



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD EMOCIONAL EN UN CASO DE TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN

Autor: Clara Ortiz Vicente

Tutor profesional: Rafael Jódar Anchía

Tutor Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo 2019

Clara
Ortiz
Vicente



**ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD EMOCIONAL EN UN CASO DE TERAPIA
FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN**

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue el análisis cualitativo y cuantitativo de la productividad emocional en un caso de terapia focalizada en la emoción y la observación de los resultados terapéuticos y el nivel de autocrítica y autocompasión tras la terapia. Se analizó la productividad emocional mediante la escala CEPS-R y el visionado de las 11 sesiones de terapia de una paciente; se diseñó y construyó una herramienta informática para facilitar la aplicación de la CEPS-R y se recogieron las puntuaciones en resultados, autocrítica y autocompasión antes de la terapia, después y en un seguimiento a los 3 meses. Los resultados mostraban una tendencia positiva en productividad emocional con una puntuación muy baja en fiabilidad interjueces y una mejora en los resultados terapéuticos, en autocompasión y autocrítica. Consideramos que la mayor aportación del trabajo es la construcción de un programa informático efectivo de análisis y recogida de datos para la CEPS-R y el análisis exhaustivo de un caso de terapia a nivel cualitativo y cuantitativo, con unos resultados coherentes con la investigación existente. El mal resultado en fiabilidad interjueces, sin embargo, cuestiona la aplicación de la CEPS-R realizada y señala las limitaciones en el trabajo que sería necesario corregir en futuras líneas de investigación.

Palabras clave: caso único, terapia focalizada en la emoción, productividad emocional, autocrítica, autocompasión

ABSTRACT

The main goal of this study was the qualitative and quantitative analysis of emotional productivity in a case of emotion-focused therapy and the observation of its therapeutic results and the level of self-criticism and self-compassion after therapy. The emotional productivity was analyzed with the CEPS-R scale and the 11 taped sessions of therapy of a patient; a computer program was designed and created in order to facilitate the application of the CEPS-R and the scores on therapeutic results, self-criticism and self-compassion were collected before the therapy, afterwards and in a follow-up 3 months later. The results showed a positive trend in emotional productivity with a very low result in inter-judge reliability and an improvement in the therapeutic results, self-compassion and self-criticism. We believe that the greatest contribution of this paper is the creation of a computer program for effective analysis and data collection for the CEPS-R and the qualitative and quantitative exhaustive analysis of a single case of therapy with results consistent with the existing research. The poor inter-judge reliability, however, brings doubt about the application of the CEPS-R and points out the limitations in the study that would be necessary to correct in future research.

Keywords: single case, emotion-focused therapy, emotional productivity, self-criticism, self-compassion

INTRODUCCIÓN

Abordamos el concepto de productividad emocional desde la corriente que más ha investigado y teorizado sobre este constructo, el modelo de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), y desde la definición de Leslie Greenberg, principal figura en la creación y desarrollo de la TFE y diseñador junto a sus colaboradores de la Escala de Productividad Emocional del Cliente.

La TFE se caracteriza por colocar el foco de la terapia y la intervención en la experiencia emocional del paciente y en la manera en la que esta es procesada; el objetivo de la terapia es entonces promover el procesamiento emocional óptimo en el paciente. Con este fin, se han identificado y estudiado una serie de variables (variables de proceso) que influyen en el procesamiento emocional y, por tanto, -como se ha comprobado- en los resultados de la terapia. Las más relevantes son la alianza terapéutica, el nivel de experimentar, el arousal de la emoción y la productividad emocional.

La productividad emocional es definida como un proceso en terapia que promueve la consecución de metas terapéuticas o el cambio terapéutico. Este concepto distingue entre la expresión emocional del cliente que es beneficiosa y la expresión que es irrelevante o que perturba el proceso de cambio. Para que un proceso emocional sea productivo, el cliente debe experimentar una emoción de tal manera que sea capaz de extraer información útil de ella para la resolución de un problema o que tenga la capacidad de transformar un estado emocional desadaptativo en otro adaptativo (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010).

La Escala de Productividad Emocional del Cliente (CEPS-R) ha sido diseñada con el objetivo de evaluar la productividad emocional en un contexto terapéutico. Como explican Auszra, Greenberg y Herrmann (2010), esta escala pretende proporcionar una herramienta objetiva de análisis del procesamiento emocional efectivo del cliente en terapia; considerando el procesamiento emocional como un factor de gran influencia en los resultados de esta.

