

# TFM Guillermo Vega Ferradal

*por* Guillermo Vega Ferradal

---

ARCHIVO	97319_GUILLERMO_VEGA_FERRADAL_TFM_GUILLERMO_VEGA_FERRADAL_1651689_1612283623.PDF (513.56K)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 03:07P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11839
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321654040	SUMA DE CARACTERES	67374

Guillermo

Vega

Ferradal



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

# **EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL Y EL FOCO DEL TERAPEUTA EN LA DEPRESIÓN, LA AUTOCRÍTICA Y LA AUTOCOMPASIÓN**

Autor: Guillermo Vega Ferradal

Director Profesional: Rafael Jódar Anchía

Directora Metodológica: María Cortés Rodríguez

MADRID | MAYO 2020

**EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL Y EL FOCO DEL TERAPEUTA EN LA DEPRESIÓN, LA AUTOCRÍTICA Y LA AUTOCOMPASIÓN**



## Resumen

La autocrítica ha sido definida en la literatura como una dimensión de vulnerabilidad de la depresión, mientras que la autocompasión se ha considerado un factor protector respecto a estas dos variables. Este estudio examinó la relación entre el procesamiento emocional, específicamente, las categorías de autoevaluación negativa y las necesidades existenciales y el foco del terapeuta en la depresión, en la autocrítica y en la autocompasión. A los 19 participantes del estudio se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autocompasión (SCS), la Clasificación de Estados Afectivos Significativos (CAMS), la Escala de Formas de Autocriticarse y de Autoconsolarse (FSCRS) y el Sistema de Código del Foco del Terapeuta (SCFT). Mediante el análisis de Wilcoxon para muestras relacionadas se encontraron diferencias en las puntuaciones pre y post para las variables *cambio en depresión* ( $Z = -3.40$ ,  $p = .001$ ,  $r = .55$ ), *cambio en la dimensión de self odiado de la variable autocrítica* ( $Z = -2.05$ ,  $p < .01$ ,  $r = .33$ ) y *cambio en autocompasión* ( $Z = -3.15$ ,  $p < .01$ ,  $r = .51$ ). Dada la importancia de la autoevaluación negativa y las necesidades existenciales en el procesamiento emocional sería interesante una futura replicación de los resultados con una mayor muestra.

**Palabras clave:** Autocrítica, Depresión, Autocompasión, Procesamiento Emocional, Foco del Terapeuta.

## Abstract

Self-criticism has been defined as a vulnerability factor to depression, being self-compassion a protective one to both of these variables. This study examined the relation between the emotional processing, specifically, the categories of negative self-evaluation and existential needs and therapist's focus in depression, self-criticism and self-compassion. The 19 participants completed the Beck Depression Inventory (BDI), the Self-Compassion Scale (SCS), the Classifying affective-meaning states (CAMS) and the Coding System for Therapist Focus (CSTF). Wilcoxon's analysis for related samples revealed significant differences between pre and post scores in: *change in depression* ( $Z = -3.40$ ,  $p = .001$ ,  $r = .55$ ), *change in the self-critic's dimension of hated self* ( $Z = -2.05$ ,  $p < .01$ ,  $r = .33$ ) and *change in self-compassion* ( $Z = -3.15$ ,  $p < .01$ ,  $r = .51$ ). Given the relevance found of the negative self-evaluation and existential needs in the emotional processing it would be interesting a future replication of the results with a larger sample.

**Key words:** Self-criticism, Depression, Self-compassion, Emotional Processing, Therapist's Focus.

## 1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la depresión es un *“trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*.

La depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2018). Esta enfermedad presenta una alta prevalencia en toda la población, siendo su grado de afectación de más de 300 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2018), de las cuales el 75% no obtiene un tratamiento efectivo (OMS, 2016). Más concretamente y centrándonos en Europa, Alemania, con 4 millones de personas, lidera la lista de países concernidos por esta enfermedad, seguida de Italia con más de 3 millones. España se sitúa en el cuarto lugar, con más de 2 millones de personas (médicosypacientes.com, 2018). De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), se constata una mayor prevalencia en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). En Estados Unidos esta condición afecta aproximadamente a 15 millones de individuos en 2015, encontrándose un 4,8 % de afectados hombres y un 8,2% mujeres (*Center for Behavioral Health Statistics and Quality*, 2015).

La depresión clínicamente relevante afecta a nivel personal, familiar, social y económico. En primer lugar, se estima que las personas que padecen enfermedades mentales constituyen entre el 3-4% del PIB de la UE. Los motivos por los cuales se produce tal hecho son, por una parte, la pérdida de productividad globalizada al posicionarse como un factor determinante para la jubilación temprana, y por otra parte el cobro de pensiones por discapacidad (OMS, 2016; Quintana Calderón, 2017). En segundo lugar, aproximadamente el 43% de pacientes diagnosticados con depresión severa en los Estados Unidos presenta grandes dificultades para llevar a cabo actividades laborales y cotidianas (OMS, 2018). En tercer lugar, este trastorno mental está también relacionado con un acusado descenso en la productividad de 5,6 horas por semana, lo que supone una pérdida de 40 billones de dólares al año (Stewart, Ricci, Chee, Hahn y Morganstein, 2003). Por último, queremos resaltar el riesgo de suicidio en un número relevante de casos de depresión, tanto diagnosticada como no detectada y tratada por los servicios sanitarios. Según la OMS (2019), cada año aproximadamente 800.000 personas en todo el mundo se suicidan y aún más personas lo intentan. Cada acto de suicidio supone

significativas consecuencias familiares y sociales. Datos de 2016 sitúan la depresión como segunda causa de muerte en edades entre 15 y 29 años (OMS, 2019).

Aunque la etiopatogénesis de este trastorno no esté del todo comprendida (Ménard, Hodes y Russo, 2016), uno de los modelos aún vigentes para explicar el origen de la depresión es el de vulnerabilidad-estrés (Beck, 1967). Este modelo reconoce la interacción de uno o varios factores de predisposición, bien sea de tipo ambiental (Lopizzo et al. 2015), genético (Otte et al. 2016), bioquímico (Sullivan et al. 2009), por alteraciones estructurales cerebrales (Bromis et al. 2018; Schmaal et al. 2017), endocrinológicos (Schatzberg, 2015) o psicológicos (Beck, 1967; Beck et al. 1979), en interacción con acontecimientos vitales estresantes.

La autocrítica está descrita en la literatura como una dimensión de vulnerabilidad depresiva o como un componente de la depresión (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Irons, 2004; Bagby, Segal, Joffe y Lefitt, 2000; Shahar, 2001; Whelton y Greenberg, 2005). La teoría de las polaridades de personalidad de Blatt (2004) y Blatt, D'Afflitti y Quinlan (1976), sugiere que la autocrítica es una de las polaridades de personalidad, siendo la segunda la dependencia, la cual predispone a las personas para la depresión (Blatt y Zuroff, 1992). Específicamente, la dimensión de la autocrítica de self odiado  $r_s = .29$ ,  $p < .05$ ., en comparación con las otras dos dimensiones que componen esta variable (self inadecuado  $r_s = .08$ ,  $p < .05$  y self reafirmante  $r_s = -.27$ ,  $p < .05$ ) (Gilbert et al. 2004). Por ejemplo, en comparación con un grupo control, la autocrítica era más alta tanto en aquellas personas atravesando un estado depresivo como en aquellas en las que había remitido los síntomas (Ehret, Joormann y Berking, 2015). Se ha encontrado que madres con depresión post-parto también muestran niveles más altos de autocrítica (Vliegen y Luyten, 2009).

La autocrítica implica el juicio y la evaluación de uno mismo de manera severa y punitiva (Shahar et al. 2012). Las personas autocríticas tienden a ser más sensibles a la desaprobación o crítica de los demás, siendo altamente competitivas y enjuiciadoras con relación a ellas mismas y a los demás (Blatt, D'Afflitti y Quinlan, 1976).

