



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**Estudio de caso: Intervención en autocrítica y autocompasión desde el
marco de Terapia Humanista**

Autora: Marta Pose Ramos

Directora: Sofía Rademaker Martín-Municio

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Universidad Pontificia de Comillas

Mayo de 2024

Resumen

Este estudio de caso ejemplifica la intervención desde el marco Humanista en un caso de autocrítica marcada. La paciente presenta altos niveles de autocrítica, sentimientos de ineficacia, baja autoestima y evitación experiencial. Esto desemboca en una constante insatisfacción laboral y personal que refuerza el autotratamiento negativo. Se evalúan variables como el perfeccionismo, el autoconcepto, la autocompasión y la autocrítica con el fin de guiar el tratamiento. La intervención pone principalmente el foco en disminuir la autocrítica y aumentar la autocompasión. Las condiciones terapéuticas basadas en el vínculo terapéutico que proponen autores humanistas como Rogers, Perls y Greenberg demuestran ser eficaces en la mejora de la sintomatología de la paciente. Además, la intervención de la autocrítica mediante tareas terapéuticas propuestas por la Terapia Focalizada en la Emoción pone en evidencia la eficacia de ésta en casos de autocrítica, consiguiendo una disminución en la autocrítica y una mejora colateral de la autocompasión.

Palabras clave: Estudio de caso, Autocrítica, Autocompasión, Terapia Focalizada en la Emoción, Terapia Humanista

Abstract

This case study illustrates a humanistic based intervention in a high self-criticism individual. The patient presents high levels of self-criticism, feelings of inefficacy, low self-esteem, and experiential avoidance. These result in an incessant dissatisfaction on a personal and professional level, which reinforces her harmful self-treatment. Perfectionism, self-concept, self-compassion, and self-criticism are assessed to guide the treatment. The intervention focuses primarily on decreasing the level of self-criticism and increasing her self-compassion. The therapeutic conditions were based on the therapeutic alliance as suggested by humanistic authors such as Rogers, Perls and Greenberg. These conditions prove to be efficient due to the patient's symptoms improving. Furthermore, the improvement found in the levels of self-criticism and self-compassion prove the adequacy of the therapeutic tasks suggested by Emotion-Focused Therapy.

Key words: Case-study, self-criticism, self-compassion, Emotion-Focused Therapy, Humanistic Therapy

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Diseño.....	12
3. Metodología de evaluación.....	13
4. Presentación del caso.....	17
5. Antecedentes.....	19
6. Evaluación inicial	21
7. Formulación de caso.....	23
8. Tratamiento.....	26
9. Resultados de la intervención.....	39
10. Discusión.....	44
11. Bibliografía.....	48

1. Introducción

El presente proyecto decide realizarse a través de la presentación de un estudio de caso con la finalidad de ejemplificar cómo un proceso terapéutico basado en el enfoque Humanista y de Terapia Focalizada en la Emoción puede emplearse para trabajar la autocrítica y la autocompasión de un individuo. La paciente es escogida como protagonista del estudio de caso de entre todas las pacientes por su perfil clínico, el cual se observa como beneficiario de una terapia Humanista y su visión de cómo trabajar la autocrítica y la autocompasión. Esta paciente despierta el interés de la autora por su marcada autocrítica y su discurso estancado en el plano racional. La paciente busca conseguir éxito laboral como una vez tuvo y se critica constantemente por no invertir el suficiente tiempo en trabajar para conseguir sus metas. Esto se suma a una elevada activación cognitiva que bloquea el reconocimiento de las propias emociones, llegando en ocasiones a una evitación experiencial. Desde el principio del proceso se plantean varias hipótesis sobre el desarrollo terapéutico desde un enfoque Humanista:

1. Se conseguirá reducir el discurso cognitivo y se podrá poner luz sobre las emociones.
2. Se suavizarán las dinámicas en las que la paciente se castiga y no toma una pausa para sentir y cuidarse a sí misma.
3. Una vez la paciente pueda priorizar su autocuidado y la atención a sí misma, sus emociones y necesidades, los objetivos que desea conseguir no se sentirán como montañas imposibles o las prioridades de la paciente cambiarán.

Este estudio de caso tiene como variables principales la autocrítica y la autocompasión, que se consideran variables dependientes que están sujetas a cambio por una intervención terapéutica. Otras variables que se evalúan en este estudio son la autoestima, la inteligencia emocional, la evitación experiencial, el perfeccionismo y la autoeficacia. Estas variables también son consideradas dependientes puesto que pueden sufrir cambios gracias a la terapia, y se considera que pueden guardar relación con la autocrítica y la autocompasión y con las características que presenta la paciente que están vinculadas a su motivo de consulta.

Plantear un trabajo terapéutico de la autocrítica y la autocompasión desde el marco Humanista es relevante puesto que las terapias Humanistas cuentan con una extensa

investigación sobre el trabajo en estas variables y terapias como la Terapia Focalizada en la Emoción demuestran su efectividad.

Enfoque Humanista: Origen, premisas y Carl Rogers

La Psicología Humanista tiene su origen en Estados Unidos en los años 60, y surge con la intencionalidad de impulsar una visión integral del ser humano. Esta concepción nace como contraposición a las ramas de psicología que habían sido predominantes hasta el momento, el conductismo y el psicoanálisis. Estos paradigmas se viven por varios autores como reduccionistas y deshumanizantes, a diferencia de la fuerza Humanista, que propone el ser humano como un ser holístico y no formado por diferentes partes con diferentes mecanismos individuales. La Psicología Humanista, liderada por figuras como Fritz Perls y Carl Rogers, aboga por el entendimiento de los individuos como personas con una inherente libertad y creatividad, además de una capacidad de decisión propia (Zalbidea et al., 1990). Adicionalmente, destaca de este nuevo paradigma una defensa del ser humano como individuo con capacidad y deseo de autorrealización, crecimiento y desarrollo individual que otorga sentido existencial (Bugental, 1964, Rogers, 1966). El enfoque Humanista pone en un segundo plano la atención y disgregación de conductas concretas y procesos del inconsciente para poner la importancia de la realidad humana en la consciencia, la responsabilidad individual y la capacidad de agencia de cada persona.

Desde el marco humanista, Carl Rogers defiende que una necesidad fundamental del ser humano es la *tendencia a la actualización* (Mosher et al. 2008; Rogers, 1966), es decir, una predisposición al crecimiento constructivo en aras a la autorrealización. Esta autorrealización incluye una búsqueda de la satisfacción de las propias necesidades, la mejora del autoconcepto y el sentido de autonomía o una individuación del self. La actualización se lleva a cabo gracias a una continua evaluación por parte del sujeto acerca de los elementos que le rodean y de sí mismo, valorándolos como positivos, negativos o neutrales (Mosher et al. 2008). Estas evaluaciones son únicas para cada persona, pero se ven también influenciadas por las valoraciones de los otros, con los que estamos en constante interacción. De esta manera, también se va construyendo el self, a partir de las experiencias y sus valoraciones, junto con las valoraciones de uno y del otro del sí mismo (Rogers, 1966). Cada individuo terminará introyectando valores a partir de la experiencia propia según las valoraciones que haga, pero también introyectará valores de los otros aun sin las experiencias asociadas a estos.

En estas circunstancias, la tendencia actualizante puede verse alterada por las condiciones de valía (Mearns y Thorne, 2009; Rogers, 1951, 1959, citado en Mosher et al., 2008). Las condiciones de valía aparecen cuando, en relación con el otro, nuestro comportamiento pasa a ser evaluado por otro self aparte del nuestro, y su aprobación depende de cómo encaja con la evaluación positiva, negativa o neutral y, por tanto, los valores, del otro. El individuo siente que la estima del otro depende de si su self es compatible con el marco de referencia del otro. Cuando el resultado de la valía que el otro emite sobre nosotros es introyectado en nuestro autoconcepto, la tendencia al crecimiento y a la actualización se ven mermadas (Mosher et al. 2008).

Enfoque Humanista: Terapia Focalizada en la Emoción

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un modelo humanista desarrollado por Greenberg y Johnson que surge en el año 1996. Esta reciente propuesta terapéutica integra los modelos de Terapia Centrada en la Persona, la Terapia Gestalt y modelos existencialistas (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg, 2011). La TFE concibe los procesos emocionales como el elemento más importante del proceso terapéutico, y tiene como objetivo explorar dichos esquemas emocionales en cada momento de la sesión terapéutica. La interacción entre paciente y terapeuta tiene importancia momento a momento, puesto que se pretende una atención, exploración y profundización en cada componente emocional que surge en sesión y se califica de importante para el proceso terapéutico del paciente (Rice y Elliott, 1996).

La TFE plantea como cualidades terapéuticas la existencia de un apoyo relacional, facilitar la regulación emocional y trabajar en la identificación del dolor nuclear de los pacientes, que puede estar tapado por emociones secundarias o instrumentales que deben ser exploradas (Elliott y Greenberg, 2017). Con estas aproximaciones clínicas, la TFE propone conseguir una mayor flexibilidad emocional, facilitar la autorregulación de las emociones y el acceso a respuestas emocionales adaptativas (Timulak y Keogh, 2019).

En el espacio terapéutico se busca profundizar en los niveles del mundo emocional del individuo para identificar las emociones desde las que opera el sujeto. Estas emociones pueden ser primarias, aquellas nucleares que aparecen como primera respuesta ante algo, o secundarias, que tapan a otra emoción primaria relacionada con un dolor nuclear que necesita ser atendido y escuchado (Jódar y Caro, 2023). Desde la TFE, se defiende que las emociones no se cambian ni hay que eliminarlas, sino que estas se

transforman. En terapia, se pondrá el foco en atender a las emociones secundarias sin darles protagonismo, sintonizar con las primarias para ofrecerles el espacio a ser escuchadas y vistas, y se trabajará en conseguir un cambio desde las emociones desadaptativas, que dañan al paciente y no le permiten crecer y progresar, en emociones adaptativas, que encajan con las necesidades emocionales del paciente respecto a una situación, recuerdo o malestar que pide resolución (Jódar y Caro, 2023; Greenberg et al. 2009; Elliott y Greenberg, 2007; Greenberg y Elliot, 2006).

En el trabajo terapéutico, a través de la plena atención visual y auditiva puesta en el paciente, y la correspondiente sintonización empática del terapeuta, el profesional identificará marcadores que señalarán elementos a trabajar (Goldman et al. 2016). Los marcadores son señales que nos indican donde reside una dificultad emocional para la persona. Se denominan marcadores a situaciones como las siguientes: una escisión autoevaluativa, donde la persona presenta dos discursos que entran en conflicto; una autointerrupción, donde el paciente interrumpe las propias emociones con algún fin, generalmente de protección; una reacción problemática, donde la respuesta del individuo ante una tema o situación está desregulada (Goldman et al. 2016; Greenberg et al. 2015). La intervención TFE propone tareas terapéuticas para abordar estos marcadores, como la resignificación, la evocación, el focusing o el trabajo con sillas.

Enfoque Humanista: Habilidades terapéuticas

En este proceso terapéutico dentro del marco humanista se ponen en práctica las habilidades, técnicas y condiciones terapéuticas planteadas por autores como Rogers, Perls y Greenberg. Fritz Perls (Perls et al. 1951/2002) defiende que el ser humano, con un funcionamiento sano, tiene la capacidad de autorregularse y adaptarse al ambiente. Para la terapia Gestalt, creada por Perls, el ser humano tiene la habilidad de funcionar, adaptarse y desenvolverse de forma óptima gracias a la capacidad de 'darse cuenta' o en términos más teóricos, 'tomar conciencia'. Tomar conciencia implica percibir lo que está ocurriendo tanto fuera como dentro de nosotros. Si estamos conectados con el aquí y el ahora podremos ser conscientes de lo que ocurre internamente (sensaciones, emociones...) y externamente (ruidos, movimiento...).

Por su parte, Rogers desarrolla la Terapia Centrada en el Cliente, poniendo el foco en las habilidades relacionales del terapeuta como aspecto clave del éxito de la terapia. Siguiendo la teoría de Rogers, este proceso terapéutico se lleva a cabo fundamentalmente

operando desde las bases de estos principios humanistas como lo son la aceptación incondicional del paciente, la comprensión empática y la autenticidad o congruencia, que son para Rogers (1957) las condiciones más importantes de un terapeuta para conseguir el éxito terapéutico.

La Terapia Focalizada en la Emoción añade a estas 3 condiciones la importancia de otras tres piezas: la presencia terapéutica, el guiar y seguir al paciente y la colaboración en metas y tareas. La presencia terapéutica refiere a un doble proceso simultáneo por parte del terapeuta durante su ejercicio profesional, que consiste en estar conectado con las propias experiencias internas a la par que nos abrimos y orientamos hacia el paciente y lo que está compartiendo con nosotros. La presencia terapéutica es estar en sí mismo a la vez que estás en el otro, encontrando el perfecto equilibrio para poder resonar con lo interno y lo externo sin dejar de atender y entender al otro (Greenberg, 2021; Jódar y Caro, 2023). Por su parte, el proceso de guiar y seguir al paciente es inherente a la teoría focalizada en la emoción y responde a una aptitud del terapeuta de acompañar al paciente en su narrativa a modo de espejo y fuente de validación y escucha incondicional (Jódar y Caro, 2023). Por último, la colaboración en metas y tareas supone una construcción en conjunto por parte del terapeuta y del paciente de los objetivos y el camino de la terapia (Jódar y Caro, 2023).

La Terapia Focalizada en la Emoción pone también el foco en elementos como la autenticidad, la integridad, el crecimiento personal, la agencia y, sobre todo, el experimentar. Por otro lado, propone varios principios de cambio emocional como lo son la toma de conciencia, la expresión y regulación emocional (Greenberg et al. 2015), la sintonización empática con el paciente, la construcción de una alianza terapéutica y el diseño y ejecución de tareas terapéuticas acordadas entre terapeuta y paciente (Elliott y Greenberg, 2017).

Variables en este estudio de caso

A continuación, se exponen las variables que se consideran importantes para este caso y sus bases teóricas, específicamente desde una perspectiva clínica.