El objetivo de este trabajo es el estudio de la productividad emocional a lo largo de las once sesiones de terapia focalizada en la emoción (TFE) aplicadas a un caso único. Con este fin, vamos a dividir el trabajo en dos partes:

Por un lado, vamos a construir una herramienta informática o Software que facilite la aplicación del instrumento CEPS-R y la recogida y manejo de datos. También traduciremos el manual de aplicación de la CEPS-R del original en inglés al español (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010b).

Por otro lado, aplicaremos la CEPS-R utilizando la herramienta informática, obtendremos la puntuación del sujeto en PE a lo largo de la terapia y observaremos su evolución junto con la evolución en las puntuaciones de tres variables de resultado: Resultados terapéuticos, Autocrítica y Autocompasión.

Estudios de caso único

El estudio de caso único es una herramienta de investigación muy frecuente en las ciencias sociales y, especialmente, en psicología. Es el origen de los primeros estudios en psicología clínica, a través de los cuales se desarrollaron las bases de muchas de las teorías psicológicas que persisten hoy en día (Roussos, 2007).

El origen de su uso en psicología se sitúa en los inicios de la corriente del Psicoanálisis, con estudios en los que se presentaban y analizaban en profundidad casos, partiendo de la práctica clínica para desarrollar su complejo modelo teórico. Posteriormente, los estudios de caso fueron muy utilizados por la corriente del Conductismo; con el foco en la observación directa de la conducta y la creencia de que bastaba con una pequeña muestra para inferir y desarrollar un modelo explicativo de la conducta humana (Roussos, 2007).

En las últimas dos décadas, los diseños de caso único vuelven a generar un gran interés y a ocupar un lugar destacado en la investigación en psicología. Un informe reciente del grupo de trabajo sobre psicoterapia basada en la evidencia de la Asociación Psicológica Americana (APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006 citado en Roussos, 2007), incluye a los diseños experimentales de caso único como un tipo de investigación especialmente útil para estudiar al individuo en su contexto y establecer relaciones causales entre ambos.

Kazdin (2012) define los estudios de caso como el análisis de manera intensiva de un solo grupo, incidente o comunidad. Luck, Javkdon y Usher (2006 citado en Scandar, 2014) lo definen como “La examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso”, siendo “el caso” un fenómeno puntual profundamente ligado a su contexto sin el cual no tiene sentido realizar un análisis.

En el presente trabajo, utilizaremos un diseño de investigación de caso único en el que analizaremos una variable (la productividad emocional) a través de la observación de las sesiones grabadas de un único sujeto en terapia. Aunque no podemos intervenir sobre el caso o modificar sus características, vamos a tener la oportunidad de estudiar a fondo cómo se desarrolla la terapia y cómo evoluciona el paciente y su productividad emocional.

Terapia Focalizada en la Emoción

Leslie Greenberg (1945), un psicólogo canadiense nacido en Sudáfrica, es uno de los creadores de la TFE y su máximo referente en la actualidad. Junto con Sue Johnson, Greenberg plantea el modelo por primera vez en 1985 en un contexto de terapia de pareja. A partir de 1986, Greenberg y sus colaboradores se enfocan en la terapia individual y en el desarrollo de un modelo de TFE con apoyo empírico basada en la terapia experiencial humanista, que integra elementos de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, la terapia Gestalt de Perls, la teoría moderna de las emociones y la neurociencia y una metateoría dialéctico-constructivista (Greenberg, Elliott y Pos, 2009).

La TFE se ha ido convirtiendo en un modelo cada vez más reconocido y popular, con una eficacia probada empíricamente en casos de depresión, traumas, ansiedad, trastornos de alimentación y problemas interpersonales. También se ha investigado desde la TFE la relación entre los resultados de la terapia y el procesamiento emocional y la influencia de variables como la empatía, la alianza terapéutica, el procesamiento productivo emocional y el arousal emocional (Greenberg, 2010).

Según la TFE, la emoción tiene un papel central en la construcción del Self, el funcionamiento humano y el cambio en terapia. Las emociones tienen un potencial adaptativo innato que puede transformar estados emocionales o experiencias personales problemáticas (Greenberg, Elliott y Pos, 2009). Esta noción de la emoción está respaldada por la investigación en la actualidad, que contempla las emociones como una forma adaptativa de procesamiento de la información y de preparación para la acción. Las emociones están conectadas con nuestras necesidades, metas, valores y preocupaciones personales e identifican y nos informan sobre las situaciones que pueden beneficiarnos o dañarnos. De esta manera, las emociones participan en los procesos de establecimiento y priorización de metas y motivan tendencias a la acción de base biológica (Greenberg, 2010).

