prefirió quedarse en casa sola la mayor parte de su estancia allí y no pasar tiempo con su círculo social, así como ella misma ha expresado “*quiero estar sola y tengo miedo a quedarme sola*”.

Es así como P. presenta formas impulsivas de actuación, cuya intención reside en satisfacer su necesidad sin sentir dicha vulnerabilidad subyacente, actuando de esta manera como un regulador emocional, lo que implica que no haya una consciencia de ello y la reflexión sea sustituida por una acción impulsiva. Un ejemplo de esto son las reacciones problemáticas que presenta P. cuando decide pasar tiempo con sus amigos de la residencia de Madrid. En ese momento, P. tiene la necesidad de sentir cercanía y aprecio por parte de los demás, pero el hecho de no sentir la vulnerabilidad implícita conlleva a que tenga reacciones problemáticas, sobre todo cuando consume alcohol, que surgen de manera impulsiva en ella y provocan una especie de miedo ante sus actos en los demás y provocan que se alejen de ella. De esta forma, cuando este dolor se activa, sus esquemas emocionales ponen en marcha emociones que auto organizan a P. en sentimientos de vergüenza y culpa por ser y comportarse conforme a su identidad, lo que, a su vez, puede derivar en que los demás decidan tomar distancia de ella.

Así, P. presenta una supresión de la experiencia, lo cual está relacionado con su falta de percepción real de la necesidad de asistir a terapia, así como un bajo nivel de insight sobre la conciencia del problema. A pesar de esto, P. muestra un compromiso al acudir a terapia y gradualmente comienza a permitir que se explore su mundo interno. Aunque la vergüenza sigue siendo un factor predominante, se enfrenta a este sentimiento al encontrar en las terapeutas una escucha atenta y comprensiva hacia su ser más profundo. Este proceso ayuda a P. a enfrentar el

temor al juicio o al rechazo que pueda surgir durante la terapia. Asimismo, se ha observado en P. la presencia de dinámicas externalizantes que el exterior percibe, es así como dicho auto – tratamiento, genera los síntomas que P. relaciona con el Trastorno Límite de la Personalidad y que ella misma ha identificado en las sesiones, refiriéndose así a *“tengo relaciones inestables, disociación, impulsividad, cambios bruscos de estado de ánimo, manipulación cuando quiero conseguir algo”*. Síntomas que surgen del auto – tratamiento, pero que son reinterpretados por P. desde una perspectiva de incompreensión respecto a los motivos subyacentes de su manifestación.

Este mecanismo de actuación trae implícita una gran autocrítica, puesto que P. por una parte, recibe mucha exigencia por parte de sus padres y de su entorno familiar, lo que le ha llevado a necesitar ser la hija buena y perfecta para poder tener un lugar importante para su familia. Y, asimismo, siente esta autocrítica cuando realiza las conductas mencionadas anteriormente derivadas de su dolor emocional y verifica que vuelve a ser abandonada por su círculo social, lo que hace que su voz crítica le devuelva *“nadie no te va a abandonar”*, entrelazada así con la culpabilidad y vergüenza que experimenta hacia su naturaleza y conducta, tanto consigo misma como con el resto. Además, se siente avergonzada debido a las autolesiones que tienen lugar en la paciente cuando ha recibido otro abandono por *“su culpa”*, lo cual desencadena un sentimiento de enfado contra si misma que le desborda tanto que recurre a la autolesión como herramienta para regularse emocionalmente. Esta conducta se vincula a un perfil alexitímico, que se caracteriza por una limitada habilidad para entender y manejar las emociones, así como una baja capacidad en cuanto a la resolución de conflictos.