Esta variable está considerada un predictor transdiagnóstico con numerosos trastornos mentales (Trompetter et al. 2016), tales como el trastorno por estrés

postraumático (Sharhabani-Arzy, Amir y Swisa, 2005; Cox et al. 2004), en los comportamientos autolíticos (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto y Nock, 2007), en el trastorno bipolar (Francis-Raniere, Alloy y Abramson, 2006) o en la fobia social (Iancu, Bonder y Ben- Zion, 2015).

La crítica hacia uno mismo es frecuente encontrarla asociada a la autocompasión. Según la psicología positiva (Csikszentmihalyi y Seligman, 2000), es importante el estudio de factores protectores que puedan aliviar el impacto de una personalidad autocrítica en el desarrollo de síntomas depresivos (Zhang et al. 2019). Se han encontrado evidencias de que la autocompasión se asocia a un funcionamiento psicológico positivo y de buenos resultados terapéuticos (Neff, Rude y Kirkpatrick, 2007; Terry, Leary y Mehta, 2013). Más específicamente, los resultados de la investigación de Zhang et al. (2019) muestran apoyo empírico de cómo la autocompasión modera la relación entre la autocrítica y los síntomas depresivos en una muestra de población afroamericana. Ahora bien, la autocompasión es un constructo relativamente nuevo en el campo de la psicología de la personalidad (Gilbert, 2009; 2010a; b). Neff (2003a) describe la autocompasión como “*estar abierto al sufrimiento de uno mismo, experimentar sentimientos de amabilidad y cariño hacia uno mismo, llevar a cabo una actitud de entendimiento, no enjuiciadora, hacia los fracasos de uno mismo, y reconocer que lo que experimenta uno es parte de la experiencia humana común*”. De acuerdo a Neff (2003 a; b), la autocompasión puede ser dividida en tres componentes interrelacionados: amabilidad hacia uno mismo (la tendencia a tratarse a uno mismo con cariño y entendimiento en vez de tener una visión crítica de uno mismo), un sentido de humanidad compartida (habilidad para reconocer que todos los humanos fallan en ocasiones, en vez de ser apartado de los demás por los fallos propios) y *mindfulness* (ser consciente de las experiencias en el momento presente de una manera equilibrada en lugar de sobre-identificarse con las emociones personales).

Determinados estudios sugieren que la autocompasión está estrechamente relacionada con el bienestar psicológico y está considerado un factor potencialmente protector que promueve la resiliencia emocional (Lomas y Ivztan, 2016). En particular, la investigación sugiere de manera robusta la asociación entre la autocompasión y menores niveles en depresión y ansiedad (Neff, 2003a; Neff, Rude y Kirkpatrick, 2007). Así, puntuaciones altas en la Escala de Autocompasión (*Self-Compassion Scale*, SCS;

Neff, 2003b) son consistentes con puntuaciones bajas en distintos tipos de depresión o ansiedad medidas por escalas de automedida (Neff, 2003b).

A la hora de hablar de tratamientos, la relevancia de contrarrestar la autocrítica es clara, debido a su correlación positiva con la psicopatología (Walker y Colosimo, 2011). Así, se han empleado técnicas como la autocompasión imaginaria, el *mindfulness* basado en la reducción del estrés y el autoconsuelo derivado del diálogo interno o del trabajo de las dos sillas (Sutherland, Peräkylä y Elliott, 2014). Numerosos estudios han demostrado la efectividad de estas técnicas (Kelly, Zuroff y Shapira, 2009; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone y Davidson, 2008; Neff, Kirkpatrick y Rude, 2007).

En la misma línea, y centrándonos en el Entrenamiento de la Mente Compasiva (*Compassionate Mind Training*, EMC), se asume que hay “dos vías” en nuestro cerebro, la del juicio y la de la amabilidad con uno mismo, inhibiéndose de manera bidireccional (Gilbert y Irons, 2004). Siguiendo este planteamiento, por medio del aumento de la autocompasión, es decir, la vía de la amabilidad con uno mismo; el juicio a uno mismo, que probablemente contenga la característica de la autocrítica, se verá inhibido. No solo será inhibida esta vía, sino que el juicio será examinado para su entendimiento (Barnard y Curry, 2011). Ayudar a las personas a que reconozcan el impacto negativo que tiene la voz autocrítica, por ejemplo, la que contribuye a la depresión, permite a los pacientes ver la relevancia que tiene practicar una mentalidad autocompasiva, promoviendo así el bienestar psicológico (Barnard y Curry, 2011). Un apoyo más extenso a la idea de que la autocrítica disminuye por medio del entrenamiento de la autocompasión viene de un estudio llevado a cabo por Gilbert y Procter (2006), en el cual se usa el EMC para tratar a pacientes con altas puntuaciones en vergüenza y autocrítica. Los resultados mostraron como los participantes presentaron una disminución en sintomatología depresiva, vergüenza y autocrítica, al mismo tiempo que incrementaron su habilidad para consolarse y reafirmarse a sí mismos.

Anteriormente se han mencionado posibles técnicas y tratamientos para aumentar la autocompasión y, por consiguiente, disminuir la autocrítica. No obstante, un gran número de teorías e investigaciones sitúan a las emociones en el epicentro, a la hora de explicar la etiología y el alivio de las dificultades psicológicas (Castonguay y Hill, 2012;

Foa y Kozak, 1986; Greenberg, 2015; Greenberg, 2010; Greenberg y Safran, 1987; Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau y Perlman, 2005).

Un modelo psicoterapéutico que ha descrito el procesamiento emocional como un mecanismo nuclear que guía, de forma determinada, la manera en la que una persona funciona en su mundo (Greenberg, 2011), es la Terapia Focalizada en las Emociones (*Emotion-Focused Therapy*, TFE; Greenberg, Rice y Elliott, 1993). Dicha terapia cuenta con un amplio apoyo empírico para su uso en el tratamiento de la depresión (Goldman, Greenberg y Angus, 2006; Greenberg y Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos y Steckley, 2003). La TFE sugiere que es el acceso y la profundización en la habilidad de procesar emocionalmente lo que les permite satisfacer adaptativamente sus necesidades (Greenberg y Watson, 2006). El concepto de procesamiento emocional se refiere a cómo el individuo accede y es consciente de su experiencia emocional, aceptándola, dándole un significado y transformando las emociones desadaptativas con adaptativas (Dillon, Timulak y Greenberg, 2016). Gran parte de este procesamiento se lleva a cabo por medio del trabajo con las sillas (Greenberg y Paivio, 1997). El objetivo de éstas es procesar y resolver emociones angustiosas relacionadas con la autocrítica (Stiegler, 2018a). Este tipo de intervención evoca la emoción y aporta una estructura para expresarla, darle un sentido y transformarla ya que previamente podría encontrarse inhibida, inconsciente o ser demasiado dolorosa para atenderla (Stiegler, 2018b). Todo ello por medio de un diálogo imaginario entre el self crítico y el self criticado (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Desde que previas investigaciones demostraron la relación existente entre el nivel de efectividad del procesamiento emocional y el resultado terapéutico (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, y Freire, 2013; Missirlan, Toukmanian, Warwar y Greenberg, 2005; Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003; Pos, Greenberg y Warwar, 2009), un área relativamente nueva de investigación de la TFE intenta verificar la secuencia y el proceso exacto de interacción entre varios estados emocionales que producen cambios en sesión y de qué manera éstos están relacionados con un cambio terapéutico al final del curso de la terapia (Dillon, Timulak y Greenberg, 2016).

Greenberg y Paivio (1997) desarrollaron un modelo de procesamiento emocional que describe el proceso de transformación emocional desadaptativo (miedo o vergüenza)



en adaptativo (enfado asertivo, pena o dolor). Pascual-Leone y Greenberg (2005; 2007) llevaron a cabo una versión del modelo mencionado anteriormente, desarrollando la Clasificación de Estados Afectivos Significativos (*Classifying affective-meaning states*, CAMS; Pascual-Leone y Greenberg, 2005) que permite evaluar los componentes del mismo de manera secuencial.