El trabajo del terapeuta es promover un procesamiento emocional adaptativo en el cliente, ayudándole a identificar, experimentar, reflexionar, dar sentido y significado y regular con flexibilidad sus emociones (Greenberg, Elliott y Pos, 2009).

Greenberg organiza las emociones en cuatro tipos (primaria adaptativa, primaria desadaptativa, secundaria e instrumental) y enfatiza la importancia de no trabajar en sesión de la misma forma con todas, diferenciando primero entre primaria, secundaria o instrumental y después entre adaptativa y desadaptativa:

Las emociones primarias son las reacciones iniciales instintivas directas más básicas hacia una situación, como sentir miedo ante una amenaza real. Las emociones secundarias no son respuestas directas ante una situación experimentada, sino respuestas hacia la emoción primaria y los pensamientos y sentimientos provocados de manera natural por la situación, como por ejemplo sentir rabia ante el hecho de sentir miedo. Las emociones secundarias pueden oscurecer e interrumpir las emociones primarias y su procesamiento adecuado. Las emociones instrumentales son conductas expresivas aprendidas, no emociones sentidas, que se utilizan consciente o inconscientemente para manipular a otro u obtener un objetivo (Auszra y Greenberg, 2007). Por ejemplo, llorar para despertar compasión en el otro.

Dentro de las emociones primarias, distinguimos entre primarias adaptativas y desadaptativas. Los estados primarios adaptativos son las evaluaciones automáticas, expresiones emocionales y tendencias a la acción que se ajustan a la situación real experimentada y que preparan de manera adecuada a la persona para adaptarse o afrontar las circunstancias de la forma que más la beneficie (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010).

Los estados primarios desadaptativos son las evaluaciones automáticas, expresiones emocionales o tendencias a la acción que se corresponden más con situaciones o problemas no resueltos del pasado que con situaciones reales en el presente. Estas emociones se basan en esquemas emocionales originados a partir de sucesos traumáticos o situaciones difíciles en el pasado, que quizás generaban una respuesta emocional adaptativa en un momento dado, pero que ya no se ajustan a la realidad (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010). Por ejemplo, el miedo a la intimidad en un adulto que fue víctima de abusos en la infancia. Las emociones desadaptativas no adaptan sus esquemas cuando cambian las circunstancias ni resuelven los problemas de forma eficaz cuando se presentan o vivencian estas circunstancias (Auszra y Greenberg, 2007).

El objetivo de la terapia entonces es lograr acceder a las emociones primarias adaptativas del cliente y a su información y capacidad adaptativa para organizar la acción. Ante la identificación de una emoción secundaria en terapia, se busca reducirla a través de la exploración hasta acceder a la emoción primaria original que la ha generado. Si esta emoción primaria es desadaptativa, se accede a ella y se regula para ser transformada a adaptativa (Auszra y Greenberg, 2007).

Procesamiento emocional, variables y medidas de proceso

Desde la corriente humanista, se han estudiado con gran interés los factores del cambio terapéutico y las condiciones que lo favorecen. Ya en los años 50, Carl Rogers formulaba su hipótesis sobre la relación terapéutica como único factor básico necesario para que se produjese el cambio positivo en el paciente. Establecía también las tres actitudes del terapeuta (empatía, aceptación incondicional y congruencia) como condiciones suficientes y necesarias para que existiese una buena relación terapéutica (Elliott et al., 2013). Su modelo terapéutico (la terapia centrada en el cliente), por tanto, se centró en promover estas condiciones y en la creación de una buena relación terapéutica con los pacientes.

La investigación posterior matiza la postura de Rogers y disminuye el peso absoluto que le concedía a la relación terapéutica en la psicoterapia y en el cambio positivo del paciente. Existen otros factores que pueden influir en este cambio fuera de la psicoterapia; Lambert (1992; citado en Kirschenbaum y Jourdan, 2005) por ejemplo, concluía en su revisión que solo el 45% del cambio positivo se atribuye a la psicoterapia (el efecto de la relación terapéutica y las técnicas), el 15% al efecto placebo (las expectativas del paciente) y 40% a factores extra-terapéuticos como el apoyo social o las circunstancias del paciente.

Sin embargo, aunque en la actualidad sabemos que la relación terapéutica (o alianza terapéutica) no es el único factor de cambio en terapia, todavía se le concede una gran importancia. La investigación corrobora la relación positiva entre la alianza terapéutica y los resultados de la terapia (Corbella y Botella, 2003). Así mismo, si bien las condiciones de Rogers ya no son

consideradas como necesarias y suficientes, son estudiadas como condiciones facilitadoras del cambio terapéutico (Salvo, 2003 citado en Arredondo-Ríos y Salinas-Ruiz, 2005).