Autocompasión

Frecuentemente se asocia la autocrítica con la autocompasión. La autocompasión podría ser un factor protector de la autocrítica, actuando como variable moderadora entre la escisión autoevaluativa y síntomas depresivos (Zhang et al. 2019). Además, está

asociada a un funcionamiento psicológico sano y a resultados terapéuticos positivos (Neff et al. 2007; Terry et al. 2013). Neff (2003a) describe la autocompasión como la apertura al sufrimiento de uno mismo y la experiencia de ser amable, comprensivo y no juicioso con uno mismo, especialmente después de cometer errores o vivir el fracaso. Neff (2003a) enuncia que la autocompasión se basa en tres componentes: amabilidad hacia uno mismo (tratarse a uno mismo con afecto y comprensión en lugar de juicio), sentido de humanidad compartida (asumir que todas las personas pueden cometer errores y no rechazarlas por ello) y *mindfulness* (vivir de manera consciente el momento presente sin ser atrapado o sobrepasado por nuestras emociones). Un estudio de Gilbert y Procter (2006) demostró que un tratamiento basado en la autocompasión ayudaba a disminuir la autocrítica, síntomas depresivos y sentimientos de vergüenza, a la vez que favorecía la capacidad de autoconsuelo en los sujetos.

Autocrítica

La autocrítica implica una evaluación al sí mismo severa y punitiva (Shahar et al. 2012), y está presente en personas sensibles al rechazo y al juicio del otro, lo que las empuja a relacionarse consigo mismas y con el resto desde la desaprobación, la competitividad y la crítica (Blatt et al. 1976). La autocrítica es un fenómeno psicológico especialmente relevante por su prevalencia y por su relación con trastornos como TEPT (Sharhabani-Arzy et al. 2005; Cox et al. 2004), el trastorno bipolar (Francis-Raniere et al. 2006; Shahar, 2015) o la fobia social (Iancu et al. 2015). Es además una problemática que destaca por su alta vinculación con procesos depresivos. La autocrítica está definida en la literatura como un factor de la depresión o como un elemento de vulnerabilidad depresiva (Gilbert et al. 2004; Shahar, 2001; Whelton y Greenberg, 2005), y también se ha relacionado con conductas autolíticas (Glassman et al. 2007).

Aaron T. Beck no emplea el término *autocrítica* en sus investigaciones, pero, dentro de la triada cognitiva que formula, la visión negativa de uno mismo constituye el principal síntoma de procesos depresivos (Chang, 2008). Para Beck, la consolidación de un autoesquema negativo y la presencia de distorsiones cognitivas asociadas guardan relación con aprendizajes de la infancia. A partir de este esquema negativo, las valoraciones del sí mismo desde el juicio crítico derivan en sensaciones de inadecuación e incompetencia por parte del individuo (Ruiz et al. 2012).

Desde la teoría rogeriana explicada previamente, cuando las experiencias propias no se complementan con la estructura organizativa de la experiencia y el self del otro, se introyectan de forma distorsionada para reducir la disonancia que nos provoca estas diferencias. Esto tiene como consecuencia una escisión del self, que favorece la emergencia de voces críticas sobre las partes de nosotros mismos que son incongruentes con las condiciones de valía asumidas de otros (López, 2020). El ajuste psicológico se consigue cuando el individuo asimila las propias experiencias en el concepto de sí mismo y la voz crítica se reduce (Mosher et al. 2008; Rogers, 1966).

Autocrítica y TFE

Dentro del marco humanista, la autocrítica ha sido mayoritariamente estudiada y analizada desde la Terapia Focalizada en la Emoción. Esta terapia contemporánea ha demostrado ser eficaz en el tratamiento con personas altamente autocríticas (Stiegler, 2018; Stiegler et al. 2018) y la contempla como una realidad del sí mismo que se construye a raíz de experiencias vitales, y por tanto puede modularse, y se sustenta por necesidades existenciales del individuo (Greenberg, 2011; Greenberg y Elliott. 2012). Es importante resaltar que el cambio terapéutico demostrado por la TFE es comparable al de otros estudios de corte humanista-experiencial (Angus et al. 2015; Elliott, 2013).

La Terapia Focalizada en la Emoción cuenta con una teoría de aplicación terapéutica minuciosamente desarrollada para trabajar con autocrítica, también referida por la TFE como escisión autoevaluativa. La autocrítica es entendida por la TFE como una coexistencia en una misma persona de una voz evaluativa en contraposición a la voz experiencial del individuo (Jódar y Caro, 2023). Se puede entender como una división del yo por el cual una parte critica a la otra y bloquea sus necesidades (Shahar et al. 2012). Esta experiencia de voces en conflicto lleva a un agotamiento del sujeto que puede expresarse de una forma más implícita como en la dificultad de decisiones (“No puedo decidir”) o de una forma más hacia fuera como la verbalización de frases como “No sirvo de nada” (Jódar y Caro, 2023).

Autocrítica y autocompasión: relación con otras variables

La autoestima es otra variable que suele estar vinculada con el nivel de autocrítica. A pesar de no guardar siempre una correlación inversa, como podría esperarse (Shahar, 2015), la investigación demuestra que la interacción entre autoestima y autocrítica tiene un impacto en otras variables como el malestar (Abela et al., 2006, citado en Shahar,

2015). No obstante, estudios como el de Carver y Ganallen (1983), Elliott et al. (2004) y Thompson y Zuroff (2004) sí encuentran una relación significativa entre la autocrítica y los niveles de autoestima. En este proceso terapéutico se ha puesto el foco en suavizar la voz crítica y aumentar un tratamiento compasivo al sí mismo, propio de la terapia focalizada en la emoción, pero también se ha reservado un espacio al señalamiento de logros y fortalezas, más común en terapias psicodinámicas (Kannan y Levitt, 2013) con el objetivo de aumentar la autoestima.

El perfeccionismo es una variable estrechamente relacionada con múltiples condiciones o características psicológicas que afectan negativamente a los individuos. Se ha vinculado con la presencia o diagnóstico de depresión, ansiedad y estrés (Limburg et al. 2017) y también se ha encontrado la relación con la existencia de la autocrítica. Esto es, porque el perfeccionismo supone fijar metas muy altas en diferentes ámbitos de tu vida y autocriticarte cuando no consigues alcanzar estas mismas (Smith et al. 2019).

Como consecuencia, el individuo siente haber fracasado y generaliza esta etiqueta a todo su yo y sus capacidades (soy un fracaso), lo que desemboca en una autoimagen negativa (autoestima), una percepción negativa de las propias capacidades (autoeficacia), un miedo a nuevos fracasos que bloquea el impulso de movilización hacia nuevos proyectos (evitación experiencial y estancamiento) y una dificultad en la toma de decisiones (Fekih-Romdhane et al. 2023; Thomas y Bigatti, 2020; Boisseau et al. 2013).

Por último, se reconoce la inteligencia emocional como variable vinculada con la autocrítica y la autocompasión y como factor importante dentro de la terapia Humanista. Según un estudio de Neff et al. (2007), la autocompasión está relacionada con una mayor exploración, curiosidad y toma de conciencia de las emociones (Neff et al. 2007) y facilita un aumento de las emociones positivas (Oduo y Brinker, 2015). Adicionalmente, se ha encontrado que la autocompasión facilita una regulación emocional adaptativa gracias a una atención a las emociones equilibrada, que provoca sentimientos de calma y de motivación, además de conductas de autoconsuelo (Berking & Whitley, 2014; Gilbert, 2014; Neff, 2003b).

Neff (2003b) también habla de la autocompasión en terapia como un ejercicio que permite una mejor comprensión de los estados emocionales propios que promueven cambios internos, además de facilitar la transformación de los estados emocionales negativos en positivos. Mediante la regulación atencional y conciencia corporal del

mindfulness, elemento incluido en la autocompasión, se consigue una aceptación de las emociones negativas y se crean alternativas a las formas de afrontamiento desadaptativas (Guendelman et al. 2017). Greenberg (2002) por su parte, también explica que trabajar con la autocompasión en terapia ha demostrado la transformación de emociones desadaptativas en adaptativas.

Por su parte, la autocrítica guarda relación con la inteligencia emocional puesto que es necesaria una capacidad óptima de atención, comprensión y regulación emocional para conseguir una reducción de la autocrítica. Esto se debe a que existen diferentes emociones asociadas a cada una de las voces implicadas en esta escisión autoevaluativa que conviven en el mismo individuo. El trabajo de autocrítica con sillas desde la TFE permite experimentar las emociones de cada parte implicada por separado (Shahar et al. 2012). Escuchar a estas voces y comprender su discurso no es suficiente para reducir la autocrítica, sino que es necesaria una atención y comprensión emocional profunda. Se deben poder identificar y comprender las necesidades del self para poder suavizar a la voz crítica (Kramer y Pascual-Leone, 2016).

Es también indispensable experimentar, por ejemplo, sentimientos de rabia desde la parte crítica para así escuchar estos mismos desde el self, y con esto acceder a la emoción debajo de la ira (Kramer y Pascual-Leone, 2016) y favorecer la comprensión y regulación de las emociones hacia el self mediante la transformación del odio en empatía (Shahar et al. 2012). Shahar et al (2012) también determina en su estudio la relación entre la técnica de sillas con un aumento de la capacidad de regulación y autoconsuelo en los pacientes.

2. Diseño

El presente estudio es un estudio de caso. Por tanto, la metodología es cualitativa y se basa en la observación, la escucha, la entrevista clínica y elementos específicos de la terapia humanista como la aceptación incondicional y la respuesta empática. El objetivo principal es presentar un modelo de intervención psicológica aplicado a un caso real y así poder evaluar la idoneidad del tipo de intervención.

La presente investigación se lleva a cabo en Centro Psicológico SMC, un gabinete privado de psicoterapia humanista integradora en la ciudad de Madrid. La periodicidad de la terapia es semanal y con una duración de 50 a 60 minutos cada sesión. La paciente protagonista de este proyecto está inscrita en una modalidad de terapia de bajo coste a

cargo de parejas de alumnos que cursan su último año del *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria* y el *Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción* en la Universidad Pontificia de Comillas. Esta paciente ya acudía a terapia en este centro en la misma modalidad, así que anteriormente tuvo otra pareja de terapeutas en formación. Al ser paciente anterior, una vez termina el proceso en mayo del año 2023 es reasignada a otra pareja de coterapia en septiembre de 2023, siendo los terapeutas un compañero y yo en los primeros 3 meses de terapia y a partir de enero de 2024 llevando yo sola el proceso terapéutico. El cómputo total corresponde a 27 sesiones, de las cuales 5 fueron en coterapia y 16 fueron con una terapeuta. Hubo 6 cancelaciones, 4 de ellas durante la coterapia y 2 de ellas durante la terapia en solitario. Todas las sesiones de psicoterapia tuvieron modalidad presencial en una de las salas del gabinete.

El caso fue supervisado en una ocasión por un terapeuta supervisor del centro de prácticas y cuenta con la aprobación de la dirección del Máster sin necesidad de pasar por un Comité de Ética. Se garantiza el cumplimiento de todos los requisitos pertinentes para una investigación de esta naturaleza, como el consentimiento informado de la paciente, el compromiso de confidencialidad y el uso único de los datos para fines académicos por parte de los terapeutas y demás profesionales del centro.

3. Metodología de evaluación

En la terapia Humanista la evaluación se concibe como un proceso. La formulación de caso no se sustenta en evaluaciones a priori, sino que debe ser flexible con la evolución del sujeto a lo largo del proceso terapéutico. A partir de una primera fase de exploración se desarrollan hipótesis sobre las que trabajar según lo observado en la paciente, pero sin perder de vista la prioridad del proceso terapéutico sobre el contenido clínico (Goldman y Greenberg, 2015).

El principal instrumento de evaluación es la entrevista clínica. No obstante, con el fin de recoger información cuantitativa y así operativizar los datos clínicos del sujeto respecto a sus dificultades y sintomatología, se aplica una serie de tests en una sesión de terapia al principio y al final del proceso terapéutico con el fin de establecer una comparación entre las puntuaciones. Los tests son escogidos en base a las variables que se estiman como importantes o interesantes a evaluar a partir del caso de la paciente.

Instrumentos de medida

❖ Escala de Autocompasión (SCS).

La autocompasión se determina como una variable muy importante a evaluar en el caso de D puesto que la paciente presenta una alta exigencia consigo misma que llega a obstaculizar un autotratamiento sano. Se busca evaluar esta variable con el fin de saber qué nivel de autocompasión presenta, en qué ítems tiene puntuaciones más significativas y así trabajar desde esos ítems para mejorar su autotratamiento. Se escoge específicamente esta escala a partir de los ítems que contiene, por creer que se adecúan al caso de D y que pueden aportarnos información relevante.

La escala de Autocompasión (SCS) es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Neff en 2003. Su objetivo es evaluar el nivel de autocompasión de los usuarios. Adaptada al español por García-Campayo et al. (2014), cuenta con seis subescalas: Auto-amabilidad (*Trato de ser cariñoso conmigo mismo cuando siento malestar emocional*), Humanidad común (*Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir*), Mindfulness (*Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio*), Autojuicio (*Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico respecto a ellos*), Aislamiento (*Cuando vienen épocas difíciles, tiendo a ser duro conmigo mismo*) y Sobre-identificación (*Cuando me siento bajo de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal*).

❖ Escala de niveles de la Auto-Crítica, LOSC.

La autocrítica es una variable que se determina como muy importante desde el primer momento, puesto que se puede observar en cada sesión cómo D habla de sí misma desde la crítica y la exigencia, y se reconoce la autocrítica como variable principal sobre la que trabajar en el proceso terapéutico. Se escoge específicamente esta escala porque los ítems que la componen.

Esta escala de autocrítica fue creada por Thompson y Zuroff. (2004) y traducida por López y Jódar (2017). Esta escala evalúa los niveles de autocrítica y propone que existen dos tipos de autocrítica: la comparada y la internalizada. La comparada hace referencia a la evaluación que hacemos de nosotros mismos en comparación con otros. Un ítem ejemplo de este tipo de autocrítica puede ser *Temo que si la gente llegase a conocerme demasiado bien, no me respeten*. Por otro lado, la autocrítica internalizada refiere a la visión negativa de mí mismo respecto a estándares personales internos. Un

item ejemplo puede ser *Me siento un fracaso cuando no lo hago tan bien como me gustaría.*

❖ **Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS).**

El perfeccionismo es una variable que se estima como importante a evaluar puesto que, a pesar de poder tratarse de una variable independiente sobre una cualidad rasgo, nos puede dar información sobre el funcionamiento de D, específicamente a través de los ítems de la escala y sus subescalas, clasificando diferentes aspectos en varias categorías y ayudando así a la terapeuta a discernir aspectos de perfeccionismo que pueden estar vinculados a un área u otra de la vida de la paciente. Se estima relevante la aplicación de este test porque D presenta un nivel de perfeccionismo y exigencia alto que creemos interesante cuantificarlo.