El modelo secuencial de procesamiento emocional (Pascual-Leone y Greenberg, 2007) comienza por estados emocionales secundarios indiferenciados, con un gran *arousal* y pobremente integrados, expresándose con mayor frecuencia en las sesiones iniciales del tratamiento (Chois, Pos y Magnuson, 2016; Greenberg, 2002; McNally et al. 2014; Pascual-Leone y Greenberg, 2007; Wang y Pos, 2014), para posteriormente acceder a procesos emocionales primarios de profunda aceptación y voluntad. Los primeros componentes del modelo pueden ser descritos como expresiones tempranas de distrés (p.ej. distrés global, miedo, vergüenza y enfado rechazante) que incluyen tanto emociones secundarias como primarias desadaptativas. A medida que avanzamos en el modelo, los componentes corresponden a estados avanzados que conllevan significado (p.ej. duelo, dolor, enfado asertivo, autocompasión) describiendo emociones primarias y adaptativas.

El paso intermedio es relevante en el proceso (Greenberg y Paivio, 1997). El modelo resalta que la emoción desadaptativa en forma de vergüenza o miedo implica tanto una “necesidad existencial no satisfecha” (p.ej. de cercanía, entendimiento, respeto o independencia) como una “autoevaluación negativa” (p.ej. una creencia nuclear disfuncional sobre el propio self). Estos dos aspectos de la experiencia están en conflicto directo suponiendo una contradicción dialéctica, siendo éste el punto por el cual se trabaja el proceso de la autocrítica de un cliente (p.ej. relacionado con la vergüenza, la depresión, la baja autoestima o la ansiedad) (Pascual-Leone, 2018).

Mientras que todas las emociones adaptativas envuelven una necesidad nuclear (no satisfecha), las emociones desadaptativas se distinguen conceptualmente por el hecho de que envuelven tanto una necesidad no satisfecha como una autoevaluación negativa nuclear. Es por ello por lo que los individuos que elaboran la vergüenza, el miedo o el enfado rechazante desadaptativo llevan a cabo una síntesis de su autoevaluación negativa con una necesidad existencial ambas elaboradas por medio de la exploración de la experiencia desadaptativa (Pascual-Leone, 2018).

Identificar y simbolizar una necesidad nuclear no satisfecha y resolver la consiguiente contradicción, da lugar a una nueva experiencia emocional que lleva al cliente a una sensación de “self como merecedor” y le moviliza para atender directamente sus necesidades insatisfechas. Este paso del proceso supone estados afectivos avanzados en forma de emociones primarias y adaptativas (Pascual-Leone, 2018).

Dado que expresar lo que uno necesita es entendido como un proceso nuclear en psicoterapia, en particular en la TFE (Pascual-Leone, 2009; Pascual-Leone y Paivio, 2013), en esta investigación se abordará este aspecto junto a la autoevaluación negativa y su relación con el resultado terapéutico.

Cabe destacar cómo una serie de estudios evidencian la efectividad del modelo secuencial de procesamiento emocional permitiendo llevar a cabo una adecuada descripción de los procesos que atraviesan los pacientes a lo largo del tratamiento (Keogh et al. 2011; McNally et al. 2014). En el estudio llevado a cabo por Choi, Pos y Magnusson (2016) utilizaron el CAMS para investigar los cambios de los estados emocionales de la depresión autocrítica, encontrando que las secuencias más comunes de aquellas personas con un cambio terapéutico más significativo en lo referente a la autocrítica fueron en primer lugar, la expresión de dolor/pena y de sus necesidades seguido de un enfado asertivo. En segundo lugar, se expresó un distrés global inicial seguido de expresiones recurrentes de miedo/ vergüenza y de las necesidades. Por último, la tercera secuencia más repetida consistió en expresiones recurrentes iniciales de emociones primarias adaptativas, seguidas de una secuencia de expresiones de emociones adaptativas y de las necesidades y de expresiones de emociones primarias desadaptativas, concluyendo con emociones primarias adaptativas y de necesidades. Por el contrario, aquellos individuos que no presentaron una disminución de la autocrítica expresaron de manera alterna enfado rechazante y distrés global y de enfado rechazante y miedo/ vergüenza, ambas en ausencia de la expresión de las necesidades. Queda reflejada la relevancia de la expresión de necesidades en la disminución de la autocrítica y por consiguiente de la depresión. En la misma línea, McMains, Goldman y Greenberg (1996) en el contexto de la TFE para resolver dificultades interpersonales de larga duración, encontraron en la narrativa de los pacientes que la expresión de necesidades existenciales predecía mejor el cambio terapéutico en comparación con aquello que desarrollaban una nueva visión del otro. De la misma manera, Dillon, Timulak y Greenberg (2016) en un estudio de caso único,

encontraron que a la vez que se incrementaba la habilidad de la paciente para estar con su dolor emocional nuclear, incrementaba la expresión de necesidades. Por otro lado, la voz interna de la autocrítica se “introyecta”, lo cual quiere decir que una voz externa del self se ha internalizado durante el proceso de desarrollo social, más específicamente, en las interacciones tempranas con las figuras parentales (Perls, Hefferline y Goodman, 1951 citado en Whelton y Greenberg, 2005; Greenberg, 1984 citado en Whelton y Greenberg, 2005; Blatt y Homann, 1992 citado en Whelton y Greenberg, 2005). Whelton y Greenberg (2005) añaden al entendimiento de este proceso la idea de que no solo se internaliza el contenido crítico sino también el afecto negativo de desprecio y repulsión. Por último, Khayyat-Abuaita (2015) observó cómo al final del tratamiento, las narrativas de los traumas incluían un mayor número tanto de emociones primarias adaptativas como de necesidades existenciales en comparación con el principio del tratamiento.

Finalmente, se ha visto demostrado que el CAMS permite describir los estados afectivos significativos del paciente. Aun así, se ha de tener en cuenta la conceptualización del terapeuta, traducida en dónde pone el foco a lo largo de la sesión. Para ello se hace uso del Sistema de Código del Foco del Terapeuta (*Coding System for Therapist Focus, CSTF*; Goldfried, Newman y Hayes, 1989), permitiéndonos hacer un análisis del proceso terapéutico por medio de las intervenciones en un lenguaje teóricamente neutral (Wolfe y Goldfried, 1988). Este análisis se lleva a cabo a partir de las transcripciones de las sesiones en las cuales se codifica las siguientes categorías.: (a) los componentes del funcionamiento del cliente (p.ej., las emociones, los pensamientos y las acciones), (b) cualquier conexión que se establezca, ya sea interpersonal o intrapersonal, (c) intervenciones generales (p.ej., de apoyo), (d) las personas donde se pone el foco de la intervención o (e) el marco temporal del foco del terapeuta (p.ej., pasado o futuro) (Goldfried, Raue y Castonguay, 1998).

Este sistema de codificación se ha usado en numerosos estudios (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue y Hayes, 1996; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldsamt, Goldfried, Hayes y Kerr, 1992; Hayes, Castonguay y Goldfried, 1996; Samoilov, Goldfried y Shapiro, 2000), aunque, hasta la fecha, no se ha empleado en ninguno dentro del marco de conceptualización de la TFE. Desde este enfoque, el ambiente terapéutico juega un importante papel para activar de manera productiva las emociones de los pacientes (Greenberg, 2014). El terapeuta se muestra presente,

aceptando incondicionalmente, empático, genuino (Rogers, 1957 citado en Pos y Greenberg, 2007; Greenberg y Watson, 2006 citado en Pos y Greenberg, 2007) en constante sintonización empática con los afectos y los significados de los clientes (Pos y Greenberg, 2007), proporcionando tanto respuestas vivenciales (Elliott et al. 2004) como un sentimiento de acompañamiento, de contacto humano y de seguridad (Pos y Greenberg, 2007). De acuerdo con estos hallazgos se espera que el terapeuta ponga el foco en las emociones, produciendo una mayor efectividad en el rendimiento en las tareas terapéuticas, traducidas en un cambio en la depresión, en la dimensión de self odiado de la autocrítica y en la autocompasión.