Entre las condiciones de Rogers, la empatía y la congruencia son las que más respaldo han obtenido de la investigación. Elliott, Bohart, Watson, y Murphy (2018) encontraron una relación moderada entre la empatía y la congruencia con los resultados en terapia. Nienhuis et al. (2018) también observaron un efecto moderadamente fuerte de la empatía en los resultados y Malin, A. J., y Pos, A. E. (2015) encontraron una relación entre empatía y la alianza terapéutica y el grado de profundidad en el procesamiento emocional.

Descartada la alianza terapéutica como único factor de cambio, queda por descubrir que otros factores influyen en el resultado terapéutico. La TFE coloca el foco en las emociones del paciente y en cómo se procesan en terapia. Se considera que la clave del cambio está en el procesamiento emocional y “la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción en el contexto de una relación empáticamente entonada que facilite estos procesos” (Greenberg, Elliott y Pos, A, 2009). La terapia ya no se centra solo en la construcción de una buena alianza, sino que adopta un papel más activo y centrado en tareas con el fin de facilitar el procesamiento emocional (Elliott et al., 2013).

Buscando las condiciones de un procesamiento emocional óptimo, la TFE centra sus estudios principalmente en cuatro variables de proceso: la alianza terapéutica, el nivel de profundidad de procesamiento (o experimentar), la intensidad emocional (arousal) y la productividad emocional.

El nivel de experimentar se refiere al nivel de profundidad en la autoexploración del paciente. Gendlin (1996, citado en Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017) lo define como la disposición del paciente para conectar y explorar sus sentimientos momento a momento en sesión y para comprometerse en su proceso de construcción de significado personal. Se ha encontrado relación positiva entre el nivel de experimentar y el resultado en terapia (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017).

El arousal emocional se refiere a la intensidad de la expresión emocional. Aunque hay indicios de que el nivel de arousal influye en los resultados de la terapia, no se ha observado que una mayor frecuencia de arousal alto influya por sí mismo en la mejoría de los resultados. Greenberg, Auszra y Herrmann (2007) comprobaron que el efecto de la productividad emocional era mayor en los resultados que la intensidad del arousal. Sin embargo, sí era relevante el efecto de las emociones con arousal alto cuando eran procesadas productivamente. Carryer y Greenberg (2010) observaron también que un arousal moderado es mucho más útil que un arousal alto o bajo.

La productividad emocional, por último, es la variable de proceso que vamos a analizar en este trabajo y sobre la que profundizaremos más adelante.

Debido al interés por el procesamiento emocional y las variables que intervienen en él, se han desarrollado una serie de instrumentos de medida (o medidas de proceso) que facilitan su estudio. Para analizar el nivel de experimentar existe una escala llamada *The experiencing scale* (Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986) ampliamente validada (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017). Para analizar el arousal emocional se suele utilizar la *Client emotional arousal scale-III* (Warwar y Greenberg, 1999) también validada con buenos resultados (Carryer y Greenberg, 2010).

La medida de proceso que vamos a utilizar en este trabajo es la ya mencionada Escala de Productividad Emocional del Cliente (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013), utilizada para analizar la productividad emocional y que tiene en cuenta también entre sus criterios el uso de las escalas que miden el arousal y el nivel de experimentar.

1.1.1 El concepto de procesamiento emocional en psicología

Aunque de manera menos intensa que en la TFE, el concepto de procesamiento emocional ha sido estudiado en psicología desde distintas corrientes que han interpretado de diferentes maneras su significado y nivel de influencia en los resultados de la terapia. Comenzando con los primeros acercamientos de Freud y su defensa de la catarsis como un medio para liberar emociones reprimidas (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013), se han construido varias teorías alrededor del concepto de productividad emocional o cómo procesan los clientes las emociones en terapia.

Dentro de la tradición cognitivo conductual, destaca Rachman (1980) como el primero en conceptualizar el término procesamiento emocional y aplicarlo en casos de trastornos de ansiedad. Rachman entendía el procesamiento emocional como el mecanismo que nos permite absorber eventos, ideas o sentimientos emocionalmente perturbadores para que “otras experiencias y conductas puedan proceder sin interrupción”. Afirmaba que, si una perturbación emocional no es procesada satisfactoriamente, aparecen signos aversivos intrusivos de actividad emocional como pesadillas o fobias. Según Rachman, un buen procesamiento emocional en el cliente no solo permite procesar eventos aversivos correctamente, sino que también reduce sus efectos emocionales negativos (Auszra y Greenberg, 2007).