La escala multidimensional de perfeccionismo de Frost et al. (1990), traducida y validada en español por Carrasco et al. (2009), tiene como objetivo medir el perfeccionismo en diferentes subescalas como: Preocupación por errores (*Debo preocuparme si cometo un error*), Dudas sobre las acciones (*En general, tengo dudas acerca de lo que hago*), Expectativa parental (*Mis padres me fijaron metas muy altas*), Crítica parental (*Para mi familia, solo son buenos los resultados excelentes*), Estándares personales (*Es importante para mí ser absolutamente competente en todo lo que hago*) y Organización (*La limpieza tiene mucha importancia para mí*).

❖ **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).**

La variable de autoestima es considerada por la terapeuta una variable importante a medir porque nos da una imagen general de cómo se percibe la paciente en un nivel general de valía personal. Se trata de una escala conocida y validada por muchos autores que cuenta con la ventaja de ser corta y, además, tener ítems concisos que aportan información relevante para quien lo aplica y para quien lo responde. En el caso de D, se considera una variable interesante para comparar con el resto de las variables, como la autocrítica y la autocompasión.

La escala de autoestima de Rosenberg (1965) evalúa los sentimientos de valía personal y de respeto a uno mismo. Esta escala está validada y traducida por Atienza et al. (2000) y en su estudio se concluye la existencia de un único factor de autoestima global para corregir los resultados de esta prueba. Algunos de los ítems son: *Me siento una*

persona tan valiosa como las otras, Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso o Me gustaría tener más respeto por mí mismo.

❖ **Inventario de Autoeficacia (Self-Efficacy Inventory):**

El inventario de autoeficacia se escoge como prueba a aplicar con la intención de obtener información cuantitativa sobre cómo la paciente percibe su propia capacidad productiva (dado que es un aspecto relevante para la paciente y su principal motivo de consulta) y su yo cualitativo como trabajadora. Se espera poder comparar los ítems con la narrativa verbal de la paciente para obtener una guía de marcadores de tratamiento y posteriormente comparar las puntuaciones pre con las puntuaciones post y la experiencia subjetiva del cambio por parte de D.

Esta escala para evaluar autoeficacia, la percepción de la capacidad de uno mismo para alcanzar un objetivo. Es originaria de Baessler y Schwarzer (1996) y está adaptada al español en países de Latinoamérica. Se ha encontrado la traducción al castellano, pero no se han encontrado validaciones en España. A pesar de la variedad que existe dentro del continente latinoamericano y las propias diferencias con nuestro país, se han analizado los ítems de las diferentes traducciones y son o bien iguales o lo suficientemente similares para no esperar diferencias significativas en los resultados. Algunos de los ítems son: *Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo o Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.*

❖ **Escala de Aceptación y Acción (AAQ)**

Esta escala es aplicada con la intención de tener una prueba adicional para respaldar variables como la percepción de autoeficacia y también para poder tener información sobre el nivel de aceptación de D sobre aquellas cosas que ha vivido en pasado y presente y no puede cambiar y cómo se enfrenta a ellas. Se hipotetiza que puede guardar relación con la variable de autocompasión.

Esta escala fue desarrollada por Hayes et al. (2000) para evaluar la evitación experiencial y la aceptación psicológica, dos elementos importantes dentro de la ACT. Esta escala fue adaptada del inglés al español por Barraca (2004). Algunos de sus ítems son los siguientes: *Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida; La verdad es que cuando estoy deprimido o ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades o Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.*

❖ Escala de Metacogniciones sobre Estados Emocionales (TMMS-24).

La escala TMMS-24 se estima oportuna como prueba a aplicar puesto que se observa una alta racionalización en la paciente y se busca poner el foco en las emociones y reducir el nivel rumiativo de la paciente para pasar a centrarnos en sus estados emocionales y así hacerlos conscientes. Esto todo con el objetivo de facilitar la relación entre D y sus emociones para que pueda atenderlas y regularlas, aumentando su introspección, autoconciencia emocional y autocuidado.

La TMMS-24 o Trait Meta-Mood Scale fue desarrollada por Mayer y Salovey (1995) y adaptada al idioma español por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Esta escala evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales, así como nuestra capacidad para identificarlas y regularlas. La TMMS-24 contiene 3 dimensiones de Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una: Atención, Claridad y Reparación Emocional.

‘Atención’ refiere a la capacidad de atender a las emociones adecuadamente. Algunos de sus ítems son: *Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones y Presto mucha atención a cómo me siento.* ‘Claridad’ refiere a la buena comprensión de las emociones propias. Algunos ítems del cuestionario que miden Claridad son: *Frecuentemente puedo definir mis sentimientos y A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.* ‘Reparación’ refiere a la capacidad de una regulación emocional adecuada. Algunos ítems de Reparación son: *Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables y Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.*

4. Presentación del caso

D es una mujer de 55 años de origen venezolano que emigra a Madrid hace 30 años. Trabaja en el ámbito de producción y comunicación desde los 24 años, primero trabajando en Venezuela y después en Madrid. Hasta 2008 trabajaba en Madrid en producción de TV y posteriormente consigue un trabajo corporativo en el sudeste asiático en hoteles, ofreciendo y gestionando viajes de lujo. Este era un trabajo que le mantenía ocupada, estimulada y le hacía sentir útil, pero también muy sola. Es por esto por lo que decide volver en 2018 a Madrid, ciudad que considera su hogar. Trabaja de forma autónoma como gestora de relocation para personas que emigran desde Venezuela a España, y también emprende otro proyecto de relocation de creación del NIE para

personas que igualmente emigran. Este segundo trabajo nace de su búsqueda de emprendimiento y de crear su propio proyecto.

La familia de D es de Venezuela, pero actualmente viven por separado en diferentes lugares del mundo. La familia nuclear se compone de 6 personas: su padre, fallecido en 2015, su madre (78), que vive en Florida junto con la hermana mayor (59) y el hermano mayor (58) de D, y la hermana pequeña de D (52), que vive en Londres. D vive sola en Madrid hasta principios de enero de 2024 que se muda con su pareja J. natural de Madrid. Los lazos familiares son generalmente buenos a pesar de la distancia.

La persona con la que guarda un vínculo más fuerte es con su madre, sobre la que habla con gran afecto y a la que va a visitar a Florida, EE.UU siempre que tiene la oportunidad. D cuenta que la relación con sus hermanas es buena, pero no es muy cercana. Destaca que, desde pequeña, D tiene muchas veces el papel de ser el nexo de la familia, la comunicadora entre diferentes partes si algo ocurre. Además, explica que, al ser “la hermana del medio”, siente que siempre ha tenido que buscar la atención para que la mirasen, lo que ella traduce a buscar un lugar propio donde destacar.

D acude a terapia porque refiere estar paralizada frente a nuevos proyectos, refiere no conseguir sacar adelante sus propias ideas de negocio por procrastinación, agotamiento, y miedo al fracaso. A lo largo de las sesiones se observa cómo el discurso de D deja entrever un alto nivel de autocrítica general en todos los ámbitos de su vida, pero especialmente en el ámbito laboral, respecto a su productividad, su concepto de éxito o fracaso y el peso de la responsabilidad por no sacar adelante sus proyectos. D habla de responsabilidad en lugar de culpa porque cree que la culpa no es constructiva, el sentimiento de responsabilidad pone aún más peso sobre ella y le insta a ser productiva a la vez que esta presión le paraliza, convirtiéndose en un círculo vicioso que deja insatisfecha y desmotivada a D.

Paralelamente, durante las primeras sesiones, D explica que a pesar de este querer sacar adelante estos proyectos, teme convertirse en una versión de ella misma en la que priorizaba su trabajo y el éxito por encima del resto de cosas, además de que para conseguir sus metas se veía a sí misma siendo soberbia y muy exigente.

D es una mujer responsable, comprometida con la terapia, con una imagen bien cuidada y con un balance adecuado de respeto y carisma con el otro que se demuestra en la relación con la terapeuta.

5. Antecedentes

D nace en una familia humilde, con un padre de origen libanés, sociable y complaciente, que trabajaba de traductor y era muy conocido por todos, y una madre ama de casa reservada y estricta. Hasta los 8 años, D fue educada en casa y posteriormente y hasta los 16 acudió al colegio. Su madre, al estar siempre en casa, y su padre, al estar trabajando y frecuentemente viajando, era la que se encargaba de enseñar a sus hijos a leer y a escribir, además de a educarlos en normas y en cuidar de sus necesidades. D recuerda una infancia y adolescencia felices, sin presión o exigencia por los estudios. No obstante, explica que siempre necesitaba llamar la atención de alguna manera y hacerse distinguir de sus hermanas para ser vista, puesto que era la hermana del medio y el resto de los hermanos destacaban por ser la mayor, la pequeña o ser el único hijo varón.

Sus padres no eran estrictos con ellas en cuanto a qué debían escoger en su vida, pero es educada desde la idea de que son buenos los resultados excelentes y el mensaje que era transmitido a D es que le esperaba un futuro brillante. Recuerda claramente recibir el mensaje sobre o bien estudiar o trabajar, y comprometerse a ello. D, además, tuvo claro desde muy pequeña que no quería ser como su madre, específicamente no quería ser ama de casa como ella, y admiraba a su padre por ser una persona que tenía muchos contactos, viajaba mucho y tenía éxito en su trabajo. Viviendo en una ciudad pequeña, recuerda que tenían cierto prestigio en la comunidad por la figura de su padre y disfrutaba de ello.

Recuerda no ser de las más exitosas de la clase, pero explica que esto no condicionaba su visión de sí misma. Sí es cierto que recuerda que a las personas con mejores notas las sentaban atrás del todo del aula y ella también estaba de ahí, y pensaba estar allí por casualidad y no por tener notas altas, pues sí recuerda que sus amigas tenían 20/20 en su calificación y su nota media era de 17.

Su primer trabajo fue a los 24 años en Venezuela, un proyecto que llevó a cabo junto con su pareja del momento, 22 años mayor que ella, en calidad de socios. Esta pareja era además la primera pareja seria para D. Este trabajo era importante y gratificante para ella, se sentía útil y disfrutaba de su trabajo, a la vez que sentía ilusión por compartir este proyecto con su pareja, relación que duró 5 años. Sin embargo, es durante esta etapa laboral y personal de su vida que sufre un primer golpe duro puesto que descubre que él estaba siendo infiel, y todas las personas del trabajo parecían saberlo menos ella. Un compañero suyo se lo hace saber y D vive un momento de traición y humillación a partes

iguales que le llevan a tomar la decisión de cortar por completo con él y con este trabajo. Esta experiencia está muy marcada en D puesto que lo que más recuerda y suscita dolor es el hecho de que todo el mundo parecía saber lo que estaba ocurriendo y ella no, lo que inevitablemente hace sentir a D que, en su propio trabajo, donde ella era una de las jefas, no le respetaban.

D explica que esto marca un antes y un después en su historia personal y laboral, puesto que a partir de este acontecimiento se volvió más desconfiada y optó por construirse una fachada, una máscara de cara a las personas de su entorno sobre todo laboral, de manera que se hacía respetar, era dura con el resto, aparece la soberbia en aras a ser vista con respeto y recibir validación como mujer fuerte y trabajadora. D cuenta que sin este rol no la tomaban en serio en nuevos trabajos y ponían en duda sus capacidades.

Asimismo, D comparte una reflexión sobre esta relación que no pudo elaborar hasta más adulta, cuando comenzó a pensar y hablar sobre las dinámicas relacionales que ha vivido a lo largo de su vida. En el caso de esta pareja, D narra que necesitaba la validación de su pareja dentro y fuera de lo laboral. Es una persona a la que admiraba por su éxito laboral y estar con él implicaba una transferencia de poder y valía si este lo proporcionaba. Tras esta infidelidad, D no tiene a un otro fuerte y exitoso que la valide y de la noche a la mañana está lejos de él y del trabajo que tanto le había dado.

Esta experiencia inevitablemente termina afectando también a sus relaciones de pareja, puesto que encuentra dificultad en confiar de nuevo en los hombres y lo ve como un obstáculo para el éxito laboral. Esto confirma algunas ideas que D ya tenía desde pequeña puesto que la referencia femenina que tenía era su madre, un ama de casa sin expectativas ni deseos laborales o de promoción, un concepto de mujer de la época cuyo fin es casarse y tener hijos para dedicar todo su tiempo a cuidarlos de él y de su marido. D de hecho llega a formular la frase “casarse y tener hijos era/es como un fracaso”. Otro dato de importancia al respecto es que D tenía prohibición por parte de su madre de llevar hombres a casa, especialmente si eran sus parejas o posibles parejas. Esto suma a una configuración mental de D de no abrirse a relaciones con hombres incluso en la adultez por temor al rechazo de su madre y por el miedo a que su vida personal afecte a la laboral.

No es hasta hace 8 meses que comienza una relación con un hombre y en enero de 2024 cuando da el que es un gran paso para ella de mudarse con él y saltar al compromiso. Mudarse con él implica dejar su propio apartamento, lo que para ella era el

símbolo de su libertad, su independencia, el estar consigo misma y tener un espacio solo para ella. Por otro lado, el momento actual de D es económicamente de un nivel menor al que llegó a vivir con trabajos anteriores, lo que le hace sentirse incómoda y culpable respecto a su pareja que sí tiene estabilidad económica. Se crítica a sí misma por este desequilibrio, porque su pareja se merece a alguien mejor, y duda de sus decisiones respecto a su pareja acusándose de irse a vivir con él por el alivio económico que supondría para ella, entendiendo que esto es incompatible con sentir amor por él.

6. Evaluación inicial

La evaluación inicial se llevó a cabo a través de la entrevista clínica, la realización de informes semanales sobre la sesión de la paciente donde se reflejaba lo tratado en sesión, la predisposición y lenguaje no verbal observados en la paciente, y un autoinforme sobre cómo se había sentido la terapeuta, qué dificultades había experimentado y qué proponía para siguientes sesiones. Además, con objeto de poder presentar un Trabajo de Fin de Máster respaldado en datos fiables, se aplican una serie de cuestionarios con resultados en formato cuantitativo. A continuación, se describirá lo recogido gracias a estas pruebas. Los cuestionarios son elegidos y aplicados en enero de 2024, en la octava sesión con la paciente. No se aplicaron con mayor anticipación debido a que la primera paciente escogida para este proyecto tuvo que ser descartada, después de esto se escogió a D. La elección de los cuestionarios parte de lo observado en la paciente en esas 8 sesiones, según lo que se quería evaluar de ella y aquello en lo que el tratamiento iba a enfocarse: autocrítica, autoestima, autocompasión y profundización emocional.