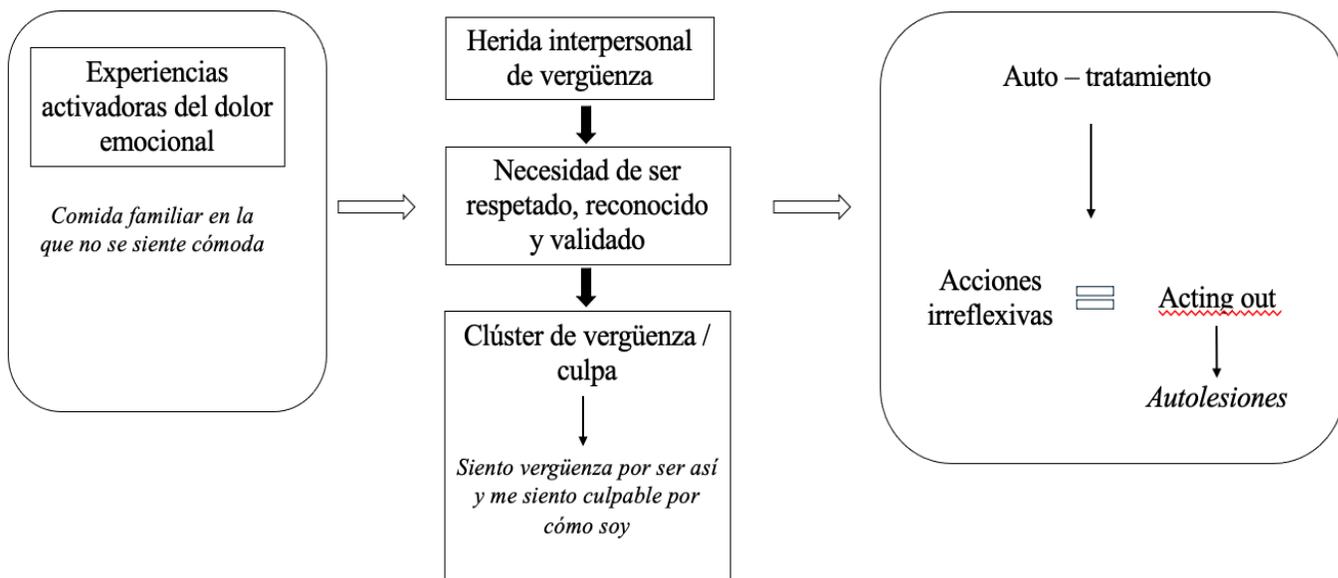
La alexitimia observada en el caso de P., puede deberse a la presencia de una personalidad límite compleja, caracterizada por una identidad difusa y una frágil individuación. Dando lugar a una dificultad para integrar sus propios estados psíquicos. De esta forma, la autolesión se torna en

un mecanismo para recuperar la conciencia sobre ella misma y recobrar el autocontrol. Se ha observado que este modo de actuar ocurre en P. como una forma de maduración adelantada, utilizando la autolesión como medio para regular un sentimiento de autonomía y autoconfianza, fortaleciendo el concepto de que solo se tiene a sí misma y solo puede depender de ella para superar sus dificultades, lo cual se relaciona con las deficiencias en las relaciones con sus cuidadores primarios.

Asimismo, con el propósito de conocer las repercusiones que tendrían lugar en su entorno ante su fallecimiento, P. presenta una intensa ideación suicida y pensamientos recurrentes sobre su propia muerte. Estos pensamientos siempre se centran alrededor de la visión de sí misma sin vida y la observación sobre quién sufriría su pérdida, así el desarrollo de los eventos si su muerte tuviese lugar. De esta forma, trata de verificar si existe alguien que la valore lo suficiente como para lamentar su pérdida, o si verdaderamente carece de valor para los demás.

**Figura 1**

### Esquema formulación de caso



*Nota:* El esquema representa un ejemplo ilustrativo de la formulación de caso explicada anteriormente de P. Adaptado de Caro (2018).