Otros autores dentro de esta corriente retomaron posteriormente la teoría de Raichman, expandiendo y matizando su concepto de procesamiento emocional. Foa y Kodak (1986) lo entendían como el mecanismo a través del cual procesamos eventos mediante estructuras de información que podemos interpretar erróneamente como aversivos y que elicitan emociones negativas como la ansiedad o el miedo. El objetivo de un buen procesamiento emocional promovido en terapia sería entonces la modificación de las estructuras de información disfuncionales. Para ello, proponían que se activasen las estructuras que provocaban miedo a

través de técnicas de exposición y que se incorporasen a ellas información más realista e incompatible con las no funcionales.

A pesar del interés dentro de la corriente cognitivo conductual, el enfoque de estas teorías se ha centrado siempre en la reducción de emociones negativas sintomáticas o desadaptativas ante estímulos estresantes. El procesamiento emocional se facilita mediante la exposición y habituación a estímulos aversivos, la corrección de esquemas cognitivos disfuncionales (Foa y Kodak, 1986) u otros métodos como el propuesto por Teasdale (1999, citado en Auszra y Greenberg, 2007) que reduce, mediante la práctica de *mindfulness*, la capacidad de los estímulos aversivos para provocar emociones negativas. La emoción tiene en este enfoque un potencial desadaptativo e intrusivo; el objetivo ha sido siempre la reducción de síntomas, no así la aceptación y creación de nuevos significados para las experiencias emocionales. El modelo propuesto desde la terapia focalizada en la emoción (TFE) difiere en este sentido.

Enmarcada en la corriente humanista, el enfoque de la TFE no se limita a la reducción de los efectos negativos de las emociones, sino que aborda el concepto de procesamiento emocional como la manera más efectiva de manejar las emociones en terapia y producir un cambio (Auszra y Greenberg, 2007). Todas las emociones -ya provoquen reacciones emocionales problemáticas o reacciones sanas y beneficiosas- son tratadas como fuentes de información con un potencial adaptativo innato que puede transformar estados desadaptativos o experiencias personales problemáticas (Greenberg, Elliott y Pos, 2009).

Relevancia de la Productividad Emocional y la CEPS-R en Psicología

Consideramos que el énfasis dado en el trabajo al análisis de la productividad emocional y a su promoción en terapia está justificado por su ya comprobado efecto positivo en el procesamiento emocional y en los resultados terapéuticos.

El efecto de la mejora en productividad emocional en los resultados de la terapia ha sido ya investigado y comprobado con buenos resultados. Entre los estudios publicados, destacamos el de Greenberg, Auszra y Herrmann (2007) con pacientes con depresión. Con resultados prometedores, los autores encontraron que los sujetos con mejores resultados tras finalizar la terapia expresaban significativamente más emociones productivas que los sujetos con peores resultados. Otro estudio más reciente (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013) analiza la validez predictiva de la productividad emocional en la mejora de la depresión y síntomas generales. Se determinó también que la puntuación en la escala CEPS-R es un predictor importante de los resultados en terapia y que la capacidad predictiva de la CEPS-R es mayor en la fase de trabajo -cuando ya se ha trabajado con el paciente desde la TFE- que la puntuación en la fase inicial.

Con el objetivo de operacionalizar e investigar empíricamente el procesamiento emocional, se ha desarrollado un instrumento de medida a partir del modelo de la TFE, la opinión de expertos en el campo y la revisión de estudios sobre los procesos emocionales (Auszra,

Greenberg y Herrmann, 2013). La CEPS-R es utilizada para analizar las expresiones emocionales observadas en una sesión de terapia y determinar si esas expresiones cumplen los criterios para poder ser consideradas como productivas. La CEPS-R fue desarrollada y planteada por Greenberg y Auszra (2007) y ha sido revisada y validada como un instrumento adecuado para evaluar la productividad emocional en diversos estudios (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010; Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013).

La Escala de Productividad Emocional del Cliente (CEPS-R)

Como ya hemos comentado anteriormente, el concepto de productividad emocional desde la TFE y al que se adapta la escala CEPS-R, se refiere a los procesos emocionales que promueven el cambio en terapia a través de la mejora en el procesamiento emocional. Para que un proceso emocional sea productivo el cliente tiene que experimentar una emoción primaria (no secundaria o instrumental) de tal forma que pueda extraer información útil de ella para resolver un problema (utilización de la emoción) o que el cliente sea capaz de transformar una emoción desadaptativa en otra adaptativa (transformación de la emoción) (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010).