Los resultados en la escala de autoestima de Rosenberg revelan que D presenta al principio del proceso una autoestima baja, con una puntuación de 24 puntos sobre 40, siendo una puntuación de 26 a partir de la cual se considera una autoestima moderada, y a partir de 30 lo que se considera una autoestima alta. Estos resultados encajan con las afirmaciones que D trae a terapia sobre cómo se siente respecto a sus capacidades y su relación consigo misma.

En la escala de niveles de Autocrítica, LOSC, con una escala Likert de 1 a 7, obtiene una puntuación bastante alta, de 115 puntos sobre 154, rodeando la puntuación 6 en ítems como *Cuando no tengo éxito, me descubro a mí mismo preguntándome hasta qué punto merezco la pena* o *Me siento como un fracaso cuando no lo hago tan bien como me gustaría* o *A menudo me enfado mucho conmigo mismo cuando fallo*. Algunos de estos

ítems son idénticos o similares a afirmaciones que D realiza en terapia, y se tienen en cuenta todos ellos para trabajar en futuras sesiones la autocrítica.

Los resultados de la escala de Autoeficacia Generalizada muestran que D cuenta con una sensación de autoeficacia generalizada moderada, teniendo puntuaciones óptimas, aunque no altas, en ítems relativos a su capacidad para ser eficaz, resolutiva y perseverante. Algunos de los ítems con mejores puntuaciones son *Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente* o *Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo*. D obtiene una puntuación total de 27 sobre 40.

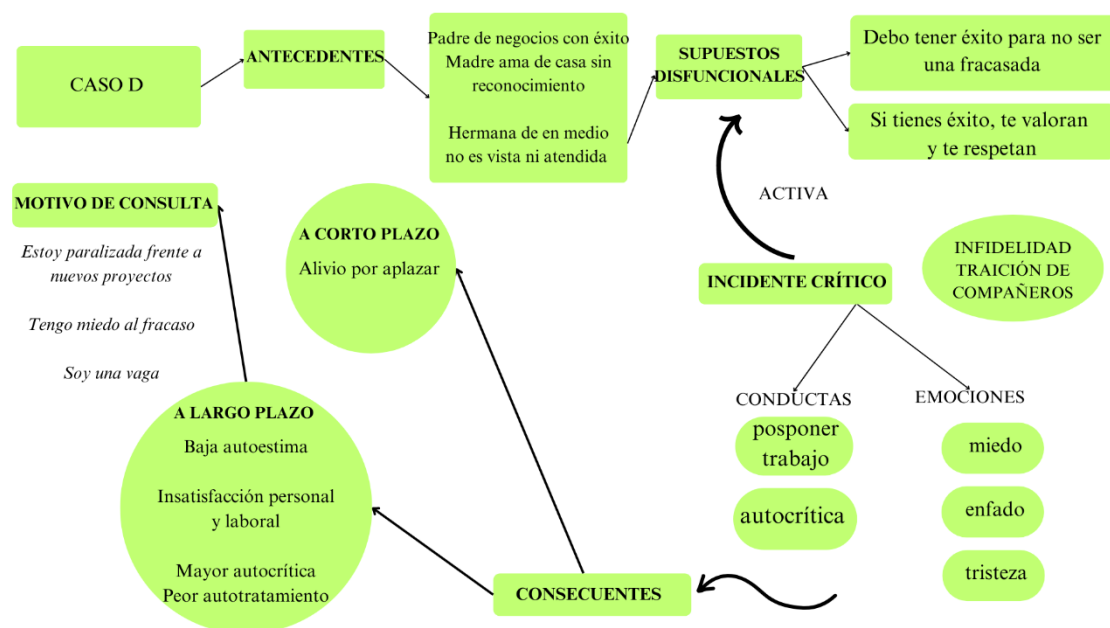
Por otro lado, obtenemos unas puntuaciones mayoritariamente muy altas en la escala multidimensional de perfeccionismo. En una escala Likert de 5, D obtiene una puntuación media de 4.3 en perfeccionismo, puntuando 5 en ítems como *Debo preocuparme si cometo un error*, *Odio no ser la mejor en todo lo que hago* o *Si fallo en parte es tan malo como fracasar completamente*.

En la escala de autocompasión SCS obtenemos resultados de baja autocompasión tras realizar el cómputo del promedio total de autocompasión a partir de las diferentes subescalas. Se trata de una escala Likert de 5, donde D obtiene puntuaciones muy altas en auto-enjuiciamiento (4.2), auto-aislamiento (4) y sobreidentificación (4.25). Se trata de ítems inversos, por lo que su alta puntuación corresponde a una interpretación de baja autocompasión. Cuanto más auto-enjuiciamiento, menor autocompasión. Respecto a los ítems no inversos, se obtiene una puntuación en torno al 2.4, moderada entre el 1 y el 5. Las subescalas a los que pertenecen estos ítems son autoamabilidad (2.4), humanidad compartida (2.25) y mindfulness (2.5). El promedio total de autocompasión es de 2.12 sobre 5, es decir, baja autocompasión. Algunos de los ítems con puntuaciones más significativas son *Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen sentimientos de ineficacia*; *Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan*; *Cuando veo aspectos de mí misma que no me gustan, me critico continuamente*; *Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones*.

A partir del cuestionario de Aceptación y Acción de Barraca obtenemos resultados de moderada evitación experiencial y aceptación. D obtiene una puntuación de 49 sobre 70, puntuando alto en ítems como *La ansiedad es mala*, *Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad* y *Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas*.

Por último, los resultados de la escala TMMS-24 revelan que D tiene una adecuada atención a sus emociones, con una puntuación de 34 puntos en la subescala de Atención, una adecuada comprensión de sus emociones con una puntuación de 29 en la subescala de Claridad, y una adecuada regulación emocional con una puntuación de 25 en la subescala de Reparación. Todas las puntuaciones entran dentro de la normalidad, con margen de mejora en Claridad y Reparación (comprender y regular las emociones) y con adecuación en el factor de Atención, que de aumentar significaría que presta demasiada atención a sus emociones y de reducirse implicaría no atenderlas lo suficiente.

7. Formulación de caso



D acude a consulta refiriendo una paralización frente a nuevos proyectos y un miedo a emprender. D es una mujer que ha sido muy exitosa en su carrera laboral, por lo que ahora que siente que está estancada se encuentra con pensamientos de autocrítica como “Soy una vaga”, “El miedo me paraliza y no me sobrepongo”, “Debería estar creando cada día nuevos proyectos”. Estos pensamientos están asociados principalmente a la emoción del miedo. Encuentra dificultad en conectar con emociones como la pena y la culpa porque las define como emociones incompatibles con el crecimiento, la movilización y la responsabilización de una misma. Por su discurso, podemos ver como D opera constantemente desde un nivel cognitivo y de racionalización. Apenas muestra contacto con sus emociones, aunque deja entrever en ocasiones un sentimiento de rechazo hacia sí misma.

En primera instancia, lo que podemos observar en el caso de D es un proceso de reforzamiento negativo. D se pone a trabajar con la intención de crear nuevos proyectos, pero siente miedo por el posible fracaso consecuente y por tanto abandona la tarea y se siente vaga, inútil y culpable (en sus términos, responsable). Esta retirada sistemática supone que D con más frecuencia no se enfrente a sus responsabilidades para evitar los sentimientos de fracaso, aunque esta misma dinámica crea en ella esa misma sensación. De hecho, el reforzamiento de estos sentimientos negativos en una misma provoca un aumento de la autocrítica, viendo este autofustigamiento como algo justificado y no dañino o poco autocompasivo.

Teniendo en cuenta la historia de D, sabemos que ha tenido experiencias tempranas en infancia y juventud que operan como base de este funcionamiento. D, desde pequeña y adolescente, tenía claro que no quería ser como su madre porque no quería quedarse en casa haciendo tareas del hogar y cuidando a una familia, sino que quería ser como su padre, un hombre de negocios con éxito al que admiraba con creces. Esto supone un primer elemento de la importancia de lo laboral en la vida de D, siendo este aspecto uno que debe incluir el éxito y el ser admirada y respetada como su padre. Desde joven, pues, D aprende que el trabajo es el aspecto de la vida de una persona a través del cual se consigue el respeto, el crecimiento y el afecto, asociando éxito con valía personal. Esto está estrechamente reforzado por una vivencia que identifica de la infancia de necesitar destacar en algo para ser vista, reconocida y validada por los demás. Esta experiencia aparece en primera instancia en su casa, en la que necesita destacar de entre los hermanos porque es la hermana del medio y esto la relega normalmente a un segundo plano.

En el colegio y la universidad, D es una alumna aplicada y modesta, que no causa problemas y está centrada en sus estudios. Tiene una nota media alta y continua su meta de esforzarse, acceder a puestos de trabajo y tener éxito. Es vista por su entorno como una joven con un futuro prometedor. En esta etapa de vida están presentes factores de vulnerabilidad como un nivel alto de perfeccionismo, hiperexigencia, cierta rigidez cognitiva y una necesidad de afecto, de aprobación y de competencia.

La experiencia que más marca a D es cuando consigue un trabajo en una empresa en la que se siente realizada y en la que consigue un gran éxito laboral, a lo que se suma el comienzo de una relación de pareja con su jefe 20 años mayor que ella. Esta relación se basa en una dinámica de poder en la que ella necesita la validación de su pareja y a la vez de su jefe, una validación que no distingue entre lo profesional y lo personal. D

aprende que su trabajo y su valía personal están solapadas y dependen de su pareja, además de que en muchas ocasiones ella era identificada como “la novia de”. Años después D descubre que su pareja y jefe le estaba siendo infiel y toda la plantilla era conocedora, por lo que se siente humillada y abandona el trabajo.

Esta experiencia determina el incidente crítico a partir del cual se activan los supuestos disfuncionales que D ya tenía. Por un lado, se refuerza la idea de que tu valía personal depende del éxito laboral que tengas y de la capacidad laboral que demuestres, con la reincidente sensación de que aún así nunca es suficiente. Por otro lado, se refuerza la necesidad de volverse hermética y firme, buscando hacerse respetar, para no permitir que otras personas se aprovechen de ella y vean a D como alguien débil e inocente. Estas ideas las encontramos en las evaluaciones y en expresiones de D, como “Generalmente pienso que soy un fracaso” o “Cuando no tengo éxito me pregunto hasta qué punto merezco la pena” o “Si no lo hago bien siempre, la gente no me respetará”.

Por tanto, D llega a consulta con síntomas cognitivos como la rumiación, la autocrítica y el autoboicot; la evitación como principal síntoma conductual, y síntomas emocionales como el miedo y la ansiedad, aunque se trata de emociones poco palpables y que parecen muy tapadas por la racionalización y la propia evitación experiencial. La emoción del miedo podría estar tapando una tristeza primaria conectada a no sentirse suficiente por no estar consiguiendo el éxito que conceptualmente ha aprendido por varios años de su vida.

Con este funcionamiento, D consigue un alivio a corto plazo por la evitación de sus tareas, pero a largo plazo se efectúa un reforzamiento de su autoesquema negativo, por el cual siente que es una vaga y no se esfuerza lo suficiente. Como consecuencia de este reforzamiento del autoesquema negativo, aumenta la insatisfacción y la autocrítica en D. El mantenimiento de este funcionamiento puede deberse a que D no conoce otra forma de autotratamiento que la autocrítica, y ha aprendido a que la exigencia es la única herramienta para conseguir los objetivos. El sentimiento de insuficiencia es indefinido puesto que sentirse suficiente es aprendido como algo soberbio y que no ofrece margen al crecimiento, por tanto, siempre se busca más y más que alcanzar, hasta tener expectativas de una misma no realistas que se ven interrumpidas por las propias limitaciones humanas.

Una hipótesis adicional que se plantea es que D ha aprendido una asociación directa entre ganar el respeto y conseguir el éxito como merecer el reconocimiento y el afecto del otro. Esto se aprendió con su primer trabajo de éxito que terminó en sentimientos de humillación y retirada de reconocimiento por parte de un otro significativo, lo que dejó a D sin otra persona en la que basar su nivel de valía. Esto se perpetúa porque no hay una nueva persona a la que delegar este ejercicio, siendo lo más cercano y basal el trabajo en sí y, específicamente, los frutos de este trabajo. D se compromete a no dejar entrar a nadie en su vida después de este episodio y a basar su valía solo en sí misma, pero esto es una misión compleja puesto que nunca ha aprendido a realmente verse, quererse y respetarse desde un yo interno. Es por esto por lo que el foco terapéutico se pone en aumentar la conciencia emocional y en modificar las formas de autotratamiento, para aumentar la autocompasión, reducir la autocrítica y suavizar las barreras emocionales de D.

8. Tratamiento

El proceso terapéutico se ha llevado a cabo a lo largo de 7 meses, con un total de 21 sesiones. Con el fin de explicar cómo ha sido el curso de tratamiento, se ha hecho una distinción de tres fases en el proceso terapéutico (representado en la Tabla 1) según los objetivos propuestos y conseguidos en cada momento de la terapia y en función de hitos del proceso, como la profundización clínica o un cambio en el equipo terapéutico.

Tabla 1.

Fases, objetivos y técnicas del proceso terapéutico.

Fases	Objetivos principales	Objetivos específicos	Técnicas
Primera (octubre, 3 sesiones)	Conocer a la paciente	Conocer qué trae a terapia a la paciente	Entrevista clínica Escucha activa
	Generar una alianza terapéutica sólida	Identificar temas importantes	Reflejos empáticos
		Ofrecer un espacio seguro y sin juicio	Vínculo terapéutico

Segunda (octubre, noviembre y diciembre, 3 sesiones)	Desplegar y ahondar en los diferentes temas Aumentar la conciencia emocional y corporal	Desengranar los temas que trae en el aquí y ahora y de forma gradual Poner el foco en su cuerpo y sensaciones Atender, identificar y diferenciar emociones Disminuir la identidad laboral	Vínculo terapéutico Exploración empática y conjeturas Afirmación empática Evocación y reflejos empáticos Focusing (sesión 5)
Tercera (enero- abril, 15 sesiones)	Trabajar en sus constructos y pensamiento dicotómico Reenfoque de las sesiones por evitación o racionalización Aumentar autocuidado	Disminuir polarización Hablar desde lo emocional y no lo racional Identificación de éxitos y aceptación de las limitaciones Trabajar la autocrítica Trabajar la autocompasión	Vínculo terapéutico Psicoeducación y uso de metáforas Cambiar cómo me hablo a mí misma Tarea de sillas autocrítica (sesiones 16, 17) Tarea sillas autocompasión (sesión 19)

Primera fase

La intervención terapéutica se realizó desde el marco Humanista puesto que es la terapia en la que estoy formándome, concuerda con la filosofía y el funcionamiento del centro y, sobre todo, lo más importante, porque se determina que la paciente puede beneficiarse de las características de este tipo de intervención. Desde un primer momento, el objetivo principal de la terapeuta es conocer a la paciente mediante la entrevista clínica, pero de forma aún más prioritaria, crear una buena alianza con la paciente. Esto es, ejercer una escucha activa y realizar exploraciones, afirmaciones y reflejos empáticos con el objetivo de hacer llegar a la paciente que está siendo atendida, validada y comprendida.