## 9. Tratamiento, curso y resultados

El objetivo principal del tratamiento en el caso de P. ha sido establecer una alianza terapéutica sólida, generando así un ambiente y entorno seguro donde P. pueda expresarse de manera auténtica sin temor a ser juzgada o abandonada. Se ha enfocado, por tanto, en crear un ambiente propicio donde la paciente pueda revelar su verdadero ser, sin ocultar aspectos de su personalidad por temor a ser abandonada o sentirse rechazada al conocerse su verdadero yo. De esta forma, queríamos que la paciente pudiese experimentar en el contexto de la terapia que la autenticidad de quién es ella realmente, no conlleva al abandono y, posteriormente, pudiera incorporar este aprendizaje para transferirlo y aplicarlo en su vida diaria. Este ha sido el foco

central en todas las sesiones llevadas a cabo con P. Para facilitar este proceso, se ha incluido al final una tabla donde se detallan los objetivos y técnicas empleadas en cada sesión, brindando un marco estructurado para el tratamiento de los progresos de P.

Al comienzo de la terapia surgió una notable complejidad debido a la resistencia de P. a iniciar un proceso terapéutico. Ya que fueron los padres de P., los que, ante la preocupación por la situación de su hija, expresaron la necesidad de que recibiera tratamiento por parte de profesionales en psiquiatría y psicología. Asimismo, la dinámica de ser tratada por dos terapeutas y la observación bidireccional mediante el espejo por parte de los demás miembros del equipo dificultaron en gran medida que P. experimentase un espacio seguro para abrirse y permitirnos conocerla genuinamente, ya que la primera vez que entró a sesión siendo consciente de la presencia del equipo comentó *“a ver que pensáis de mí”*, por lo que se hace presente la importancia del juicio que los demás hagan sobre ella y la vergüenza que aparece ante lo que piensen los demás, por ello este aspecto hacía más complicado que pudiese expresarse con total libertad.

Como se ha mencionado anteriormente, el enfoque terapéutico adoptado se centró en construir un vínculo fuerte y verdadero con P., con el propósito de que pudiese experimentar una relación en la que se sintiese segura y pudiera expresar cómo realmente es y así concedernos la oportunidad de conocerla en profundidad y brindarle la oportunidad de explorar su historia con mayor conciencia, con el fin último de conocer verdaderamente su identidad.

El trabajo sobre el vínculo y la alianza terapéutica se integró en todas las sesiones. A pesar de que la paciente mostraba una apertura progresiva hacia las terapeutas, persistía una arraigada resistencia que limitaba el progreso y el bienestar de P. Es así como, en repetidas ocasiones, durante el proceso terapéutico, cuando le preguntábamos si confiaba en nosotras lo suficiente como para compartir sus pensamientos o experiencias que consideraba más íntimas, su respuesta era

negativa. Las sesiones que conformaron el proceso terapéutico con P. se caracterizaron por una escucha activa y una gran presencia terapéutica por parte de ambas terapeutas. Este enfoque tenía el propósito de asegurar a P. que, independientemente de las circunstancias, estaríamos presentes para para sostenerla, apoyarla y acompañarla en su proceso de evolución y desarrollo personal. Asimismo, en las sesiones terapéuticas se dio prioridad a la empatía, la presencia y la aceptación incondicional de la experiencia de la paciente.

Por otra parte, la psicoeducación se estableció como un componente esencial durante las sesiones con P. Se trataron temas relacionados con el funcionamiento de la terapia, sus objetivos, así como el marco terapéutico adoptado, el cual, en este caso, se abstuvo de fundamentarse en un diagnóstico clínico. Esta última consideración resultó especialmente relevante dada su identificación previa con el Trastorno Límite de Personalidad, de la cual P. necesitaba una corroboración por parte de las terapeutas. La alexitimia observada en la paciente, así como las conductas autolesivas que empleaba para controlar su desregulación emocional y forjar una identidad con la cual identificarse, fueron abordadas inicialmente mediante la psicoeducación. Se buscó que comprendiera el funcionamiento de su propio mundo emocional, las funciones que de las emociones y lo necesarias que son en nuestra vida cotidiana. Se resaltó también que no existen emociones malas o buenas, con la finalidad de contradecir la percepción que tenía P. del enfado como algo intrínsecamente destructivo. Se subrayó que, al aceptar y escuchar nuestras emociones, éstas pueden guiarnos hacia acciones beneficiosas, como es el caso del enfado, cuya función es resguardarnos de elementos externos que puedan resultar dañinos para nosotros, pudiendo naturalizar aquello que le sucede.