Para poder considerar una expresión emocional en sesión como productiva deben cumplirse ciertos criterios en las tres dimensiones de la productividad emocional (Auszra y Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013; Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010):

- Activación emocional: es necesario que la emoción sea experimentada y no sea oscurecida, intelectualizada o simplemente se hable de ella y no sea sentida. Se observarán indicadores de que una estructura esquemática emocional se ha activado.
- Tipo de emoción: se debe identificar la emoción experimentada como primaria, no como secundaria o instrumental.
- Forma de procesamiento: antes de utilizar o transformar la emoción, es necesario que la emoción sea procesada con contacto pleno. Para considerar el procesamiento como consciente se deben cumplir siete criterios:
 1. *Atención*: el cliente es consciente de la emoción experimentada y la atiende.
 2. *Simbolización*: una vez atendida, el cliente debe ponerla en palabras para entender su significado.
 3. *Congruencia*: la expresión verbal y la expresión corporal de la emoción deben ser congruentes para que el cliente pueda tomar una conciencia completa de la emoción y lo que significa para él, así como para recibir la validación y aceptación del otro y los beneficios de la expresión de una emoción previamente reprimida.
 4. *Regulación*: el control sobre la intensidad de la emoción debe ser lo suficientemente grande como para que su activación no sea desbordante.

La regulación del arousal permite que el cliente mantenga una cierta distancia de trabajo y reflexión sobre la emoción.

5. *Aceptación*: para poder atender y reflexionar sobre la emoción sin limitaciones, el cliente debe tener una actitud de aceptación hacia la emoción y hacia sí mismo por experimentar la emoción.
6. *Capacidad de acción*: el cliente asume un rol activo y de control en la generación de sus experiencias emocionales y en su proceso de cambio emocional en la terapia. En lugar de afrontar sus emociones desde un rol pasivo, asume su responsabilidad y se muestra motivado hacia el trabajo emocional en la terapia.
7. *Diferenciación*: el cliente no permanece atascado en el mismo estado emocional, sino que su emoción primaria se desarrolla y cambia con el tiempo. Se puede manifestar a través de un cambio en la forma de expresar o entender la emoción, en la forma en la que una reacción inicial ante una emoción es simbolizada y se va haciendo más compleja o a través de una secuencia en la que la emoción da paso a otras.

Variables de resultado

Uno de los objetivos de este trabajo es la observación de la evolución en sus puntuaciones de las variables de Resultado, Autocrítica y Autocompasión, medidas antes y después de la terapia en un caso único. Esperamos que, al igual que el nivel de productividad emocional, las puntuaciones mejoren tras la terapia.

Como ya se ha explicado en el tercer apartado de la introducción, el efecto de la mejora en productividad emocional en los resultados de la terapia ha sido ya ampliamente investigado y comprobado con buenos resultados. El **resultado en terapia** va a ser tenido en cuenta en este trabajo como un punto de referencia por la relevancia ampliamente probada de su relación con la productividad emocional.

La **autocompasión** es definida como la actitud de apertura y compasión hacia el sufrimiento propio, la preocupación, cuidado y cariño hacia uno mismo desde la aceptación comprensiva y sin juicios de nuestros fallos y defectos y desde el reconocimiento de nuestra experiencia como parte de una experiencia humana común (Neff, 2003b). Sin embargo, ser autocompasivo no equivale a ser egoísta y anteponer las necesidades propias a las de los demás. Supone en cambio la conciencia de que el sufrimiento, los fallos y las limitaciones son una parte natural de la condición humana imperfecta que compartimos. Para Neff (2013, citado en Caro y Hornillos (2015)) la autocompasión se compone de tres aspectos interconectados que aparecen en

situaciones de fracaso y sufrimiento: la amabilidad con uno mismo, la percepción de la condición humana en los fallos personales y la actitud aceptadora de conciencia plena propia del mindfulness (no evitando o sobreidentificándonos con el dolor, sino tomando conciencia plena de él). La autocompasión suele relacionarse o equipararse con el término autoconsuelo, referido a la capacidad de consolarnos a nosotros mismos ante situaciones dolorosas.

A pesar de la evidencia sobre el papel central de la autocompasión en el bienestar psicológico (Neff, 2003a), el interés por el conocimiento acerca de sus mecanismos y procesos en terapia y por el desarrollo de intervenciones que lo promuevan es relativamente reciente. Menos estudiada desde la TFE que los efectos en el resultado terapéutico, pero con resultados interesantes en sus publicaciones, la autocompasión es abordada en la actualidad como una forma de promover en terapia un adecuado procesamiento, manejo y transformación de emociones desadaptativas en adaptativas.