Además de esto, la terapeuta presta atención a cómo la paciente se da a conocer y qué aspectos de ella pueden ser clave para una buena alianza y un proceso terapéutico óptimo y bien encaminado. Estos aspectos aparecen tanto en el contenido de su narrativa como en la forma de sus mensajes como en el lenguaje no verbal. Por ejemplo, D es una mujer que llega puntual a la terapia, es amable en el trato con los terapeutas, aunque algo reservada, y tiene una imagen bien cuidada. D presenta algunas resistencias durante estas primeras sesiones, especialmente con relación al tema principal que quiere tratar, que deja entrever un miedo a ser vulnerable frente a otros y hablar de sus fracasos y los éxitos no logrados. La imagen que D proyecta hacia fuera es el de una mujer fuerte e independiente que debe asegurar su éxito, por lo que el establecimiento de un buen vínculo terapéutico basado en la confianza y el no juicio es el objetivo más importante para la terapeuta.

Como se representa en la Tabla 1, se considera también relevante en una primera fase del proceso identificar los temas que parecen más importantes de todos los que se trae a terapia, haciendo una especie de embudo continuo durante cada sesión para poder poner el foco en aquello que resulta más relevante. Esta selección no es realizada al azar, sino que se basa en la atención al lenguaje verbal y no verbal de la paciente cuando ésta habla acerca de diferentes temas. Los dos aspectos que más destacan de las sesiones en esta primera fase de proceso terapéutico es 1. Las dificultades de la paciente para ser eficaz en su trabajo y 2. La fuerte racionalización presente en el discurso de la paciente.

Vínculo terapéutico

El vínculo terapéutico se considera dentro de la psicología uno de los elementos más importantes en un proceso de terapia. Algunos estudios explican que el éxito de la terapia depende de la alianza entre terapeuta y paciente entre un 36% y un 66% (Garro,

2019). Este caso no es distinto, pero por la experiencia subjetiva de la terapeuta y porque así lo ha comunicado la propia paciente, en este proceso terapéutico el vínculo terapéutico ha tenido aún más importancia e impacto en el crecimiento terapéutico.

La terapeuta lleva a cabo las sesiones basándose principalmente en los principios necesarios de la atención terapéutica pautados por Rogers (1957) como la aceptación incondicional, la comprensión empática, la autenticidad y la congruencia. La terapeuta afronta la relación terapéutica y el proceso de terapia con apertura a la paciente y con interés por el lenguaje verbal y no verbal de la paciente en aras a identificar qué cuestiones son importantes para la paciente, qué temas parecen ser más delicados, con qué dinámica relacional hay un mejor engranaje... El vínculo se va construyendo gradualmente, lo cual es algo muy común y necesario, pero especialmente con una paciente como D que tiene dificultad para confiar en el otro y necesita portar una imagen determinada para sentirse vista y respetada, lo que genera más vértigo hacia la vulnerabilidad y a la introspección. En la primera fase de la terapia, el objetivo principal de la terapeuta es crear una buena alianza a través de la escucha de la paciente y, sobre todo, la validación a través de reflejos y afirmaciones empáticas.

La terapeuta observa que D se muestra más disponible y relajada cuando los terapeutas se muestran pacientes y curiosos. D es una persona que siempre ha sido exigida y ha aprendido a autoexigirse, con el objetivo puesto en los resultados, y la exigencia a los terapeutas podría ser al principio una posible amenaza a la alianza terapéutica, pero se consigue a través de la construcción del vínculo un detenimiento en el aquí y el ahora para guiar conjuntamente el camino de D.

Segunda fase

Teniendo el vínculo terapéutico como elemento más importante a mantener en cada sesión, con el progreso de las semanas vamos desgranando los temas que D trae a sesión y traemos a colación otros datos que sabemos de ella cuando se considera relevante, como forma de ir construyendo una imagen visual a vista de pájaro, pero con atención a los detalles del funcionamiento de D y de los pequeños pasos que puede dar para ir desenredando sus nudos. En estas sesiones se mantienen actitudes del terapeuta como la escucha activa y las afirmaciones empáticas, y toman más peso el uso de conjeturas en búsqueda de perfilar aún más el contenido que D trae a sesión y dar una nueva perspectiva, siempre teniendo en consideración las señales que nos indican que la

relación terapéutica es lo suficientemente segura como para comenzar a hacer devoluciones a la paciente o poner a prueba algunas cuestiones que comparte.

Es durante esta fase donde el vínculo está más construido y hemos conseguido más profundidad de contenido que se comienza a trabajar en sesión con algunas técnicas como Focusing y tareas en vivo y para casa con el fin de aumentar la colaboración de la paciente y su participación en elementos terapéuticos que además dan una sensación a los pacientes de estar realmente haciendo algo por sí mismos. D es una paciente comprometida que viene siempre a sesión con una libreta donde apunta cuando cree conveniente. En algunas sesiones hace referencia a haber reflexionado durante la semana sobre algo que le dije o que tratamos en terapia, lo que demuestra su esfuerzo e interés, además de curiosidad por trabajar en sí misma.

Algunas de las intervenciones más prácticas que se realizaron en esta etapa fueron las siguientes:

Tabla comparativa

D hablaba de sí misma como una D que en el pasado había sido soberbia y podía seguir siéndolo, por su identidad y seguridad laboral cuando en realidad no se siente tan segura. Esto aparece reiteradamente como manera de autoflagelarse cognitiva y verbalmente. En sesión le propongo realizar una tabla comparativa de la D EGO y la D SANA. ¿Cómo es cada una de ellas? Esto se propone con varios objetivos en mente. Por un lado, ofrecer un espacio donde D pueda reflexionar acerca de cuáles son las cualidades que ella cree ser representantes de una sí misma sana (¿hacia qué horizonte trabajamos? ¿es necesario un ajuste de expectativas?); por otro lado, para poder poner sobre la mesa qué características del sí mismo son rechazadas por D al ser clasificadas negativamente (¿puedes describirme una situación en la que te hayas comportado así? ¿qué ocurrió después? ¿hubo una reparación? ¿cuándo lo ves en el presente? ¿son siempre aspectos que debemos rechazar? ¿se viven como inherentes a la personalidad y la valía de una?).

A partir de esta tarea se pudo obtener un mayor insight sobre cómo se ve D a sí misma, cómo se comportaba en el pasado y no quiere repetir y algunas afirmaciones autocríticas que se registran por la terapeuta para trabajar con ellas más avanzada la terapia. D comparte que anteriormente “creía que lo sabía todo y no era nada”, y eso responde a una soberbia que no puede permitirse. Además, una D sana corresponde a un

D que se respeta y se hace respetar, y una D que no se pone excusas para no trabajar hacia el éxito.

Focusing y ejercicio de imaginación

En una de las sesiones en las que se estaba trabajando sobre el bloqueo y la procrastinación de D, el coterapeuta decide realizar un breve ejercicio de Focusing para después pasar a un ejercicio de imaginación. El Focusing es un tipo de terapia desarrollado por Gendlin que defiende que el cuerpo es una sede de sabiduría sobre nosotros mismos. Consiste en focalizar la atención en tu cuerpo y en su interior, captar las diferentes sensaciones corporales y emociones que se mueven y entender sus significados (Alemany, 2007; Gendlin, 1967). Resonar con estas sensaciones sentidas y buscar los significados que encajen con ellas es lo que Gendlin llamó estar en contacto con el fluir de las experiencias.

La intención detrás de este ejercicio con D es poner una pausa a la rumiación de la paciente y bajar del plano racional para conectar con el propio cuerpo, que puede darnos información sobre las emociones que están moviendo sin pasar por una explicación cognitiva. El coterapeuta decide realizar un escáner corporal para reorientar la atención de la paciente al aquí y el ahora de su cuerpo, para después ofrecer una escena imaginativa de D en un momento de bloqueo frente a responsabilidades: *¿Qué ocurre dentro de ti frente a esta situación?* La paciente menciona la pereza y sale de ella un bostezo. A continuación, sin instrucción del coterapeuta, la paciente decide salir del ejercicio de imaginación y abrir los ojos, evitando esta tarea y volviendo a la conversación. En esta sesión en concreto se puede observar la evitación emocional de D, que coincide con la primera vez en el proceso que olvida realizar una tarea que se asignó para casa.

Complicación del vínculo terapéutico

Por parte de los terapeutas, la terapeuta principal consigue conectar bien con la paciente y siente interés e ilusión por continuar las sesiones e ir paulatinamente conociendo más a la paciente y poniendo foco en cuestiones concretas a trabajar. En algunas ocasiones parecen algunos elementos contratransferenciales como el común síndrome de la impostora o el miedo a no saber ayudar a la paciente y no ser suficiente para la terapia. La paciente se presenta algo hermética en un principio y con ideas férreas, lo que puede activar en la terapeuta una sensación de inadecuación o miedo a ser rechazada como terapeuta. La terapeuta es consciente de que estas inseguridades no solo

son normales, sino que son propias, y trata de ser paciente consigo misma y con el proceso que tan solo acaba de comenzar.

Sin embargo, el mayor elemento contratransferencial aparece por parte del coterapeuta, que no se siente cómodo con la paciente por su personalidad y su funcionamiento desde la exigencia y la dificultad para salir de la racionalización. Esta situación tiene lugar hacia el final de la segunda fase, en el mes de noviembre. Después de algunas sesiones esta contratransferencia es transmitida a la terapeuta, que después de varias de estas conversaciones se siente incómoda por estos mensajes y teme adoptar esa misma contratransferencia. La terapeuta se sincera sobre esto con el coterapeuta y se tiene una conversación sobre qué puede cambiarse para que ambos estén cómodos y, sobre todo, pensando en el beneficio de la paciente.

Esta situación se pone de manifiesto inevitablemente en terapia, cuando en la quinta sesión, y después de haber cancelado 3 sesiones seguidas (algo inusual en esta paciente), D se sincera con los terapeutas explicando que siente que algo no encaja del todo, puesto que el coterapeuta abre cuestiones en terapia que, aunque valiosas, no siguen el hilo de lo propuesto por la terapeuta. Esto es especialmente importante puesto que los objetivos consensuados entre terapeuta y paciente forman parte de un buen vínculo terapéutico y, por tanto, del éxito de la terapia (Norcross, 2011). Además, para que la coterapia funcione es importante que ambos terapeutas vayan a la par y se adapten el uno al otro (Ruiz y Palacios, 2019). En concreto, según el funcionamiento de la coterapia en el centro SMC, el coterapeuta necesita sumarse a las propuestas de la terapeuta principal. La paciente siente que esto no está siendo así, y así lo comunica. D confiesa que esto le hace preguntarse si pasar por esto le compensa, a pesar de elogiarnos en cuanto a nuestras capacidades y transmitir que se siente cómoda. La sesión consiste en hablar de esta cuestión con el objetivo de reparar la alianza y reflexionar sobre qué necesita D y cómo podemos llegar a un reajuste terapéutico.

El coterapeuta se siente afectado por lo ocurrido y la contratransferencia aumenta. En la siguiente sesión el coterapeuta no acude, cuestión que afecta también a la terapeuta puesto que es una decisión repentina y unilateral. En esta primera sesión en solitario, la terapeuta se da cuenta de que se produce un gran cambio en la dinámica relacional entre terapeuta y paciente y en la productividad de las sesiones. Debido a que, en este momento, el proceso continuaría después de las vacaciones de Navidad, se tiene una conversación con el coterapeuta y posteriormente ambos terapeutas con la tutora de prácticas llegando

a la conclusión de que es más beneficioso para todos los implicados que el proceso terapéutico continúe con solo una terapeuta, que es la terapeuta principal y con quien afortunadamente se ha conseguido un vínculo más favorable. Esta decisión fue apreciada por el coterapeuta y permitida por la tutora del centro. La paciente fue informada de este planteamiento y dio su aprobación. La terapeuta decidió entonces continuar el proceso en solitario.

Tercera fase

Vínculo terapéutico

El resto del proceso terapéutico, que duraría 4 meses, es más fructífero que la etapa anterior y se observa una mayor comodidad en la paciente y también en la terapeuta. Las sesiones se retomaron la segunda semana de enero, y la terapeuta notó un cambio en la profundidad de las sesiones, la apertura de D y el progreso de la terapia tras el cambio de coterapia a terapia en solitario. El vínculo terapéutico se afianza con más fuerza y terapeuta-paciente consiguen empastar de manera óptima y natural, lo que sin lugar a duda permite un mejor desarrollo de las sesiones, una mayor introspección e implicación de D y, en definitiva, un aumento del crecimiento terapéutico de la paciente.

La terapeuta se siente muy cómoda con D y se consigue con naturalidad un funcionamiento terapéutico que ayude a la paciente. D se muestra participativa, emocionalmente accesible y bastante agradecida. Además, D se mostraba comprometida con la terapia y solo faltó a 2 sesiones de 17 por motivos de emergencia. Esta nueva etapa del proceso terapéutico dio oportunidad a una mayor profundidad emocional y una apertura a tareas terapéuticas concretas para abordar algunos temas como la autocrítica y la autocompasión.

Hacia el final del proceso terapéutico, al final de una de las sesiones, D ofrece un dulce como regalo a la terapeuta como muestra de gratitud por su implicación y ayuda terapéutica. La terapeuta acepta este regalo con gran agrado y halagada, viendo este movimiento como una muestra de agradecimiento y afecto genuino por parte de la paciente.