En relación con el enfado, se implementaron técnicas de externalización para tratar la parte destructiva que provocaba temor en P., debido a la inquietud que le generaba el descontrol asociado

a éste y al potencial daño que podría causar a otros. El propósito de estas técnicas era permitirle a la paciente tomar conciencia de que el enfado no define su identidad. Asimismo, al asignarle forma, color y nombre, se perseguía que la paciente lo percibiera como algo externo a ella, susceptible de ser abordado y tratado. En este ejercicio, se descubrió que el enfado evolucionaba en una crítica que P. denominó como “*destrucción*”, puesto que era el origen de las conductas autolesivas de la paciente y la fuente de la culpa que sentía por ser de esa manera.

Por otra parte, también se abordó uno de los aspectos más oscuros según P., que es la emoción del enfado, utilizando como intermediario los ojos de su peluche, un objeto significativo que conoce y es testigo de su enorme descontrol emocional, el único por tanto que no puede salir corriendo asustado. Este peluche, al que P. llama “Buddy”, tenía el propósito como objeto intermediario de abordar el enfado sin que éste se convierta en la identidad con la que P. se identificaba cuando se enfadaba, relacionada con la idea de “*estoy loca*”. Mediante esta técnica, se intentaba llegar a la conclusión de que el personaje que se autolesiona no representa a P., sino que se presenta como una manifestación cuando “el vaso se llena de rayos” y necesita ser liberado, liberándose consigo misma y destruyéndola a ella, nunca a los demás. A través de Buddy, pudimos abordar estos aspectos emocionales oscuros que la paciente experimentaba en soledad, aproximándonos a ellos sin que la herida de vergüenza lo impidiese.

Asimismo, a lo largo del proceso, se llevaron a cabo una gran variedad de técnicas, puesto que la resistencia de P. complicaba el proceso terapéutico a través del diálogo y la conversación convencional. Así, en algunas sesiones se implementaron dinámicas que podrían ser vistas como juegos, con el propósito de que P. se sintiese más relajada y cómoda durante la terapia, lo cual, a su vez, aumentaba la confianza en las terapeutas y nos permitía poder conocer su historia y a ella más profundamente. A través de estas dinámicas, fuimos conscientes de que la crítica denominada

“destrucción” estaba muy ligada a la herida nuclear de abandono, donde P. se sentía culpable y sentía vergüenza por ser de esta manera, temiendo entonces el abandono por parte de los demás. Asimismo, en relación con esto, también surgía una crítica interna muy fuerte relacionada con la exigencia de ser “la niña buena” que sí es valorada por sus figuras de referencia, lo que supondría evitar el abandono. Sin embargo, esta expectativa chocaba con otros aspectos de la personalidad real de P., la cual también necesita ser vista y validada.

De manera complementaria a lo mencionado anteriormente, también se han realizado ejercicios de sillas vacías con la autocrítica. Estos ejercicios resultaron ser de mucha utilidad para explorar esa voz destructiva que de forma constante le expresa a la paciente “*no eres suficiente, no eres perfecta*”. Frente a esa crítica interna, P. expresa una necesidad de ser aceptada tal y como es, solicitando a esa voz crítica “*necesito que me dejes ser yo*”. Asimismo, se observó que en esta crítica interna subyace y se encuentra reflejada la voz de sus padres.