Por todo ello el presente estudio tiene como objetivo, por un lado, analizar si el cambio en las variables dependientes ha sido relevante, investigar la relación entre el procesamiento emocional y el cambio en depresión, en autocrítica y en autocompasión y por último, examinar si el procesamiento emocional y el foco de respuestas del terapeuta predice el cambio en autocompasión y depresión. En relación a estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

- Hay un cambio relevante en depresión, en la dimensión de self odiado de la autocrítica y en autocompasión.
- Hay una asociación positiva entre la frecuencia de necesidades y frecuencia de autoevaluación negativa.
- La frecuencia de la expresión de necesidades tendrá una correlación negativa con el cambio en depresión y el cambio en la dimensión del self odiado de la variable autocrítica y una correlación positiva con el cambio en autocompasión.
- La frecuencia de la expresión de autoevaluación negativa tendrá una asociación positiva con el cambio en depresión y el cambio en la dimensión del self odiado de la variable autocrítica y una correlación negativa con el cambio en autocompasión.
- La frecuencia en el foco del terapeuta en la emoción y la frecuencia de expresión de necesidades predice un cambio en depresión.

El propósito final, fruto de investigaciones posteriores, sería llevar a cabo entrenamientos específicos en los terapeutas para favorecer aquellas categorías que suponen un buen resultado terapéutico.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

**Pacientes:** Un total de 19 pacientes formaron parte de este estudio (N=19), de los cuales un 68.4% fueron mujeres y un 31.6% fueron varones. El rango de edad de la muestra se distingue entre los 18 y 55 años (M=37.57, DT=12.07). Estando ésta dividida en cuatro grupos de edad. El grupo más numeroso integra a los participantes entre 18 y 23 años (40.12%). El segundo grupo está formado por aquellos entre 34 y 38 años (13.64%) y el tercer y cuarto grupo incluye al mismo número de participantes con diferentes rangos de edad, entre 44 y 48 (9.09%) y entre 54 y 58 (9.09%), respectivamente.

**Terapeutas:** 7 terapeutas distintos llevan a cabo las intervenciones. Todos cuentan con una experiencia clínica de entre 3 y 20 años, añadiendo la formación y supervisión en determinados niveles en Terapia Focalizada en la Emoción. Dicha formación se complementa con el entrenamiento en otros tipos de terapia como el Counselling, Terapia Gestalt, Terapia Centrada en la Persona, Psicodinámica de Grupo e Individual (en el Instituto de Interacción), Focusing, Terapia Cognitiva, Análisis Transaccional, Eneagrama o Psicodrama para grupos e individual en la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama (EPyP). Por último, cuentan con Másteres en diversos campos, tales como, en Terapia Focalizada en la Emoción para parejas, en Psicoterapia Constructivista, General Sanitario, de Terapia Humanista y terapia focalizada en la emoción de la Universidad de Comillas y de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid.

### 2.2. Tratamiento

La Terapia Focalizada en las Emociones (TFE) integra la Terapia centrada en el paciente y la terapia Gestalt basándose en el marco teórico de las emociones. En las tres primeras sesiones de la TFE, los terapeutas proporcionan exclusivamente una relación terapéutica facilitadora centrada en el cliente. A partir de estas sesiones, los terapeutas dirigen el proceso por medio de seis intervenciones diseñadas para resolver marcadores específicos de problemas en el procesamiento emocional. Estas intervenciones incluyen: el trabajo de dos sillas para los conflictos internos (incluyendo la autocrítica); la silla vacía para los asuntos no resueltos con un otro significativo; afirmaciones empáticas para las vulnerabilidades; auto-consuelo para el estrés; intervenciones evocadoras para las reacciones problemáticas; y focusing para los sentimientos poco clarificados.

### **2.3. Instrumentos de medida**

- **Inventario de Depresión de Beck**

Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, (BDI); Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) es un instrumento de medida que consta de 21 ítems, cada uno de ellos con cuatro opciones, diseñado para evaluar la severidad de la depresión por medio de las actitudes características y los síntomas (rango= 0-63). Para la población española la fiabilidad del test fue alta. Se midió mediante el Alpha de Cronbach, siendo los resultados de 0,83 (Sanz y Vázquez, 1998).

- **Escala de Autocompasión**

Escala de Autocompasión (*Self-Compassion Scale*, SCS; Neff, 2003b). La mayoría de los estudios utilizan como instrumento de medida la Escala de Autocompasión (Neff, 2003b). Este cuestionario consta de 26 ítems y fue desarrollado en base a la definición de Neff (2003a) previamente descrita. Cada uno de los tres elementos, “amabilidad hacia uno mismo”, “humanidad común” y “*mindfulness*”, se miden con ítems formulados tanto positiva como negativamente.

En el estudio original de Neff (Neff, 2003b), se demostró que dichos ítems formaban diferentes factores en vez de uno único: auto-amabilidad vs autojuicio, humanidad común vs aislamiento y *mindfulness* vs sobreidentificación. Las respuestas se midieron en una escala del 1-5, siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”. Las medias se calcularon para cada subescala y una media general se calcula para medir la dimensión total de autocompasión (Neff y Gremer, 2017). La fiabilidad del test se midió mediante el Alpha de Cronbach global, siendo este de .87, con rango de .72 a .79 para las diferentes subescalas.

- **Clasificación de Estados Afectivos Significativos**

Clasificación de Estados Afectivos Significativos (*Classifying affective-meaning states*, CAMS; Pascual-Leone y Greenberg, 2005) La clasificación de estados afectivos significativos es una medida para la observación sistemática de la emoción y de los estados afectivos. Este instrumento se usa para monitorizar estados emocionales discretos y específicos que son únicos en el modelo de Pascual-Leone and Greenberg (2007). Incluye nueve categorías: distrés global, miedo/vergüenza, enfado rechazante, necesidad, evaluación negativa de uno mismo, enfado protector, auto-consuelo, pena/dolor y

aceptación y voluntad. De la Traba (en preparación) reseñó un alto coeficiente de fiabilidad interjueces para esta medida, en concreto de .86.

- **Escala de Formas de Autocriticarse y de Autoconsolarse**

Escala de Formas de Autocriticarse y de Autoconsolarse (*Forms of Self-criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale*, FSCRS; Gilbert et al. 2004) Se trata de un instrumento de 22 ítems, desarrollado para determinar el nivel de autocrítica y la habilidad de auto-consuelo cuando uno se enfrenta a contratiempos o fracasos. Se utilizó la versión adaptada (López-Cavada et al. 2020) en la que los participantes usan una escala de 5 puntos para puntuar hasta qué punto una serie de declaraciones son ciertas sobre ellos (1 = nada parecido a mí; 5 = extremadamente como yo). Permite medir los siguientes tres factores: (i) self inadecuado (*inadequate-self*, IS), el cual se centra en sentimientos de inadecuación personal; (ii) self odiado (*hated-self*, HS) mide el deseo de hacerse daño o castigarse a uno mismo; (iii) self reafirmante (*reassured-self*, RS), es la habilidad para consolar y apoyar al self. El estudio original (Gilbert et al. 2004) presenta una alfa de Cronbach de .90 para IS y de .86 tanto para HS como para RS. Para la muestra española, el alfa de Cronbach fue de .88 para RS, .88 para IS y .71 para HS (López-Cavada et al. 2020).

- **Sistema de Código del Foco del Terapeuta**

Sistema de Código del Foco del Terapeuta (*Coding System for Therapist Focus*, *CSTF*; Goldfried, Newman y Hayes, 1989). Concretamente se utilizó la versión revisada de Elliot y Greenberg (2007) para codificar las intervenciones de los terapeutas. Las declaraciones de los pacientes fueron utilizadas para aportar información contextual pero no fueron codificadas. EL SCFT se divide en diferentes apartados: El foco del terapeuta en (a) emociones, (b) necesidad/deseo, (c) sensación fisiológica asociada a una respuesta emocional, (d) tendencia a la acción asociada a una respuesta emocional, (e) pensamiento general, (f) autoevaluación, (g) expectativa, (h) intención, (i) comportamiento, (j) situación, (k) otros, (l) conexión intrapersonal, (m) conexión interpersonal y (n) inespecífico. Para la utilización de este instrumento se establece un marco de tiempo estandarizado, el cual en este estudio se codificará en segmentos de 30 segundos. En el estudio de Canstonguay et al. (1996) este instrumento presenta una correlación intraclass de .74.