Foco en las emociones

Conforme avanzan las sesiones, se decide comenzar a poner con más énfasis el foco en las emociones de la paciente, teniendo en cuenta que D parece asentada en la

terapia y ofrece una apertura a un nivel más de profundización. Desde el principio del proceso terapéutico, las emociones son un elemento de importancia para la terapeuta y no se ignoran en beneficio de la racionalización de la paciente. Sin embargo, es algo más adelante en el proceso que se decide reconducir el discurso cuando la paciente vuelve a su racionalización o se salta de un tema a otro con la posible consecuencia de no conseguir sesiones más enriquecedoras y no facilitadoras de un bucle rumiativo y superficial.

Estas intervenciones consisten en la exploración emocional (*¿Cómo te hace sentir eso? ¿Qué se mueve dentro de ti cuando me cuentas esto?*), la identificación, señalación y conjetura de emociones (*Me llega que esto te afecta, Me da la sensación de que cuando dices... te enfadas, ¿es así?*) y ofrecer un reflejo o eco a modo de validación de lo que está sintiendo el paciente, para recoger lo que ha compartido la paciente y hacerle llegar nuestra comprensión como un abrazo cálido. Además, con intervenciones como estas también solemos conseguir que el paciente se sienta seguro como para ahondar más profundo y confiar en nosotros más de sí mismo y su mundo emocional.

Trabajo con sillas: escisión autoevaluativa

La intervención en la autocrítica de la paciente se lleva a cabo con la tarea terapéutica del trabajo de las dos sillas de la Terapia Focalizada en la Emoción. Esta técnica tiene su origen en la terapia Gestalt (Perls, 1969, en Elliott et al., 2004) y en el psicodrama de Levy Moreno, pero es Greenberg junto con otros compañeros quienes adaptan y expanden esta tarea para trabajar con otros conflictos como la autocrítica (Elliott et al. 2004; Greenberg, 1979).

La tarea consiste en colocar una silla vacía en frente de la paciente y pedirle que se coloque en ella. Teniéndose a sí misma en frente, desde la silla donde está sentada debe actuar su voz crítica, dirigiéndose al self (otra silla). Lo que nos lleva a comenzar esta tarea es lo que la TFE llama marcador. En este caso, un marcado es una intervención de la paciente que representa un mensaje de autocrítica fuerte que se repite a sí misma. En lugar de dejar que la paciente siga hablando de esta crítica en forma de queja y desde lo cognitivo, se colocan las sillas y se pide a la paciente que critique directamente al self, que está delante de ella. De esta manera, se está criticando a sí misma, pero se desdobra el proceso de manera que la paciente actúa esa voz crítica y es quien lleva las riendas de ese daño hacia sí misma. El objetivo de la tarea es procesar y resolver emociones dolorosas nucleares vinculadas con la autocrítica (Stiegler, 2018).

Greenberg formula que el trabajo con sillas da resultados cuando pone en contacto las escisiones del self, lo que facilita la integración de ambos esquemas de uno mismo (Greenberg y Goldman, 2019). En el marco de la TFE, esta tarea se ve facilitada por el estilo relacional del terapeuta con el paciente (Elliot et al. 2013). En el caso de D la alianza terapéutica era muy buena y la terapeuta determinó que era el momento para comenzar a trabajar con los marcadores de autocrítica que aparecían en sesión o a partir de ítems del cuestionario LOSC. El trabajo con sillas se desarrolló en las sesiones 16 y 17.

En la sesión 16, se propone el trabajo de la autocrítica mediante sillas a partir de un marcador de la paciente, que expresa tener que sufrir para merecer y conseguir un objetivo. Se pide a la paciente que se coloque en la silla crítica, y desde el principio le cuesta dirigirse al self. La terapeuta ve que D está conectada con el self y no con la crítica, por lo que le propone cambiar de lugar y hablar desde el self para ubicar dónde se encuentra en estos momentos. D pide a la crítica que la deje tranquila y le dice que tiene los días contados, pues está cansada de tenerla en su vida. Acto seguido, se le pide cambiar a la silla crítica para que reaccione al self, y es cuando la voz crítica emerge con más fuerza dirigiéndose a D con cierto aire de superioridad y asegurándole que sin ella D no es nada, si ella no está D no conseguirá nada por soñar demasiado y no ser responsable con sus deberes. La voz crítica insiste en que debe demostrar sus capacidades cada día para así ganarse el respeto, pero esto solo viene con esfuerzo, dejando caer que sin ella D self no se esfuerza lo suficiente. Desde la silla del self, D expresa a la crítica que no cree en su discurso y le comunica que le hace sentirse mal. Sin embargo, D no parece estar del todo conectada con sus emociones y queda en el plano cognitivo y evitativo mientras pone un límite a la voz crítica diciéndole que no tolerará más sus juicios. Expresa estar en desacuerdo con la voz crítica y no tener un problema con esto, como si se tratara de otra persona a la que asertivamente pone un límite asumiendo las disidencias. El self calla a la voz crítica y expresa a la terapeuta no querer darle voz, no querer escuchar su versión.

Más tarde, en la misma sesión, aparece otro marcador de crítica y se decide abrir de nuevo una silla. D critica al self por pedir un favor a una amiga cuando ella puede hacer las cosas sola y expresa “Estás molestando al pedir un favor, lo puedes hacer sola, me pones nerviosa porque dudas, porque eres incapaz”. El self se defiende de nuevo diciendo que no cree a la crítica y no le hizo caso puesto que pidió ayuda a su amiga. Admite sentir miedo frente a la crítica por si llega a tener razón. Desde la otra silla, la

crítica se mantiene firme y asegura que no se despegará de D y aparecerá cuando menos se lo espera, puesto que esa ocasión en la que no se le escuchó no significa nada.

La tarea se ve interrumpida de forma repentina por un imprevisto por parte de la paciente, lo que supone que el ejercicio ha quedado incompleto. La TFE plantea que en esta tarea se debe conseguir afilar la crítica hasta acceder al dolor nuclear del self, hasta hacer sangrar a este self y de su respuesta a la crítica conectado desde la emoción y no desde la huida o desde el silenciar a la crítica. Sobre todo, lo necesario para una buena resolución de la tarea es conseguir que la crítica suavice o, de no ser posible, aunque no es lo común, pasar a trabajar en el autoconsuelo del self (Jódar y Caro, 2023).

A pesar de que no se dan las circunstancias para completar la tarea, este primer acercamiento al diálogo crítico-self nos da información sobre cómo se comunican y qué aspectos atender y perfilar para una próxima vez. Además, la paciente comparte antes de irse que se siente más aliviada por haber puesto un límite. Parece seguir en el plano racional, sumado a haber sido sacada de la tarea por un estímulo externo, pero con este feedback sabemos que D se ha comprometido con la tarea y empieza a notar cómo los engranajes se mueven.

En la siguiente sesión, se parte de un marcador de la paciente, que expresa “dudo mucho y siempre tengo excusas para no hacer algo”, refiriéndose a que nota que ahora no tiene las cosas tan claras como las tenía antes y siempre tiene excusas para no tomar decisiones ni progresar en sus proyectos. Se corta a la paciente para dar paso a la organización de las sillas y se le pide a la paciente que se coloque en la voz de la silla crítica. Desde esta silla, se guía a la paciente a que se critique y se desgrana su discurso para conseguir críticas más específicas como “eres una vaga, sin mí no eres nada, no eres capaz como crees, tienes miedo, y eso viene de las dudas... eres una miedosa, y el miedo lleva al fracaso... eres una fracasada, D”. Cuando se llega al “eres una fracasada”, se observa un cambio emocional no verbal en la paciente, que se interpreta como que se ha accedido a un dolor nuclear y el self ha conectado con su herida. Entonces, se pide a la paciente el cambio a la silla del self. Desde el self, D le comunica a la crítica que le ha hecho mucho daño y está decepcionada de tenerla en su vida. Le comunica que es esa voz quien la tira hacia abajo mientras ella hace lo que puede, y pide que salga de su vida.

Cuando D vuelve a la silla de la crítica, se observa un cambio en su lenguaje no verbal, se la ve más desinflada y habla con una voz pausada y abatida. Al principio intenta

defenderse explicando que su rol es importante, pero va suavizando por sí misma mientras comunica que siente que el self le ha descubierto y le ha quitado la máscara. Ella quiere estar en la vida de D para protegerla, pero se da cuenta de que D cada vez la deja entrar menos y que sin ella es igual de capaz de conseguir sus metas. A pesar de que tiene la necesidad de acompañarla por si ocurre algo, se sincera sobre su necesidad de ser vista y escuchada, a pesar de que D self ya no la está necesitando y es un cambio que digerir. Aparece por sí sola una suavización de la crítica acompañada de una expresión de afecto al self, diciéndole literalmente: “Te quiero D, y te quiero ver bien. No todo tiene que ser perfecto para que tu estes bien, no todo tiene que ser fracaso o éxito para que tu estes bien. Siento ahora más respeto por ti porque estas buscando ser tú misma y quitarte todas las barreras, y una de las barreras más grandes soy yo. Estos últimos meses que he estado más blanda tú has estado mucho mejor.” Haciendo eco de sus palabras, D crítica añade: “Sí veo que eres valiente, el miedo soy yo. No eres una fracasada. Perdóname por darte días largos con las dudas pensando en la opinión que iba a tener de ti. Perdóname, no eres una fracasada, y admiro que estés tomando tu lugar.”

No solo obtenemos una suavización de la crítica con la empatía de esta, sino que además obtenemos una negociación por parte también de la crítica, que expresa: “Te quiero acompañar dándote espacio. Estoy dentro de ti para ayudarte cuando lo necesites”. Esto es un reflejo de lo que Greenberg afirma que es un trabajo de sillas exitoso, puesto que ponen en relación las escisiones del self buscando una integración de ambos aspectos del self (Greenberg y Goldman, 2019). D dice adiós a una crítica severa que obstaculiza, pero como seres humanos no podemos deshacernos de la crítica que nos acompaña desde la paciencia y la conciencia de uno mismo consigo y con el resto para vivir y sobrevivir en sociedad.

Tras el cambio de silla, se le pide a la D self que respire lo que acaba de recibir de la crítica suavizada. Tras esto, acepta las palabras de la crítica y comparte con la terapeuta que la ve más humana y con empatía. Se le dirige a la otra D, y dice: “Te perdono, D.” Después de esto, se retira la silla crítica físicamente y se le pregunta a la paciente cómo se encuentra. D explica que se siente aliviada y agradece a la terapeuta por la sesión. Es después de esta tarea que la paciente ofrece un dulce como regalo a la terapeuta en muestra de agradecimiento.

Autocompasión

El trabajo de la autocompasión en D se llevó a cabo en la sesión 19, siguiendo la teoría de Gilbert (Gilbert, 2000; 2015) y Gilbert y Procter (Gilbert y Procter, 2006). Esta consiste en permitir un diálogo entre la silla crítica y la silla del self, siendo este self uno que se comunica desde la compasión hacia el otro y con ello el self.

Esta tarea se realiza después de haber llevado a cabo la tarea de autocrítica propuesta por Greenberg, puesto que la terapeuta ve necesario un diálogo entre ambas y una resolución completa de la tarea con una voz crítica que suaviza y empatiza con el self, además de un self que recibe este cambio de la crítica y acoge las palabras que llegan. Se ve necesario una resolución previa de la crítica puesto que en el caso de D sin ello no sería fácil la aparición de la autocompasión y podría reforzarse la autocrítica. Es decir, el self evita defenderse frente a la autocrítica, no poniendo un límite y resguardándose en el rol de herido y criticado.

El trabajo de compasión en sillas propuesto por Gilbert (2015) y Gilbert y Procter (2006) consiste en pedir a la paciente desde su silla que responda de manera compasiva a la voz crítica con la que se ha trabajado previamente y que ha mostrado su vulnerabilidad al suavizar su ataque. No obstante, antes de este paso, se guía a D en un ejercicio de respiración y conexión con el momento presente y su cuerpo. Esto es, centrar la atención en su respiración y hacer un breve escáner corporal. Gracias a esta pausa y reorientación hacia la atención plena, el self podrá estar más conectado consigo mismo. Se pide a D conectar con las cualidades que tendría un yo compasivo para después colocarse en esa D compasiva y comunicarse con la voz crítica-suavizada. En el caso de D es aún más potente puesto que la crítica anteriormente había confesado haber sido descubierta, lo que le dejaba en una posición de vulnerabilidad frente a una D que por fin le puso un límite.

El tratamiento de la autocrítica y la autocompasión se ven necesarios con D para reducir la crítica y aumentar un buen trato hacia sí misma, una mejora del autotratamiento. Es más, se busca y se prevé que D pueda aprender nuevas formas de relación consigo misma en base a lo propuesto por Kannan y Levitt (2013) sobre que el autofustigamiento es un proceso interpersonal aprendido y, por tanto, la capacidad de cuidarse y cambiar la forma de dirigirse a una misma también lo puede ser. De esta manera, se favorece la incorporación de un yo autocompasivo al funcionamiento e identidad de la paciente (Shahar, 2015).

Mejora de autoestima

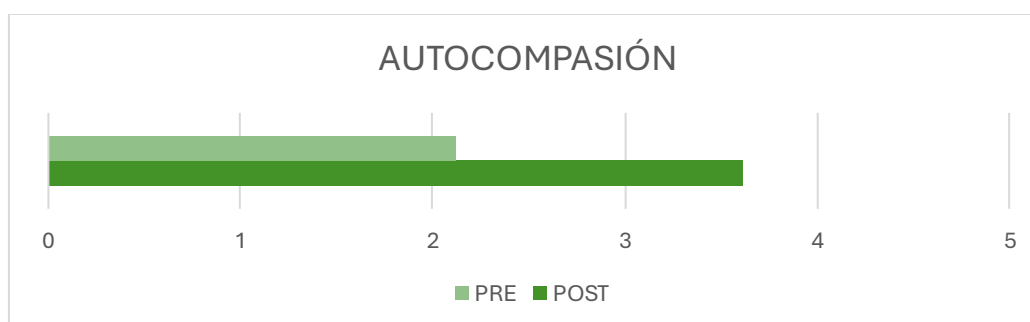
De forma paralela, la autoestima fue una variable de cambio y tratamiento que se tuvo siempre en cuenta. Aunque D no presentaba graves problemas de autoestima, podía observarse cómo la autocrítica sobre diferentes temas tenía un efecto negativo en ella. Gracias a un trabajo basado en la empatía y el diálogo se fue indagando en el autoconcepto de D y su situación actual. En ocasiones, la terapeuta fue confrontativa respecto a cómo D podía caer en una dinámica de autosabotaje y negación de sus propias capacidades que le llevaban a una visión sesgada de sí misma y sus logros. La terapeuta solicitó a la paciente la identificación de éxitos y la acompañó en el proceso de discernir la degradación de sus propios logros de los objetivos logrados, a la par que se abordó colaborativamente con la paciente la aceptación de las propias limitaciones de la paciente, y la aceptación de que quizá algunas metas no se pueden lograr, respaldado por un insight de la paciente respecto a cómo sus prioridades habían cambiado y había estado pendiente de criticarse sin haberse parado a escucharse a sí misma y sus necesidades actuales.