Por otra parte, tuvo lugar una silla vacía con la autocrítica que también sería “la copia”, esa voz destructiva que representa odio y rechazo, concluyendo desde su silla self “*eres tú quien me quita la calma, me puedo enfadar*”. En el transcurso de estas técnicas, se intentaba también que P. pudiese conectar con su cuerpo para que fuese aumentando su consciencia y sensación corporal al sentir ciertas emociones, puesto que cuando conectaba con su cuerpo, sentía “*que quita la respiración, lo siento en el pecho y no me gusta lo que hace*”.

Se ha observado que, en esa necesidad de autenticidad, P. no siempre presenta una comprensión nítida de su propia identidad, debido a esta identidad difusa que le acompaña y que es propia de su edad. Por lo tanto, en ocasiones, siente la necesidad de comprender “*¿qué es lo que dejo en el otro?, ¿cómo importo?*”, en relación con los pensamientos sobre el escenario de su propia muerte. Así, en respuesta a esto las terapeutas tratamos de expresarle que esa búsqueda de

sentido y significado sólo puede lograrse al abrirse al otro y estar dispuesta a vivirlo, dándole sentido a su propia vida.

Asimismo, con la finalidad de identificar los objetivos terapéuticos que P. aspira alcanzar durante el proceso terapéutico, se aprovechó la sesión previa a la navidad para indagar mediante las cartas Dixit qué aspectos del pasado considera que ha dejado atrás y que objetivos le gustaría alcanzar en el nuevo año. Inicialmente, P. percibía todas las cartas como negativas, sin embargo, con el apoyo de las terapeutas, pudo reconocer el deseo de dejar atrás el *“fingir y pretender estar, ponerse caretas, permitirme estar mal”*, así como la tendencia a ocultar su verdadero estado emocional. Asimismo, el camino que decidió seguir en el futuro es el de *“poder tener más confianza, seguir el camino que ella elige”*.

Durante esta etapa del tratamiento, continuamos construyendo y fortaleciendo el vínculo terapéutico mientras trabajábamos en conjunto para que P. alcanzara sus objetivos. Sin embargo, P. experimentó una nueva crisis en su círculo social de la residencia, enfrentando un nuevo episodio de abandono. Este evento desencadenó en una crisis de desregulación emocional intensa, caracterizada por autolesiones graves e ideación suicida, lo que la llevó a llamar asustada al 112 en un momento de gran soledad y desesperación sin obtener respuesta por su parte.

Asimismo, P. sintió la necesidad de expresarle sus sentimientos y necesidades a sus padres, una iniciativa que consideramos fue facilitada por el progreso alcanzado en el proceso terapéutico anterior. Además, esta decisión fue impulsada por el hecho de que P. recibió sus calificaciones del primer año de enfermería, revelando que había suspendido todas las asignaturas y compartió que no estaba asistiendo a las prácticas ni a las clases de la universidad. Ante esta situación, la paciente expresó su gran malestar en Madrid y trató con sus padres la posibilidad de regresar a Galicia para mejorar su situación y continuar el próximo año, con lo que, hasta la fecha, deseaba dejar Madrid.

Finalmente, se exploró la posibilidad de hacer un reencuadre terapéutico, ya que, tanto los miembros del equipo como las terapeutas, sentíamos que la dinámica subyacente al equipo terapéutico podría estar dificultando el progreso de P. Este aspecto se le consultó a la paciente, quien decidió continuar su tratamiento desde Galicia mediante terapia en formato online, optando por no seguir con el equipo terapéutico.