#### **2.4. Procedimiento**

**Selección de sesiones.** Las 12 sesiones del proceso terapéutico de cada paciente fueron grabadas para la posterior transcripción y codificación de los diferentes instrumentos de medida. Para cada proceso terapéutico se tomaron medidas pre y post mediante los cuestionarios BDI-II, SCS y FSCRS. Posteriormente, para llevar a cabo el análisis con el CAMS, dos sesiones fueron seleccionadas basándonos en el criterio de presencia de la tarea del trabajo con las dos sillas para la autocrítica o de la silla vacía para asuntos no resueltos. Por otro lado, para la codificación de las variables por medio del SCFT se llevaron a cabo en la primera sesión de los procesos terapéuticos.

**Jueces y entrenamiento.** Dos personas clasificaron el proceso utilizando tanto el CAMS como el SCFT como instrumento de medida. Los dos clasificadores son estudiantes de Máster que recibieron formación específica para el uso de cada instrumento.

- **Entrenamiento y codificación del CAMS:**

El entrenamiento consistió en una fase inicial de horas presenciales para la familiarización del instrumento por medio de la revisión de los manuales de los autores, junto con horas de trabajo personal en las que se siguió profundizando en dichos instrumentos. En la segunda fase se llevó a cabo la visualización de ejemplos de previas codificaciones junto a la persona encargada de la formación. Para terminar, en la última fase se llevó a cabo la puesta en práctica de los manuales por medio de la visualización de vídeos que no formaban parte de la propia investigación. En definitiva, se llevaron a cabo dos formaciones de dos horas cada una.

Procedimiento de codificación de los estados afectivos significativos: Este estudio únicamente llevó a cabo la codificación de la presencia y frecuencia de dos de las nueve categorías del CAMS que presenta el modelo de procesamiento de Pascual-Leone y Greenberg (2005; 2007). Las codificaciones de ambas categorías se llevaron a cabo cada minuto de la sesión. Ninguno de los clasificadores sabía las clasificaciones del otro. La fiabilidad interjueces de Kappa de Cohen fue de .828 para la *frecuencia de expresión de autoevaluación negativa* y de .776 para la *frecuencia de expresión de necesidades*.



- **Entrenamiento y codificación del SCFT:**

El entrenamiento consistió en una fase inicial de horas presenciales para la familiarización del instrumento por medio de la revisión de los manuales de los autores, junto con horas de trabajo personal en las que se siguió profundizando en dichos instrumentos. En la segunda fase y última fase, se llevó a cabo la puesta en práctica de los manuales por medio de la visualización de vídeos que no formaban parte de la propia investigación. Al mismo tiempo, se llevaron a cabo acuerdos (ANEXO 1) entre los jueces y la persona encargada de la formación, con el objetivo de recopilar la muestra con la mayor objetividad posible (ANEXO 2). En definitiva, se llevaron a cabo una formación que consistió en tres días, con una duración de una hora y media, dos horas en la Unidad de Intervención Psicosocial de la Universidad Pontificia de Comillas (UNIPSI). La fiabilidad interjueces de Kappa de Cohen fue de .786 para la *frecuencia foco de respuestas en emoción*, de .808 para *frecuencia de foco respuestas en autoevaluación negativa* y de .761 para la *frecuencia foco de respuestas en otros* .

Procedimiento de la codificación del foco de respuestas del terapeuta: Este estudio llevó a cabo la codificación de presencia y frecuencia de todas las categorías que presenta el SCFT. En este caso las codificaciones se llevaron a cabo cada 30 segundos. Ninguno de los clasificadores sabía las clasificaciones del otro.

## **2.5. Análisis de datos**

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente utilizando la versión 26 del programa estadístico SPSS (IBM).

En primer lugar, se utilizaron estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra. Para las variables cualitativas se utilizó frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas la mediana y el rango (Tabla 1) debido a que se trata de un estudio de menos de cincuenta sujetos.

Al tratarse de un estudio con un tamaño muestral reducido el primer análisis que se llevó a cabo fue por medio de pruebas no paramétricas ya que éstas no exigen el cumplimiento del supuesto de normalidad.

En segundo lugar, se llevó cabo, para muestras relacionadas, la prueba no paramétrica de Wilcoxon permitiendo conocer la relevancia del cambio de las variables dependientes.

En la misma línea, para comprobar las hipótesis relacionales de las variables cuantitativas tanto independientes como dependientes, se empleó la correlación de Spearman.

Por último, se efectuó un análisis de regresión múltiple para comprobar si la frecuencia en el foco del terapeuta en la emoción y la frecuencia de expresión de necesidades predice el cambio en depresión.

### 3. Resultados

Los estadísticos descriptivos relevantes para el estudio fueron incluidos en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Estadísticos descriptivos*

		Frecuencia	%	Me	R
<b>Sexo</b>	<b>Hombres</b>	6	31.6		
	<b>Mujeres</b>	13	68.4		
<b>Cambio BDI</b>				-11.00	32.00
<b>Cambio HS</b>				.00	13.00
<b>Cambio AC</b>				.60	2.90
<b>Frec Emoc.</b>				.27	.21
<b>Frec Aut.Negat.</b>				.50	5.50
<b>Frec. Neces.</b>				1	3.25

*Nota. Cambio BDI: Cambio en depresión; Cambio HS: Cambio en self odiado; Cambio AC: Cambio en autocompasión; Frec Emoc: Frecuencia foco de respuestas en emoción; Frec.Aut.Negat: Frecuencia de expresión de autoevaluación negativa; Frec. Neces: Frecuencia de expresión de necesidades.*

El análisis de Wilcoxon para muestras relacionadas mostró diferencias entre las puntuaciones pre y post de las variables dependientes. Se encontró un tamaño del efecto grande en el *cambio en depresión* ( $Z = -3.40$ ,  $p = .001$ ,  $r = .55$ ), un tamaño medio en la

*dimensión de self odiado de la variable autocrítica* ( $Z = -2.05, p < .01, r = .33$ ) y un tamaño del grande en el *cambio en autocompasión* ( $Z = -3.15, p < .01, r = .51$ ).

Adicionalmente, se encontró una relación positiva entre la *frecuencia de expresión de necesidades* y la *frecuencia de expresión de autoevaluación negativa*  $r_s(17) = .5, p > .05$ . El nivel crítico bilateral era superior a 0,05 por lo que se concluyó que la relación encontrada no era estadísticamente significativa. También, se encontró una relación negativa entre la *frecuencia de expresión de necesidades* y el *cambio en depresión*  $r_s(17) = -.15, p > .05$  y el *cambio en la dimensión de self odiado de la variable autocrítica*  $r_s(17) = -.30, p > .05$  y una relación positiva con el *cambio en autocompasión*  $r_s(17) = .24, p > .05$ . El nivel crítico bilateral era superior a 0,05 por lo que se concluyó que las relaciones encontradas no eran estadísticamente significativas. En la misma línea, se encontró una relación positiva entre la *frecuencia de expresión de autoevaluación negativa* y el *cambio en depresión*  $r_s(17) = .31, p > .05$  y el *cambio en la dimensión de self odiado de la autocrítica*  $r_s(17) = .23, p > .05$ . Sin embargo, no se encontró una relación negativa, como se esperaba, entre la *frecuencia de expresión de autoevaluación negativa* con el *cambio en autocompasión*  $r_s(17) = .06, p > .05$ . El nivel crítico bilateral era superior a 0,05 por lo que se concluyó que las relaciones encontradas no eran estadísticamente significativas.

Por último, se tomó como variable criterio el *cambio en depresión* y como variables predictoras la *frecuencia del foco en emoción* y la *frecuencia de expresión de necesidades*. Este análisis regresional reveló que la ***frecuencia del foco en emoción*** ( $\beta = 1.05, p > .05$ ) y la ***frecuencia de expresión de necesidades*** ( $\beta = -2.05, p > .05$ ) no explicaba con evidencia suficiente el *cambio en depresión* ( $R^2 = .069, F(1) = .52, p > .05$ ).