Se ha propuesto recientemente en la TFE la promoción de la autocompasión desde la Tarea de Autoconsuelo Compasivo (TAC) (Caro y Hornillos, 2015). La TAC es una tarea de representación en terapia que utiliza la técnica del diálogo externo con dos sillas y que tiene como objetivo promover un proceso autocompasivo transformador vivido en primera persona. No existen por el momento estudios exhaustivos centrados en la eficacia de Tarea de Autoconsuelo Compasivo con la técnica de las dos sillas sobre la promoción de la autocompasión en la TFE. Se aproxima a esta línea el estudio de Sharar et al. (2012) que aplica la técnica de las dos sillas con marcadores de autocrítica con resultados en la reducción de la autocrítica, la depresión y la ansiedad y un aumento de la autocompasión.

Hasta el momento, se han obtenido resultados prometedores en varias investigaciones que incluyen el análisis de la autocompasión. Los resultados en una publicación sobre la relación entre autocompasión y depresión (Krieger et al., 2013) indican que los sujetos deprimidos muestran niveles menores de autocompasión que los sujetos no deprimidos, así como que el nivel de autocompasión en los sujetos deprimidos se relaciona negativamente con los niveles en rumiación, síntomas depresivos y conductas y pensamientos evitativos. Otro estudio (Neff, Rude y Kirkpatrick, 2007) analiza la correlación positiva entre autocompasión y una buena salud psicológica, así como con rasgos psicológicos y de personalidad (se relacionó niveles altos de autocompasión con niveles altos en aspectos como la felicidad, optimismo, sabiduría, iniciativa, curiosidad y exploración, amabilidad, extroversión y toma de conciencia).

En relación con el presente trabajo, es interesante tomar en consideración la conceptualización de Neff (2003b) de la autocompasión como una estrategia de afrontamiento emocional útil y de la promoción de la autocompasión en terapia como un proceso en el que “las emociones negativas son transformadas en estados emocionales más positivos, permitiendo una comprensión más clara de la situación personal inmediata y la adopción de acciones que producen cambios en uno mismo y en el ambiente de una forma apropiada y efectiva”; así como la

consideración de Greenberg (2002, citado en Caro y Hornillos (2015)) del autoconsuelo compasivo como una forma de intervención específica capaz de transformar estados emocionales desadaptativos. Desde este punto de vista, puede resultar interesante observar el cambio en el nivel de autocompasión del paciente tras la aplicación de la TFE.

La **autocrítica** se define como la tendencia al escrutinio de uno mismo y al juicio duro y punitivo de rasgos físicos, emociones, pensamientos y partes de uno mismo. Desde la década de los noventa, se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han relacionado la tendencia a la autocrítica con trastornos del ánimo, autolesiones, ansiedad social, agresividad, trastorno por estrés post-traumático, peores resultados en terapia y la detección temprana de una tendencia autocrítica excesiva como rasgo predictivo de la aparición posterior de problemas psicológicos (Longe et al., 2010).

Desde la TFE, se ha comprendido la autocrítica como un conflicto entre dos aspectos del Self: un Self que juzga y critica duramente (el crítico interno), bloqueando la experiencia personal y las necesidades sanas de otro Self pasivo que recibe las críticas (el Self experiencial) (Shahar et al, 2012). Al igual que con la Tarea de Autoconsuelo Compasivo en la promoción en terapia de la autocompasión, Shahar et al (2012) plantean la utilización de la técnica de las dos sillas ante la aparición en terapia de marcadores de autocrítica. A través de esta técnica el cliente puede llevar a cabo un diálogo entre las dos partes de su Self en conflicto en la que se le pide que hable desde su crítico interno al Self experiencial y después actuar como el Self experiencial y reflejar cómo se siente esa parte de sí mismo ante las críticas.

Mediante esta técnica, el terapeuta procura facilitar una transformación emocional y la integración de las dos partes del Self disociadas. Como resaltan Shahar et al (2012), el aporte esencial de esta técnica es que permite experimentar directamente las emociones de cada parte del Self, entendiendo que hablar y comprender intelectualmente esta disociación del Self no es suficiente para superarla. Para poder considerar que la técnica ha sido efectiva, se deben dar dos procesos: los sentimientos de rabia y odio expresados por el crítico interno deben ser transformados en sentimientos de compasión y empatía hacia el Self experiencial y los sentimientos de culpa, vergüenza e impotencia expresados por el Self experiencial al recibir la crítica son transformados en asertividad resiliente y enfado adaptativo. La autocompasión promovida ayuda a desarrollar la capacidad de auto consolarse y manejar situaciones estresantes de un modo más adaptativo. La asertividad resiliente permite que el paciente resista y se defienda con más fuerza ante la autocrítica y que gestione mejor sus necesidades adaptativas.