**Tabla 3. Fases, objetivos y técnicas utilizadas durante el proceso de tratamiento**

<b>Fases</b>	<b>Objetivo principal</b>	<b>Objetivos secundarios</b>	<b>Técnicas</b>
Primera	Construir una alianza terapéutica sólida y efectiva	Mostrar su auténtico yo Entender su manera de funcionar Fomentar confianza en terapia para aplicarla fuera Promover mayor conciencia y autoconocimiento de sí misma	Escucha activa y presencia terapéutica Aceptación incondicional y empatía Psicoeducación Relación terapéutica
Segunda	Abordar pensamientos obsesivos y	Disminuir ideación suicida Ofrecer sentido a su vida	Psicoeducación Vínculo terapéutico

---

creencias	Disminuir	hábitos de	Metáforas
subyacentes	alimentación restrictivos		Focusing con imaginación
	Disminuir identificación con		
	Trastorno Límite de la		
	Personalidad		

---

Crear más	Ampliar el conocimiento		Externalización
consciencia	sobre su mundo emocional		Simbolización
de su propio	Disminuir su racionalización		Uso de objetos intermediarios
cuerpo y			
aumentar su	Disminuir desbordamiento		Sillas vacías
conexión	emocional y miedo al mismo		Psicoeducación
emocional	Generar equilibrio y buena		Vínculo terapéutico
	relación de ella misma con		Dinámicas de movimiento
	sus emociones		
	Disminuir autoexigencia y		
	autocrítica		

---

Reparar su	Reducir miedo al abandono		Silla vacía
apego	Poder ser ella misma con sus		Psicoeducación
	iguales y sus progenitores		Vínculo terapéutico

---

---

		Crear relaciones más sanas	Metáforas
		Disminuir acting out y conductas de riesgo	

---

Tercera	Elaborar la identidad de P.	Potenciar su self Recolocar su posición en la familia Voz propia	Silla vacía Diálogo terapéutico Vínculo terapéutico
---------	-----------------------------	--	---

---

## 10. Discusión

El principal desafío que hemos identificado durante el proceso terapéutico con la paciente ha sido la experiencia emocional de vergüenza derivada de su herida de valía y reconocimiento. P., mostraba reticencia ante el hecho de exhibir sus vulnerabilidades o expresarse de manera auténtica ante personas que no la conocen y que podrían juzgarla, lo que se traducía en desconfianza inicial hacia las coterapeutas y al proceso terapéutico. Además, la presencia del espejo bidireccional, con el resto del equipo terapéutico ubicado detrás de él, añadía una capa adicional de complejidad para la paciente. En este contexto, quizás percibía la posibilidad de ser juzgada por un número mayor de personas cuyas reacciones no podía observar directamente.

Por otro lado, la paciente manifestaba una notable desconexión con su mundo emocional y con su propio cuerpo. Para ella, las emociones fluctuaban entre intensidades extremas, ya fueran muy altas o muy bajas. Esta situación la llevaba a experimentar temor al enfrentarse a emociones abrumadoras, recurriendo a la autolesión como mecanismo para regularlas emocionalmente. No obstante, este aspecto mostró mejoras progresivas a medida que utilizábamos la psicoeducación, técnicas terapéuticas apropiadas y proporcionábamos un acompañamiento y presencia terapéutica cercano y constante. Esta combinación permitió que la paciente ganara confianza gradualmente en nosotras, lo que facilitó su exploración segura del mundo emocional.

Otra de las limitaciones que encontramos durante la implementación del tratamiento fue la dificultad que experimentaba P. para relatar las situaciones que le acontecían o describir lo que le sucedía en general. En ocasiones, las coterapeutas percibíamos la necesidad de extraerle información mediante numerosas preguntas exploratorias. Esta situación mejoró notablemente al abordar las problemáticas de su vida a través de dinámicas de movimiento, en las cuáles se sentía más cómoda. Desde mi perspectiva, esta dificultad podría atribuirse al sentirse sometida a un cierto interrogatorio al hacerle preguntas sobre aspectos que le afectaban directamente y sobre lo que no quería profundizar conscientemente.