#### 4. Discusión

El primer objetivo de esta investigación ha sido explorar si el cambio en depresión, en la dimensión de self odiado de la autocrítica y en autocompasión ha sido relevante. Los resultados señalan que hay un cambio estadísticamente significativo en depresión, en la dimensión de self odiado de la autocrítica y en autocompasión. Estos resultados son congruentes con investigaciones previas.

En primer lugar y desde un plano general, esta investigación se ha llevado a cabo desde el enfoque de la TFE que pone a la emoción como elemento central del funcionamiento humano y del cambio terapéutico (Greenberg, Elliott y Pos, 2009). La TFE ha demostrado ser un tratamiento empíricamente validado con apoyo modesto para la depresión (APA, División 12, 2012) y por tanto, para el abordaje psicoterapéutico de la autocrítica debido a su relación directa y para fomentar la autocompasión, como factor protector ante la sintomatología depresiva, tal y como se ha establecido previamente en el presente estudio.

En la misma línea, diversos estudios muestran la eficacia de este tratamiento para la mejora de sintomatología depresiva en comparación con la TCP (Goldman, Greenberg y Angus (2006) y con la TCC (Watson et al. 2003) y para fomentar un aumento de la autocompasión en clientes con una alta autocrítica (Shahar et al. 2011). De la misma manera, Ellison, Greenberg, Goldman y Angus (2009), mostraron un efecto superior de la TFE a lo largo de los 18 meses de tratamiento en términos de una menor tasa de recaídas de depresión clínicamente significativa en comparación con los pacientes en tratamiento con TCP.

En segundo lugar y más específicamente, desde el marco de la TFE se utilizó el modelo secuencial de procesamiento emocional que refiere la transformación de emociones desadaptativas con adaptativas. Siguiendo este modelo, diferentes autores han llevado a cabo estudios de caso único, mostrando una reducción significativa en la sintomatología depresiva de la paciente, cumpliendo criterios de una recuperación completa en el seguimiento a los 18 meses (McNally et al. 2014) y explicando satisfactoriamente la secuencia de eventos emocionales expresados (Dillon, Timulak y Greenberg, 2016). Asimismo, Choi, Pos y Magnusson (2016) encontraron que cinco de los nueve pacientes de su estudio disminuyeron la expresión de emociones secundarias y aumentaron la expresión de emociones primarias, objetivándose un cambio en las puntuaciones de depresión y autocrítica al final del tratamiento.

En tercer lugar, no podemos comparar los resultados obtenidos por medio del SCFT en nuestra investigación con la literatura revisada, ya que en estas investigaciones se tiene como marco de referencia a la TCC y a la Terapia Psicodinámica Interpersonal (Castonguay, et al. 1996; Castonguay, Hayes, Goldfried, y DeRubeis, 1995; Goldfried, et

al. 1997; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue, Castonguay, 1998; Hayes, Castonguay y Goldfried, 1996).

Una vez logrado este objetivo que muestra que el cambio en depresión, en la dimensión de self odiado de la autocrítica y en la autocompasión es relevante, se llevó a cabo el siguiente objetivo que analiza la relación ente dos de las categorías del procesamiento emocional y el cambio en depresión, en autocrítica y en autocompasión.

Los resultados de la primera hipótesis muestran que no se ha encontrado una asociación positiva entre la *frecuencia de la expresión de autoevaluación negativa* y la *frecuencia de expresión de necesidades* al contrario de lo que sostiene la literatura revisada. Choi, Pos y Magnusson (2016) defienden, desde el marco de la TFE para la depresión autocrítica, que los clientes deben reducir las experiencias de esquemas emocionales secundarios y desadaptativos nucleares. Además de esto, deben acceder y expresar sus necesidades nucleares, lo cual permite desplegar esquemas emocionales adaptativos relacionados con dichas necesidades (Greenberg y Watson, 2006). Por ello, Pascual-Leone y Greenberg, 2007) refieren que tanto la necesidad como la evaluación negativa son parcialmente evocadas por los mismos estados significativos (miedo/vergüenza), y al mismo tiempo son dos categorías contradictorias. Estas condiciones, de surgimiento simultáneo y de posicionamiento opuesto, hacen a la evaluación negativa y a la necesidad una pareja dialéctica. Las plausibles razones por las que no se consiguieron los resultados esperados son recogidas en las explicaciones que se presentan para las dos siguientes hipótesis.

En referencia a la relación negativa entre la *frecuencia de la expresión de necesidades* y el *cambio en depresión* y el *cambio en la dimensión del self odiado de la variable autocrítica*, así como con la relación positiva entre la *expresión de necesidades* y el *cambio en autocompasión*, nuestro estudio no ha encontrado los resultados esperados con respecto a investigaciones previas (Choi, Pos y Magnusson, 2016; Dillon, Timulak y Greenberg, 2016; McMain, Goldman y Greenberg, 1996; Khayyat-Abuaita, 2015). Por otro lado, en el mismo estudio de Choi, Pos y Magnusson (2016), los pacientes con menor cambio en depresión autocrítica expresaron necesidades, pero en este caso, seguidas de esquemas emocionales secundarias y desadaptativas. Tal y como comentábamos anteriormente, desde la teoría de la TFE se asume que a través de la expresión de necesidades los clientes acceden a emociones adaptativas. Sin embargo, esto no ocurrió

en estos pacientes pudiendo sugerir, al igual que en el presente estudio, que la expresión de necesidades puede ser necesaria pero no suficiente para acceder a emociones primarias adaptativas. Únicamente las necesidades óptimamente procesadas pueden llevar a experiencias emocionales primarias adaptativas. Futuras investigaciones podrían incluir el concepto de productividad emocional (Auszra y Greenberg, 2007; Greenberg, Auszra, y Herrmann, 2007), operativizado por medio del instrumento de medida de Productividad Emocional del Cliente (*Client Emotional Productivity*, CEP; Auszra y Greenberg, 2007) para determinar si las emociones están siendo procesadas en sesión de manera que permita al cliente experimentar, clarificar y transformar lo que siente promoviendo así el cambio terapéutico (Auszra, Greenberg y Hermann, 2013).

En cuanto a la hipótesis que planteaba la relación entre la *frecuencia de la expresión de autoevaluación negativa* y el *cambio en depresión*, el *cambio en la dimensión del self odiado de la variable autocrítica* y el *cambio en autocompasión*, tampoco se ha encontrado en nuestro estudio una relación entre dichas variables. Así, en el presente estudio puede que la expresión de la autoevaluación negativa sin la consecuente expresión de necesidades no haya sido suficiente para producir cambio en las variables establecidas. Pascual-Leone y Greenberg (2007) encontraron que la identificación de una creencia negativa nuclear (p.ej. una evaluación negativa) es indicador de un progreso terapéutico (Beck, 1995), pero más aún, en el marco de la terapia experiencial, si es seguida por la expresión de una necesidad existencial. Por otro lado, Choi, Pos y Magnusson (2016) encontraron que los pacientes con menor cambio en depresión autocrítica expresaron secuencias recurrentes de autoevaluaciones negativas, seguidas de distrés global o de miedo/vergüenza, es decir, de estados significativos desadaptativos. Otra explicación podría ser que las autoevaluaciones negativas de determinados pacientes fuera un intento de superar o sobrellevar el dolor nuclear (emociones primarias desadaptativas) y el distrés global (respuestas emocionales secundarias), aunque esa crítica hacia uno mismo para lo único que servía era para acentuar la experiencia de dolor emocional nuclear (Dillon, Timulak y Greenberg, 2016). Futuras investigaciones podrían explorar cómo afecta al progreso en el procesamiento emocional de los pacientes la expresión de ambos elementos, autoevaluación negativa y necesidades, en comparación con aquellos que solo presentan uno de ellos.