9. Resultados de la intervención

El vínculo terapéutico y otros elementos como las condiciones del terapeuta y las tareas terapéuticas contribuyen al efecto de la terapia que presenta el paciente y que puede verse plasmado en los resultados del tratamiento. Estos resultados contienen información cualitativa y cuantitativa y son descritos en el siguiente apartado, tomando como guía las puntuaciones obtenidas con los tests aplicados a la paciente y los cambios cualitativos asociados a estas variables medidas por las pruebas.

Los cuestionarios que se pasaron al principio del proceso terapéutico y vuelven a pasarse al final del proceso terapéutico, en la última sesión con la paciente. Entre el pre y el post han pasado 3 meses y medio, y se han llevado a cabo 13 sesiones.

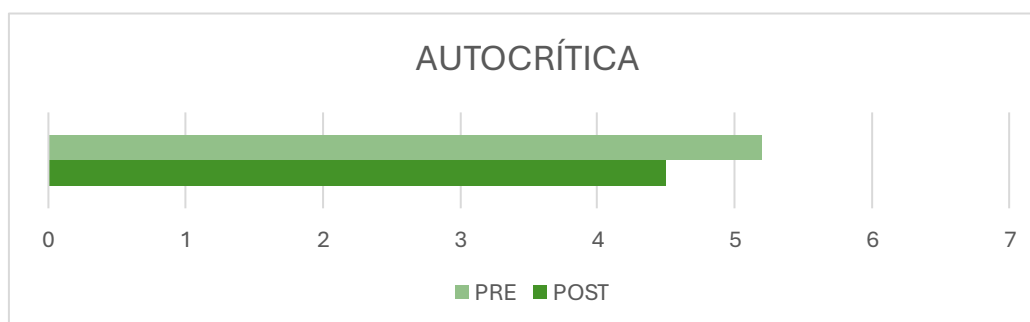
Figura 1. Comparación entre puntuaciones pre y post de autocompasión.



Como podemos observar en la Figura 1, observamos que la autocompasión ha experimentado un gran cambio, puesto que aumenta hasta más de 1 punto tras el tratamiento. Según la corrección de la prueba, una autocompasión de 3.61 corresponde a un nivel de autocompasión alto, en comparación con la puntuación de 2.12 obtenida en las pruebas de la fase pre que corresponde a un nivel de autocompasión bajo. Dentro de las subescalas de esta prueba encontramos un aumento significativo en la puntuación de la subescala de Autoamabilidad, con ítems como *Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades*, donde D. pasa de dar una puntuación de 2 a 4. Por otro lado, encontramos una disminución de también 2 puntos en el ítem *Puedo ser un poco insensible hacia mí misma cuando estoy experimentando sufrimiento*, que forma parte de la subescala de Autojuicio.

Esta diferencia es significativa puesto que está directamente relacionada con el trabajo que se ha llevado a cabo en las sesiones respecto a la autocrítica, al autoconsuelo y al diálogo con una misma frente a dificultades. Podemos interpretar, pues, que el proceso terapéutico ha influido en estos cambios cuantitativos. Asimismo, D expresa en terapia que “después de este camino de terapia ubico lo que es la autocompasión”. Se observan cambios cualitativos en la forma en la que D comienza a hablar de sí misma respecto a la aceptación de sus límites y a buscar la priorización de su autocuidado. “Una yo sin terapia hubiese huido de reconocer ‘esto yo no lo puedo hacer’”.

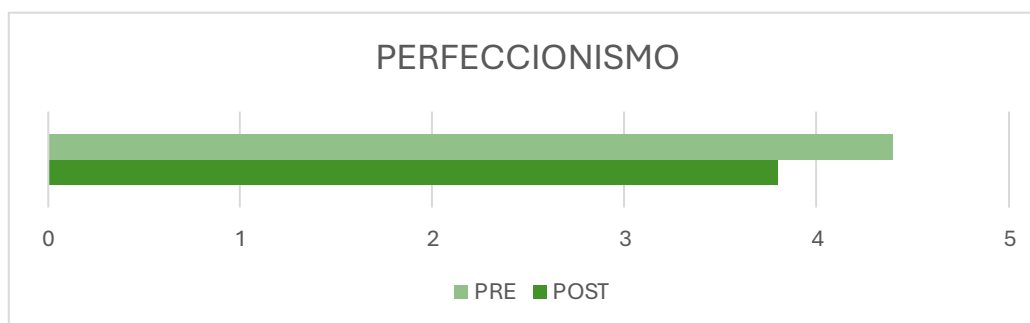
Figura 2. Comparación entre puntuaciones pre y post de autocrítica.



Por otro lado, también se han obtenido puntuaciones más bajas de autocrítica en la paciente. En las últimas sesiones de terapia el trabajo estuvo más centrado en abordar la crítica a través de tareas propias de TFE como el diálogo de las dos sillas para el trabajo con el crítico interno. A partir de esto, podemos interpretar que estas técnicas han resultado eficaces, además de poder estar influenciadas por el reciente trabajo con la paciente. En la figura 2 observamos cómo D pasa de presentar una puntuación media de

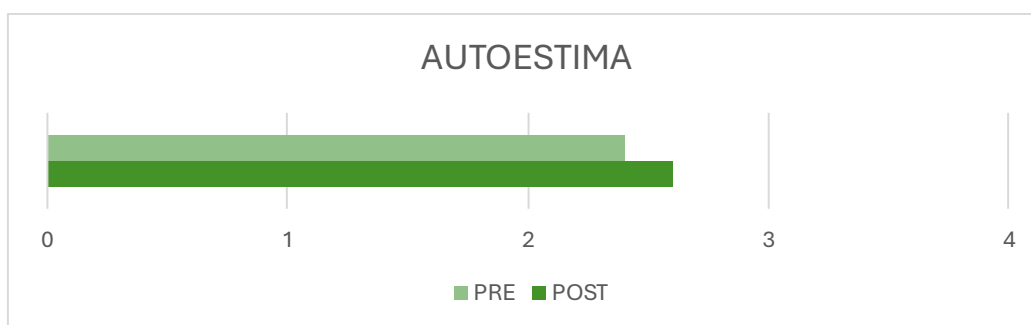
crítica de 5.3 sobre 7 a una media de 4.5 sobre 7. A pesar de no tratarse de un cambio tan significativo en comparación con las puntuaciones de autocompasión, se observan diferencias en el discurso de la paciente durante las sesiones de terapia. D se muestra más paciente consigo misma a la hora de plantear y conseguir objetivos, y sobre todo en el plano personal sobre cómo se trata a sí misma y cómo trata al resto. Es probable que el trabajo realizado en sesión haya tenido mayor impacto en los niveles de autocompasión de la paciente que en su exigencia laboral a nivel práctico. Es más, los ítems del cuestionario de autocrítica trabajados respaldarían esta hipótesis, siendo estos *Cuando no tengo éxito, me descubro a mí mismo preguntándome hasta qué punto merezco la pena* y un marcador de autocrítica que aparece en sesión y no forma parte de esa prueba: *Tener dudas significa no creer en una misma y retrasar la toma de decisiones*.

Figura 3. Comparación entre puntuaciones pre y post de perfeccionismo.



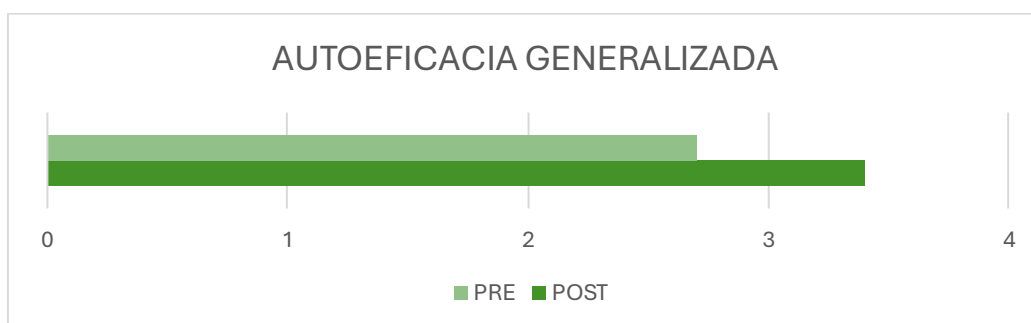
En consonancia con las puntuaciones de autocrítica, encontramos una pequeña disminución de las puntuaciones de perfeccionismo, aunque no muy significativas. Los ítems con cambios más llamativos en sus puntuaciones pre y post son los relacionados con las expectativas familiares (*Siento que nunca cumpliré las expectativas de mis padres*) y a su valía como persona según lo perfecto que haga las cosas (*Si no hago las cosas tan bien como el resto de las personas, quiere decir que soy inferior a ellas*). Es evidente la necesidad de seguir trabajando con D los niveles de exigencia que tiene, marcando la máxima puntuación en ítems como *Es importante para mí ser absolutamente competente en todo lo que hago*.

Figura 4. Comparación entre puntuaciones pre y post de autoestima.



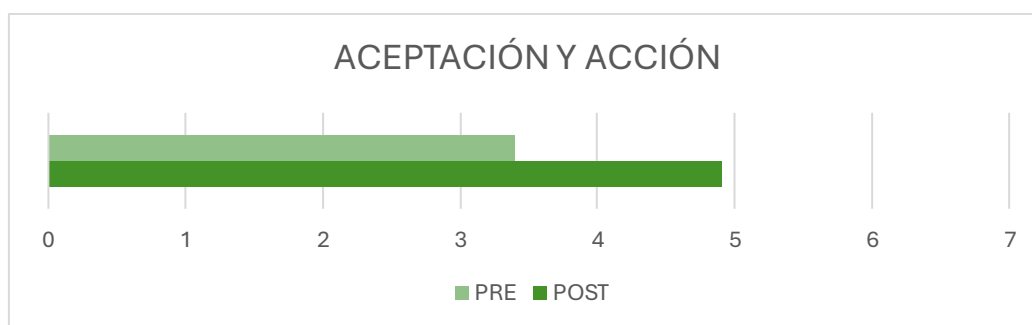
En los resultados del cuestionario de autoestima de Rosenberg, observamos un pequeño aumento en la puntuación total, pasando de 24 puntos en el pre a 26 puntos en el post. Es a partir de 26 puntos según la corrección oficial, cuando se considera una puntuación media de autoestima. Podemos decir, entonces, que la autoestima de D ha mejorado tras el proceso terapéutico, pero aun así sería conveniente seguir trabajando en mejorarla.

Figura 5. Comparación entre puntuaciones pre y post de autoeficacia generalizada.



Respecto a la prueba de Autoeficacia generalizada, encontramos un aumento interesante. D puntúa alto donde antes puntuaba más bajo en ítems como *Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados* o *Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas*. Las puntuaciones en el pre no eran significativamente negativas, pero se observa un aumento de la sensación de autoeficacia, que corresponde con lo que D relata en terapia acerca de sentirse algo más capaz y cómoda en sus tareas laborales y personales, actuando con más paciencia y buscando resaltar sus cualidades positivas.

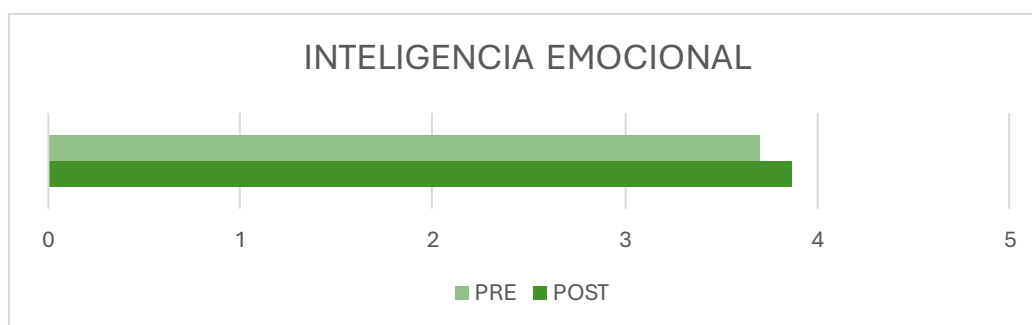
Figura 6. Comparación entre puntuaciones pre y post de aceptación y acción.



Otros cambios significativos se encuentran en el área de Aceptación y Acción, cuyas puntuaciones se reducen en 1.5 puntos. Esta prueba evalúa el nivel de aceptación y evitación experiencial del paciente. Algunos de los ítems más significativos son *Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida*, donde D pasa de dar una puntuación de 6 a una puntuación de 2, y *La ansiedad es mala*, donde D pasa de dar una puntuación de 7 a una puntuación de 4. Respecto al primer ítem, podemos apreciar un cambio en la aceptación de las dificultades que ha podido vivir a lo largo de su vida, lo que guarda correlación con aspectos de contenido de las sesiones puesto que D tiene la oportunidad de recordar algunas situaciones difíciles de su vida y darles una nueva perspectiva, una desde la aceptación y la valoración a la D que las vivió y superó. El último ítem también sufre un cambio importante en su puntuación, y puede deberse, por un lado, a la psicoeducación que estuvo presente en varias sesiones sobre las emociones y el funcionamiento de nuestra mente, a la par que puede haber sido influenciado por un trabajo de mirar hacia dentro y prestar más atención a las emociones.

En general, se observa también un cambio cualitativo en la paciente respecto a cuestiones que cubre esta escala puesto que ahora D no se enfrenta a situaciones complejas desde la evitación experiencial y el rechazo para pasar a la exigencia, sino que toma una posición más calmada de aceptación de vivencias pasadas y presentes acompañada de un aumento de la autocompasión que le ayuda a conseguir esta aceptación.

Figura 7. Comparación entre puntuaciones pre y post de Inteligencia Emocional.