Otra dificultad que se ha evidenciado es la reticencia de P. a compartir ciertos temas con sus padres, especialmente aquellos que implicaban un riesgo para su vida, como las ideaciones suicidas que manifestaba. Esta situación generó tensiones en la alianza terapéutica, ya que P. no deseaba que sus padres estuvieran al tanto de estos aspectos. Sin embargo, dado que contábamos con el consentimiento para abordar temas relevantes con sus figuras de referencia, era necesario actuar con el fin de mantener su seguridad y ser leales tanto a P. como a sus padres, quienes estaban comprometidos con el proceso terapéutico y el bienestar de la paciente.

Finalmente, el nivel de conocimiento que mostraba la paciente con respecto a los trastornos mentales y su sintomatología asociada la llevaba a identificarse con el Trastorno Límite de la Personalidad, lo que justificaba muchos comportamientos y se percibía a sí misma como alguien necesitado de un diagnóstico oficial para poder modificar su situación. No obstante, esta perspectiva fue perdiendo relevancia a medida que P. adquiría un mayor autoconocimiento y comprensión de sus propios patrones de comportamiento.

Es necesario destacar que, a pesar de las circunstancias previamente expuestas, se estableció una buena alianza terapéutica entre la paciente y las coterapeutas, lo que permitió mejorar gradualmente la situación de P. Este aspecto le ofreció un espacio en el que podía expresarse con tranquilidad ante personas que la comprendían, respetaban y brindaban seguridad. Sin embargo, a finales del mes de febrero, P. experimentó un deterioro en su estado emocional, retomando comportamientos autolesivos y enfrentando un episodio de crisis en el que tuvo que buscar ayuda médica urgente al temer por su vida. Dado que dicho malestar interfería también en su capacidad para continuar con sus estudios, P., regresó a A Coruña para recuperarse desde su hogar.

Este hecho sugiere las dificultades de P. previamente mencionadas para expresarse y mostrarse frente al equipo terapéutico y posiblemente ante mí como coterapeuta. Actualmente, la paciente continúa su proceso terapéutico con la terapeuta principal, y se han observado significativas mejorías. Estas mejorías incluyen una reducción en las autolesiones, un mayor contacto y conexión con su mundo emocional, lo cual ha contribuido a una mejor regulación de sus emociones, sin manifestar temor hacia la exploración y aceptación de estas. Asimismo, ha logrado establecer una comunicación más efectiva con sus padres, facilitando su proceso de individuación. Entre las decisiones de P. se encuentra la pausa en sus estudios universitarios,

permitiéndole reflexionar sobre su elección de carrera y expresar sus necesidades a sus padres de manera clara, dándoles prioridad a las mismas.

Es relevante mencionar que P. ha compartido su orientación sexual con su familia y terapeuta recientemente, superando así la vergüenza y la culpa asociadas con no cumplir las expectativas parentales, y sintiéndose capaz de compartir este aspecto significativo de su vida con su familia.

La terapeuta principal del caso también ha comenzado un proceso terapéutico con los padres de P. al regresar esta última a Galicia, con el fin de potenciar un cambio efectivo y contribuir al bienestar de la paciente.

Asimismo, P. ha experimentado una modificación en su tratamiento farmacológico, específicamente la sustitución de Fluoxetina por Pristiq y Sertralina, lo cual parece ser más beneficioso para su bienestar. Este cambio tuvo lugar tras su retorno a Galicia, donde retomó la atención médica con su psiquiatra habitual antes de trasladarse a Madrid.

Como resultado a lo mencionado anteriormente, mi participación en el proceso terapéutico concluyó ese mes, por lo que no pude hacer una medida post de los cuestionarios realizados en primera instancia.

En conclusión, este caso ilustra que, si bien la coterapia puede ser beneficiosa en ciertos contextos, puede no ser adecuada para todos los pacientes. Por lo tanto, es esencial tener en cuenta estos factores desde el inicio del tratamiento para proporcionar la mejor atención posible al paciente. A pesar de que mi papel como coterapeuta y miembro del equipo terapéutico haya finalizado, considero que mi contribución ha sido favorable y útil en términos del progreso de la paciente, al garantizar dicho enfoque terapéutico una supervisión constante por parte del equipo y una conexión efectiva entre las terapeutas. Sin embargo, es posible que la paciente aún no se

sintiera cómoda para expresarse frente a los ojos de tantas personas en ese momento del proceso terapéutico.