A pesar de ello otros estudios sí muestra una relación entre dichas variables. Desde la conceptualización de la TFE, la técnica de las dos sillas para la depresión ayuda al cliente a identificar la autocrítica, le permite tomar conciencia del impacto emocional de las críticas en el self, diferenciar los sentimientos y las necesidades y utilizar todo ello para combatir sus cogniciones negativas depresógenas (Goldman, Greenberg y Angus, 2006). Asimismo, Boswell (2016) encontró en su investigación un punto de convergencia entre la TFE y la CCT: la identificación de las autoevaluaciones negativas. No únicamente la identificación de creencias nucleares negativas es un marcador terapéutico importante, sino también la profundización de las experiencias emocionales asociadas a ellas, pudiendo conducir el trabajo clínico así realizado a respuestas emocionales más adaptativas y mejores resultados terapéuticos. Futuros estudios podrían examinar si además de la presencia de la autoevaluación negativa es necesaria la aparición de emociones adaptativas para que tenga lugar el cambio.

Nuestro último objetivo ha sido investigar si el procesamiento emocional y el foco de respuestas del terapeuta predecían el cambio en los resultados en depresión. En la presente investigación no se ha encontrado que la *frecuencia de expresión de necesidades* y el *foco de respuestas del terapeuta en la emoción* predecían un *cambio en depresión*. Posibles explicaciones de dichos resultados negativos ya han sido previamente mencionadas en referencia a la expresión de necesidades, siendo éstas necesarias pero no suficientes para producir cambio terapéutico (Chois, Pos y Magnuson, 2016). Asimismo, en referencia al foco de respuestas del terapeuta en la emoción, puede que no hayamos encontrado dichos resultados debido a que el análisis de esta variable fue llevado a cabo en la primera sesión encontrando numerosas investigaciones que establecen que no hay relación entre las primeras sesiones y el resultado terapéutico (Chois, Pos y Magnuson, 2016; Greenberg, 2002; McNally et al. 2014; Pascual- Leone y Greenberg, 2007; Wang y Pos, 2014), debido a que la activación inicial está generalmente caracterizada por signos de distrés general y de mucho *arousal*. Futuras investigaciones podrían llevar a cabo el análisis por medio del SCFT en sesiones más avanzadas en el proceso debido a su relación con una mayor presencia de estados afectivos significativos (Chois, Pos y Magnuson, 2016), por ejemplo, desde la sesión 9 a la 16 (McNally et al. 2014) o desde la 6 a la 18, encontrándose las sesiones más productivas emocionalmente entre la 10 y la 20 (Herrmann, Greenberg y Auszra, 2014).

Los resultados obtenidos en este estudio han de ser considerados teniendo en cuenta una serie de limitaciones metodológicas detectadas, que deberían ser corregidas en el diseño de futuras investigaciones.

En primer lugar, el tamaño de la muestra (N= 19) es muy poco representativa en referencia a la población general, lo que dificulta el establecimiento de resultados fiables. Por ello, cabe la posibilidad de que no se hayan encontrado ninguna de las relaciones establecidas entre las variables y que el cambio en las variables dependientes se deba a factores, internos o externos, independientes de la manipulación experimental llevada a cabo.

Otra limitación con la que cuenta este estudio es la ausencia de grupo control de tratamiento alternativo que permitiese evaluar la superioridad o inferioridad de la eficacia de la TFE en referencia a investigar si el cambio relevante obtenido es terapéutico o no, en comparación con terapias como la TCP, CCT, Terapia Gestalt o Terapia Psicodinámica Interpersonal.

Autores como Shaw et al. (1999) refieren que la adherencia de los terapeutas, al igual que la competencia de éstos, a un modelo específico es crucial para la investigación de los procesos y de los resultados donde los investigadores intentan identificar y replicar los procesos de las sesiones que llevan a resultados eficaces. En esta investigación, debido a la heterogeneidad de los terapeutas y a sus respectivas formaciones en las distintas terapias de la corriente humanista, se debería haber utilizado un instrumento que permitiese asegurar la adherencia de los profesionales al modelo desde el cual se lleva a cabo este estudio ya que podría haber afectado a los resultados. Sería interesante implementar en futuras investigaciones un instrumento como la Adhesión a la Intervención Específica de la Tarea (*Task-Specific Intervention Adherence*, TSIA, Greenberg y Watson, 1998) que asegurase la adherencia al modelo de referencia de la investigación.

Respecto a los instrumentos de medida de las variables independientes de esta investigación, no contamos con la validación en población española de ninguno de los dos (procesamiento emocional-CAMS y foco de respuestas del terapeuta-SCFT). En concreto, en referencia al SCFT, encontramos las siguientes limitaciones que han podido afectar a los resultados.



- La formación en la utilización del instrumento fue escasa para las características particulares de esta herramienta, por ejemplo, la falta de investigación previa con dicho instrumento que arroje luz a criterios comunes para su uso.
- Los acuerdos a los que se llegaron entre los evaluadores para la codificación objetiva de las sesiones fueron muy generales e insuficientes para cubrir la diversidad, la subjetividad y la complejidad del lenguaje utilizado por los diferentes profesionales en el contexto terapéutico.
- A pesar de las 11 categorías que presenta el SCFT, únicamente pudieron ser utilizadas para el presente estudio tres de ellas. El resto de las categorías no alcanzaron un Kappa de Cohen suficiente como para tenerlas en cuenta en la presente investigación. Esta falta de fiabilidad interjueces, probablemente explicada por lo previamente expuesto, limitó la posibilidad de trabajo en lo referente a posibles hipótesis y análisis que se podrían haberse planteado.

A pesar de las limitaciones metodológicas reflejadas, la presente investigación aporta conocimiento acerca de un instrumento de medida que ha sido utilizado escasamente en la literatura revisada. Dichas limitaciones encontradas podrán ser tenidas en cuenta para futuras investigaciones ampliando el conocimiento de las categorías en las que los terapeutas deberían incidir con mayor frecuencia para producir un cambio significativo en los pacientes que presenten esta patología o cualquier otra.

Para futuras líneas de investigación sería interesante desarrollar un manual común y un entrenamiento específico del instrumento de medida del SCFT para llevar a cabo los siguientes objetivos. En primer lugar, lograr un análisis más objetivo y fiable de las categorías que tienen mayor peso en el cambio de los pacientes que presentan una alta sintomatología depresiva o una alta autocrítica. En segundo lugar, podrían desarrollarse formaciones terapéuticas específicas en dichas categorías en las diferentes corrientes terapéuticas. Además, desde la importancia del paso intermedio del procesamiento emocional (Greenberg y Paivio, 1997), para producir cambio sería interesante que futuras estudios replicasen los resultados de este estudio con un mayor número de sujetos.

## 5. Referencias

- American Psychological Association. (2012). Society of clinical psychology, Division 12. Recuperado de [www.div12.org](http://www.div12.org).
- Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy, 7*, 139-152.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research, 23*(6), 732-746.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology, 15*(4), 289-303.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry, 4*(6), 561-571.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology, 85*(4), 383.
- Blatt, S. J. & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical psychology review, 12*(1), 47-91.
- Blatt, S. & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Bromis, K., Calem, M., Reinders, A. A., Williams, S. C., & Kempton, M. J. (2018). Meta-analysis of 89 structural MRI studies in posttraumatic stress disorder and comparison with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 175*(10), 989-998.

- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., & Goldfried, M. R. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. *HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50*.
- Choi, B. H., Pos, A. E., & Magnusson, M. S. (2016). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research, 26*(4), 484-499.
- Cox, B.J., McPherson, P.S.R., Enns, M.W. & 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.
- Csikszentmihalyi, M., & Seligman, M. E. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2016). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research, 28*(3), 406-422.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1496-1504.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies.

- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 103.
- Encuesta Nacional de Salud (2017). Encuesta Nacional de Salud. España 2017 Principales resultados. España. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf).
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin, 99*(1), 20.
- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders, 8*(4), 382-399.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-18). New York: Wiley.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010b). Compassion focused therapy: A special section. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & 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., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory, 12*(4), 507-516.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical*

- Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & 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.
- Goldfried, M. R., Newman, C. F., & Hayes, A. M. (1989). The Coding System for Therapeutic Focus. Unpublished manuscript, State University of New York, Stony Brook, NY.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., & Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 240-248.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549.
- Goldsamt, L. A., Goldfried, M. R., Hayes, A. M., & Kerr, S. (1992). Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(2), 16.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. *Patterns of change*, 67-123.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy. Theory, research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research*, 17(4), 482-493.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín Científico*, 142.

- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *The practicing professional*.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Process-experiential therapy: Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive therapy and research*, 8(6), 559-578.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *The Guilford clinical psychology and psychotherapy series. Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Hayes, A. M., Beavers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International journal of behavioral medicine*, 12(2), 111.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). The effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623- 627
- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
- Khayat-Abuaita, U., Ostojic, D., Wiedemann, A., Arfken, C. L., & Ledgerwood, D. M. (2015). Barriers to and reasons for treatment initiation among gambling help-line callers. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 641-645.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301.
- Keogh, C., O'Brien, C., Timulak, L., & McElvaney, J. (2011). The transformation of emotional pain in emotion focused therapy. In *42nd annual conference of the International Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland*.
- Lambert, M. J., & Hill, C. E. (1994). *Assessing psychotherapy outcomes and processes*.
- Lomas, T., & Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive-negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1753-1768.

- López Cavada, C. (2020). Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción. Tesis doctoral en trámite de defensa, Universidad Pontificia Comillas.
- Lopizzo, N., Bocchio Chiavetto, L., Cattane, N., Plazzotta, G., Tarazi, F. I., Pariante, C. M., ... & Cattaneo, A. (2015). Gene–environment interaction in major depression: focus on experience-dependent biological systems. *Frontiers in psychiatry*, 6, 68
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PloS one*, 3(3), e1897.
- McMain, S., Goldman, R., & Greenberg, L. (1996). Resolving unfinished business: A program of study. *Research & Practice in Psychotherapy*, 211-232.
- McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 128-149.
- médicosypacientes.com (2018). España, cuarto país de Europa con más casos de depresión. Organización Médica Colegial de España. Madrid. Recuperado de <http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-cuarto-pais-de-europa-con-mas-casos-de-depresion>
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Neuroscience*, 321, 138-162.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 861.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.

- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological. *The Oxford handbook of compassion science*, 371.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. España. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Suicidio. España. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. España. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2, 16065.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2005). *Classification of affective-meaning states* (Unpublished doctoral thesis). York University, Toronto, Ontario.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113.
- Pascual-Leone, A., & Paivio, S. C. (2013). Emotion-focused therapy for anger in complex trauma. Treatments for anger in specific populations: Theory, application, and outcome, 33-51.
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients "change emotion with emotion": A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182.



- Patten, S. B. (1991). The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 36(10), 706-711.
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19-313.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1007.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 25-31.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055.
- Quintana Calderón, E. (2017). El papel de enfermería en la depresión mayor.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- 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, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 496-507.

- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 837/846.
- Samoilov, A., Goldfried, M. R., & Shapiro, D. A. (2000). Coding system of therapeutic focus on action and insight. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 513.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., & Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1231-1240.
- Schatzberg, A. F. (2015). Anna-Monika Award Lecture, DGPPN Kongress, 2013: the role of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis in the pathogenesis of psychotic major depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 16(1), 2-11.
- Schmaal, L., Hibar, D. P., Sämann, P. G., Hall, G. B., Baune, B. T., Jahanshad, N., ... & Vernooij, M. W. (2017). Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*, 22(6), 900.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama*, 289(23), 3135-3144.
- Stiegler, J. R., Molde, H., & Schanche, E. (2018a). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), e86-e95.
- Stiegler, J. R., Binder, P. E., Hjeltnes, A., Stige, S. H., & Schanche, E. (2018b). 'It's heavy, intense, horrendous and nice': clients' experiences in two-chair dialogues. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(2), 139-159.
- Sutherland, O., Peräkylä, A., & Elliott, R. (2014). Conversation analysis of the two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 24(6), 738-751.

- Sullivan, P. F., de Geus, E. J., Willemsen, G., James, M. R., Smit, J. H., Zandbelt, T., ... & Coventry, W. L. (2009). Genome-wide association for major depressive disorder: a possible role for the presynaptic protein piccolo. *Molecular psychiatry*, *14*(4), 359.
- 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.
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, *41*(3), 459-468.
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2009). Dependency and self-criticism in post-partum depression and anxiety: a case control study. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *16*(1), 22-32.
- Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, *50*(2), 222-227.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2007). Validating an emerging sense of self. *Case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome; case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome* (pp. 83-100, Chapter x, 232 Pages) American Psychological Association, Washington, DC.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(4), 773.
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*, *38*(7), 1583-1595.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 448-451.

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., ... & Kaslow, N. J. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: Mediating role of self-compassion. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(2), 202-223.

## ANEXO 1

---

### Acuerdo en cuanto a

---

- Nulas**
- Si se duda/no se sabe que poner, marcamos solo inespecífico. Si después los dos evaluadores han hecho esto, se da como nula (gris).
  - Si la intervención es entera desde el terapeuta (lo que él/ella cree/ opina/ se le mueve, sin referirse al paciente) se codifica como nula (gris).
  - Intervenciones meta-sesión del tipo: distribución del tiempo en sesiones futuras, citas futuras, etc. Se codifica como nula (gris).
  - Cuando la intervención entera es sugerencia de proceso, se pone gris y en la columna de inespecífico se escribe sugerencia de proceso.
  - Cuando el terapeuta habla de sí mismo no se marca, a no ser que sea refleje sobre lo que puede estar viviendo el paciente.
  - Si se duda, se marca inespecífico y entre paréntesis lo que creemos.
- 

- Emoción**
- “Y eso duele”: se marca emoción.
  - “Que injusto”, “que suerte”, “vaya mierda”, “que jodido”, “que pasada”: se marca emoción.
  - Se reserva marcar Emoción, para etiquetas emocionales y los acuerdos.
  - Metáforas sobre el cuerpo o nombrar cuerpo: se marca fisiológico.
- 

- Pensamiento**
- “No es fácil”: se marca pensamiento general.
  - Pensamientos en los que se anticipa el futuro, expectativas.
  - Si se marca expectativa o autoevaluación, no se marca pensamiento general.
- 

- Conducta**
- No se puede marcar conducta con verbos como pensar, imaginar, desear... No implican voluntad necesariamente.
  - Para acción, verbos activos.
- 

- General**
- No por decir el terapeuta “pienso” es pensamiento, ni por decir “siento” emoción.
-

## ANEXO 2

	Categoría	Definición	Ejemplo	
<b>MUNDO INTERNO CLIENTE</b>	Emoción	Foco en los sentimientos del cliente	"Te sentiste enfadado/a con él".	
	Necesidad/deseo	Foco en el deseo de suplir una necesidad o deseo	"De verdad deseas tener una relación más cercana con ella".	
	Emoción	Sensación fisiológica	Foco en una sensación fisiológica asociada con una respuesta emocional (NO cosas como náuseas, cansado, etc.)	"Sentiste el estómago revuelto al ver que se iba".
				"Sentías presión en el pecho, como si fueras a ahogarte del miedo".
	Tendencia a la acción	Foco en la disposición o tendencia del cliente asociadas a una emoción	"Sentiste ganas de pegarle"	
			"Solo querías huir y desaparecer. Estabas tan avergonzada".	
	Pensamiento	Pensamiento general	Referencia a pensamientos inespecíficos	"Crees que la relación se ha acabado".
		Autoevaluación	Foco en autoevaluaciones	"Te decías a ti mismo que eres un perdedor".
		Expectativas	Foco en las anticipaciones sobre el futuro del cliente	"Estas esperando a que algo vaya mal".
	Acción	Intención	Foco en la voluntad orientada hacia el futuro del cliente	"Te has propuesto que eso ocurra".
Comportamiento/ Conducta		Referencia a comportamiento o una acción específica	"Estabas merodeando por allí".	
<b>MUNDO EXTERNO</b>	Situación	Foco en circunstancias externas al cliente	"Cuando conseguiste la promoción comenzaste a dudar sobre tus cualidades".	
	Otros	Foco en otra/s persona/s (que no son el cliente)	"Él fue a la fiesta. Él dijo que estaba muy enfadado después".	