Por último, tenemos los resultados de la prueba TMMS-24, que evalúa la atención a las emociones, su comprensión y regulación. La comparación entre el pre y el post muestra un pequeño aumento de estas capacidades. El cambio no es especialmente significativo, pues los resultados de esta prueba en la fase pre-tratamiento ya demostraban que D tenía una adecuada atención, comprensión y regulación emocional. Los resultados del post son ligeramente superiores, pero se encuentran todavía en el rango de adecuación, a excepción del factor atencional, donde la puntuación del post es de 37, entrando ligeramente en la clasificación de 'Presta demasiada atención'. Esto no debe ser alarmante, aunque sí un dato a tener en cuenta. D podría haber puntuado más alto que la anterior vez porque es en este proceso donde ha comenzado a poner más atención a sus emociones y necesidades. Ella misma expresa en sesión que ha notado este cambio y está agradecida por ello. Estas puntuaciones pueden también deberse a que los tests se pasaron al final de una sesión, siendo sesiones, como ella también describe, espacios donde se lleva a cabo un trabajo profundo y no superficial respecto a las emociones y su papel en la vida de D.

10. Discusión

El presente estudio de caso ha tenido como objetivo principal la descripción del proceso de intervención con una persona real desde el marco Humanista, específicamente cómo esta terapia puede ayudar a tratar la autocrítica y a aumentar la autocompasión. El tipo de tratamiento fue seleccionado por el perfil de la paciente, quien podía ser beneficiaria de un tipo de terapia que prioriza el cuidado del vínculo terapéutico, el trabajo con el aquí y el ahora y la importancia de la conciencia y las emociones en el crecimiento terapéutico.

Siguiendo la teoría humanista formulada por Rogers sobre la tendencia a la actualización (Mosher et al. 2008; Rogers, 1966), D dispone como el resto de una

predisposición a la autorrealización, pero a raíz de sus experiencias vitales centradas en los sentimientos de insuficiencia y la condicionalidad de su valía personal y laboral, esta tendencia actualizante se ve mermada. Esto termina afectando negativamente en sus sentimientos de capacidad y en su autoconcepto.

Se cumplen con las condiciones terapéuticas propuestas por Rogers (1957), puesto que la terapeuta conserva en la base de todas las sesiones la aceptación incondicional de la paciente, la comprensión empática y la autenticidad. Estas condiciones se determinan como una de las claves del éxito de esta terapia puesto que se observa en la paciente un despliegue sistemático y en aumento de la confianza y la comodidad en las sesiones, sumadas a muestras de agradecimiento y de compromiso.

Siguiendo la teoría humanista desarrollada por Greenberg y Johnson y bautizada como Terapia Focalizada en la Emoción, la interacción entre terapeuta y paciente es clave para un crecimiento terapéutico. En el caso de D, la terapia se centra en facilitar la toma de conciencia por parte de la paciente poniendo el foco en las sensaciones internas para así bajar del plano racional y acercarnos al mundo emocional.

Se cumplen con las condiciones terapéuticas de la TFE, puesto que la terapeuta guía el proceso de atención emocional en la paciente mientras resuena con sus experiencias internas propias para así alcanzar un proceso de escucha y validación incondicional y genuina para con la paciente (Greenberg, 2021; Jódar y Caro, 2023).

Atendiendo a los objetivos que se plantean al principio de este documento, podemos confirmar que se han conseguido abordar todos ellos. A raíz de una terapia que pone en primer plano las emociones, siguiendo a Greenberg (2015/2021), se ha conseguido una mejora de la atención, expresión y regulación emocional en D.

A pesar de que los resultados en la escala de Inteligencia Emocional no eran pobres, la comprensión y la regulación de las propias emociones tenían un alto margen de mejora en la evaluación inicial. No solo las puntuaciones recogidas tras la intervención nos informan del alcance de esta mejora, sino que además se puede observar cualitativamente cómo D en las sesiones demuestra una reducción de la interferencia del plano racional en beneficio de un mayor insight y cuidado de sus emociones y las necesidades asociadas. Además, se observa también una regulación emocional más adaptativa, como en momentos donde algo no ha salido como ella esperaba, D no recurre

a la evitación experiencial, sino que puede convivir con sus emociones que, aunque puedan ser molestas, como la tristeza o el enfado, son adaptativas.

También se ha conseguido una disminución en la autocrítica basando el tratamiento de esta en la teoría de la autocrítica por parte de la TFE. Como defienden Greenberg y Elliot (Greenberg, 2011; Greenberg y Elliott. 2012), la crítica se construye por experiencias de vida y se guía por necesidades del individuo. En el caso de D, sus antecedentes incluyen varios episodios donde su valía y capacidad fueron puestos en tela de juicio, por lo que en el presente funciona desde el autofustigamiento como forma de alcanzar el éxito y así ganarse el respeto. Pero como ella misma admite en plena tarea de las dos sillas, es ella misma quien lidera esa voz de crítica y la dirige hacia sí misma con intención de herir. La TFE defiende la necesidad de suavizar la voz crítica frente a la voz del self para conseguir una mejora de los niveles de escisión autoevaluativa (Jódar y Caro, 2023). Por tanto, es imperante conseguir que la crítica de D empatee con el self y así poder dar paso a una negociación entre las partes.

Se consiguen estos resultados gracias al compromiso de D en la tarea, donde el self expresa sus necesidades nucleares (Greenberg y Elliott. 2012) y la crítica decide interrumpir el bloqueo que estaba ejerciendo sobre ellas (Shahar et al. 2012). Esto lleva a un desbloqueo en la relación consigo misma y en la toma de decisiones (Jódar y Caro, 2023).

Por otro lado, se cumple una de las hipótesis de la terapeuta al comenzar el proceso, y es que, tras un trabajo en la autocompasión y la conexión con las propias necesidades, D comparte que sus objetivos laborales son más flexibles y se perciben menos intimidantes. De hecho, ha comenzado a priorizar sus objetivos y necesidades personales sobre los laborales, puesto que no necesita tanto el éxito laboral como señal de una vida satisfactoria, válida y suficiente. Encajando con lo que plantea Neff sobre la autocompasión, D enfrenta sus errores o la posibilidad del fracaso con una respuesta de amabilidad y no juicio hacia sí misma (Neff, 2003a). Esto se ve respaldado por los resultados obtenidos en la escala de Autocompasión del propio Neff, con una mejora considerable en las subescalas de Autoamabilidad y Autojuicio.

Por último, podemos observar cómo la intervención ha tenido también un efecto en las otras variables evaluadas al principio y al final del tratamiento. Esta mejora global se interpreta desde un entendimiento de las diferentes variables como interrelacionadas y

también vinculadas al trabajo con la autocrítica y la autocompasión. Por ejemplo, poner el foco en las emociones en cada sesión, dar un espacio a poder sentir, identificar y comprender los estados emocionales de D en el momento, nos ha permitido una mejora de la regulación emocional (figura 7). Esta aproximación y cuidado de las emociones favorece una aceptación de los propios sentimientos junto con una disminución de la evitación experiencial (figura 6).

Estar más conectada con tus emociones y la aceptación de estas facilita un aumento de la escucha a tus necesidades y ser más paciente contigo misma. Estos aspectos están relacionados con la autocompasión (figura 1). Esto se suma a una reducción del nivel de perfeccionismo, puesto que aprendes a tolerar tus errores y a comprender tus límites (figura 3), lo que inevitablemente fomenta una mejor percepción de tus propias capacidades (figura 5) y facilita un desbloqueo frente a tus tareas, que probablemente no evolucionaban al estar sujetas a un perfeccionismo desadaptativo. A nivel global, esta interrelación de las variables también logra su efecto en la autoestima de la persona (figura 4), quien puede comenzar a visualizarse como más válida y capaz.

Respecto a las limitaciones de este estudio, la principal dificultad se ubica en el primer tramo del proceso terapéutico. En esta fase, el desarrollo del vínculo terapéutico fue adecuado, pero era lento en comparación con la última fase, puesto que la paciente necesitaba rodar con los terapeutas y en un momento llega a encontrarse en conflicto respecto a la dinámica terapéutica. D tiene la vivencia de que el coterapeuta no sigue el camino que marca la terapeuta y esto le hace preguntarse si el proceso será óptimo para ella. Esto coincide además con un comienzo de la profundización de las sesiones, lo que pudo haber despertado las defensas de la paciente. Por otro lado, la contratransferencia del terapeuta había aumentado considerablemente. Esto todo resulta en una situación complicada respecto a la alianza terapéutica, que decide resolverse con el coterapeuta retirándose del proceso. Esto es una limitación puesto que este bache pudo retrasar y obstaculizar el rodamiento del proceso. Además, es después de este cambio en el equipo terapéutico que D se muestra más abierta, confiada y receptiva con la terapeuta.

Por otro lado, se considera una limitación no haber desplegado con más tiempo y profundidad otros temas que han aparecido en sesión, como las inseguridades de la paciente respecto a su pareja y el futuro con ella. Esto está íntimamente relacionado con su concepto de las relaciones a raíz de lo observado en la relación de sus padres y los roles de género que cada uno representaba. Además, se observa durante el trabajo de la

autocrítica que algunas de las voces críticas tienen un claro origen en algunos de los familiares, por lo que sería terapéuticamente clave sentar a estas voces de familia en la silla crítica.

Es necesario con esta paciente tratar distendidamente sobre su familia en terapia, pero teniendo especial cuidado, paciencia y respeto puesto que D guarda mucho respeto a sus familiares y defiende que ellos lo hicieron lo mejor que pudieron. Al hablar sobre ellos tiene especial reparo en hacer comentarios que pudieran entenderse como quejas o reclamos. Esto mismo se propone como asunto importante a profundizar a través de la investigación clínica. Por ejemplo, ¿cómo se podría trabajar con una paciente cuyas voces críticas son claramente un miembro de la familia a la que se le tiene tal respeto o miedo que no se consigue colocar en una silla? ¿Qué ocurre si este trabajo con sillas no evoluciona porque no se puede conseguir este diálogo con un familiar?

11. Bibliografía

- Alemany, C. (Ed.) (2007). Manual práctico del Focusing de Gendlin. Bilbao/España: Desclée de Brouwer.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: from methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(3), 330–347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Barraca (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2004, 4, 3, pp. 505-515.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J.P., y Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Berking, M., y Whitley, B. (2014). Affect regulation training: *A practitioner's manual*. New York: Springer.

- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Pratt, E. M., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2013). The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 316-321.
- Bugental, J. F. T. (1964). The third force in psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/002216786400400102>
- Chang, E. C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications*. American Psychological Association.
- Cox, B. J., McPherson, P. S. R., Enns, M. W. y McWilliams, L.A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 105-114.
- Elliott, R., y Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241-254.
- Elliott, R., y Greenberg, L.S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. In A.J. Consoli, L.E. Beutler, & B Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed.) (pp. 106- 120). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495 538). New York: Wiley.
- Fekih-Romdhane, F., Sawma, T., Obeid, S., y Hallit, S. (2023). Self-critical perfectionism mediates the relationship between self-esteem and satisfaction with life in Lebanese university students. *BMC psychology*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01040-6>

- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, 8(4), 382-399.
- García-Campayo, J et al. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self- Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12: 4. doi: 10.1186/1477-7525-12-4
- Garro, P. A. (2019). La importancia del vínculo terapéutico, en la práctica del trabajo social y la terapia gestalt. *Ehquidad* (12), 79-126.
- Gendlin, E. (1967). Neurosis y naturaleza humana. En: C. Alemany (Ed.), *La psicoterapia experiencial y Focusing: la aportación de E.T. Gendlin* (p. 67). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.
- Gilbert, P., y 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*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L. y Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2483-2490.
- Goldman, R.N, y Greenberg, L.S. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: Co-constructing clinical maps for change. Washington: APA Books
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del

proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de psicoterapia*, 27(104), 23-45.

Greenberg, L. S. (1979). Resolving splits: Use of the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 316

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S. y Elliott, R. (2006). Terapia Focalizada En Las Emociones: Una Introducción. En A. Segrera, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* (pp. 113-119).

Greenberg, L. S., y Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic/experiential perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 85-101). Washington, DC: American Psychological Association.

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

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

Greenberg, L. S., y Goldman, R. N. (Eds.). (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). Washington, DC: American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrr6j.5>

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

Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in psychology*, 220. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>

- Kannan, D., y Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166.
- Kramer, U., y Pascual-Leone, A. (2016). The role of maladaptive anger in self-criticism: A quasi-experimental study on emotional processes. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(3), 311-333.
- López Cavada, C. (2020). Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción [Tesis Doctoral, Universidad Pontificia de Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/48374>
- Mayer y Salovey (1995) adaptada al idioma español por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004).
- Mearns, D. y Thorne, B. (2009). *Counseling Centrado en la Persona en Acción*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores-GAE.
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B. y Greenberg, L. S. (2008). *Assimilation of Two Critic Voices in a Centered Therapy for Depression*. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 7(1), 1-19. doi: 10.1080/14779757.2008.9688449
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>

- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana*. Ed. Soc. de Cultura Valle-Inclán. Los Libros del CTP. (Trabajo original publicado en 1951)
- Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1966). *Psicoterapia Centrada en el Cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Spanish Adaptation. Madrid, Spain: Biblioteca Nueva.
- Ruiz M., Palacios L. (2019). La coterapia, el contigo en el grupo. *Norte de Salud Mental*, 16(60), 13–20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099336>
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A., y González, M. P. (2012). Terapia Cognitiva, en: Ruiz, M.A., Díaz, M.I., y Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: DDB.
- Shahar, G. (2001). Personality, shame, and the breakdown of social bonds: The voice of quantitative depression research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(3), 228-239.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. New York: Oxford University Press.

- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., y Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 496-597.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., y Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency, and posttraumatic stress disorder among female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1231-1240.
- Stiegler, J. R. (2018). *Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention*. University of Bergen, Bergen, Norway.
- Stiegler, J. R., Molde, H., y Schanche, E. (2018). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 86-95.
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, 12(3), 278–290. <https://doi.org/10.1080/15298868.2012.667913>
- Thomas, M., y Bigatti, S. (2020). Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *International journal of medical education*, 11, 201.
- Thompson y Zuroff. (2004). Traducido por Carlos López-Cavada y Rafael Jódar Anchía. (2017).
- Timulak, L., y Keogh, D. (2019). Emotion-Focused Therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(9), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Whelton, W. J. y Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*, 38(7), 1583-1595.
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H., y Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., Patterson, B., y Kaslow, N. J. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: Mediating role of self-compassion. *Omega: Journal of Death and Dying*, 80(2), 202–223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>