## 11. Bibliografía

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British journal of clinical psychology*, 35(1), 21–35.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>.
- Caro, C. (2018). La Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción como Proceso de Evaluación Transdiagnóstica. *I Escuela de Primavera de la SEAEP (Sociedad Española para el Avance de la Evaluación Psicológica)*, Málaga, 31 May y 2 Jun.
- Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL Test: Administration, interpretation, uses theory and critique. *International Forum for Logotherapy*, 11(2), 76–88.
- Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric set-tings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Farber, B.A., Brink, D.C., & Raskin, P.M. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y Ç comentarios*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García – Grau, E. y López – González, M.A. (2012). La versión española del CORE – OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23

(89), 109-135.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism.

*Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Gamboa, D.C.R., & Soto, J.A.R. (2022). Autolesiones no suicidas, factores de riesgo, salud mental

Y adolescencia. *Tempus Psicológico*, 5(2).

<https://doi.org/10.30554/tempuspsi.5.2.4506.2022>.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La terapia focalizada en las emociones: una visión

de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5 (1-19).

Greenberg, L.S., & Goldman, R. (2019). *Clinical Handbook of Emotion – Focused Therapy*.

American Psychological Association.

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

Goldman, Rhonda N., Greenberg, Leslie S. y Caro, C. (2016). Formulación de un caso en Terapia

Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la

co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27 (104), 23-45.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham et al., 1996) versión abreviada del IIP64

versión validada al castellano (Salazar et al., 2010).

Krug, O.T. (2009). James Bugental and Irvin Yalom: Two masters of existential therapy cultivate

presence in the therapeutic encounter. *Journal of Humanistic Psychology*, 49 (3), 329-354.

<https://doi.org/10.1177/0022167809334001>.

Martorell, J.L. (2008). La psicología humanista. En *Fundamentos de psicología*, (155-167). Eds.

Martorell, J.L. y Prieto, J.L. Editorial Areces, Madrid. Recuperado de

[https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4486/humanista1.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4486/humanista1.pdf).

Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-Centred counselling in action*. Londres: Sage

Publications.

Méndez López, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la

persona y la relación yo-tú en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 171-180.

<https://hdl.handle.net/11441/85115>.

Nieto, M.Á.P., Delgado, M.M.R., & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la

conceptualización a la intervención psicológica. *Reme*, 11(28), 5. <http://reme.uji.es>.

Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de

la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Búsqueda Avanzada*, 12(2), 135-186.

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.

*Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>.

Rosso, M. A., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Revista Ajayu*,

4(1), 90-117.

Sabucedo, P. (2023). La psicoterapia centrada en la persona en la actualidad: Teoría,

práctica e investigación. *Quaderns de Psicologia* 25(2), 1-25.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9059835>.

Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version

of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders

in clinical practice. *Journal of personality disorders*, 24(4), 499- 515.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma

abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8657>.

Serrano, P.S. (2023). La psicoterapia centrada en la persona en la actualidad: Teoría, práctica e

investigación. *Quaderns de Psicologia*, 25 (2), 10.

<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1899>.

Stumm, G. (2008). The person-centered approach from an existential perspective. *Existenzanalyse*,

25(1), 7–15. <http://www.existential-analysis.org/>.

Sugerman, A. (1978). Is Psychodiagnostic Assessment Humanistic?. *Journal of Personality*

*Assessment*, 42 (1), 11-21. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4201_2).

- Vargas - Téllez, J.A., & Dorony – Saturno, L.M. (2013). Psicoterapia y acompañamiento: Un análisis conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología GEPU*, 4 (2), 142-153. <https://hdl.handle.net/10893/19775>.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Recuperado de Z-Library.