A pesar de la influencia ampliamente probada de la autocrítica en la aparición de problemas psicológicos, la publicación de Shahar et al (2012) ya comentada es uno de los pocos estudios dedicados a probar la eficacia de métodos terapéuticos para reducir la tendencia a la autocrítica en los clientes. El estudio, que también aplica la escala de productividad emocional

que hemos utilizado en el presente trabajo, determina que la aplicación de la técnica de las dos sillas está relacionada con la reducción significativa en la autocrítica, síntomas de ansiedad y depresión y con un aumento en la autocompasión y en la capacidad de autotranquilizarse en clientes que presentaban previamente niveles altos de autocrítica.

Así como el trabajo con la autocompasión puede ser abordado como una forma de procesamiento emocional productivo y de transformación de estados desadaptativos en adaptativos, el trabajo con la autocrítica también. La autocrítica puede ser entendida y estudiada desde un enfoque de TFE y, debido a la escasa investigación sobre métodos en la reducción de la autocrítica o sobre los procesos que operan en ella, consideramos que puede resultar de interés y utilidad estudiar la autocrítica como la tercera variable de resultado de este trabajo.

Objetivos y metodología del trabajo

Como ya se ha comentado brevemente, el principal objetivo de este trabajo es el análisis de la productividad emocional a lo largo de las once sesiones grabadas de 50 minutos aproximadamente de Terapia Focalizada en la Emoción aplicadas a un caso único.

Se ha optado por centrar el trabajo en el análisis de la productividad emocional por la creciente relevancia del concepto en la clínica y en la investigación y por su precisión a la hora de describir los procesos emocionales que promueven el cambio en terapia. Va a ser evaluada mediante la Escala de Productividad Emocional del Cliente (CEPS-R) con una medida interjueces.

Con el fin de facilitar el análisis de la productividad emocional, se traducirá previamente el manual de aplicación de la escala CEPS-R del original en inglés al español (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010b). También se va a construir una herramienta informática o Software que facilite la aplicación del instrumento CEPS-R.

Se han escogido las variables de Resultado, Autocrítica y Autocompasión, cuyas puntuaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los 3 meses van a ser recogidas junto con las de la Productividad emocional.

La variable Resultado va a ser evaluada mediante la escala de Resultados terapéutico CORE-OM traducida al español (Botella et al., 2012). La variable Autocompasión mediante la Escala de Auto-compasión (SCS) adaptada al español (García-Campayo et al., 2014). Por último, la variable Autocrítica va a ser evaluada mediante la Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (FSCRS) de Gilbert et al. (2004) traducida al español por Carlos-López en su tesis doctoral de próxima publicación.

MÉTODO

Objetivos del estudio

El objetivo principal de este trabajo, como ya hemos explicado en la introducción, es el análisis de la productividad emocional en un caso de TFE aplicando la CEPS-R y la obtención de una fiabilidad interjueces correcta.

Previamente al análisis de la productividad emocional y con el objetivo de facilitar el trabajo de aplicación de la CEPS-R, se va a traducir al español el manual de referencia (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010b) y se va a diseñar y construir una herramienta informática.

Las sesiones o momentos terapéuticos más relevantes (señalados por un particular aumento o disminución en la cantidad de emociones productivas identificadas), serán descritas cualitativamente, buscando una posible explicación para esos cambios en la productividad emocional.

Posteriormente, como objetivo secundario, se observará la evolución en las puntuaciones de las variables de Resultados en terapia, Autocrítica y Autocompasión.

Esperamos que el análisis de la productividad emocional muestre una evolución positiva en sus puntuaciones a lo largo de las sesiones de terapia. De igual manera, esperamos que las puntuaciones en las variables de Resultados en terapia, Autocrítica y Autocompasión mejoren tras la terapia.

En cuanto a la fiabilidad interjueces, esperamos que el resultado sea más favorable en el análisis del acuerdo sobre las emociones productivas (4), que en el análisis del acuerdo interjueces sobre todas las categorías de la CEPS-R en conjunto (0, 1, 2, 3 y 4). Creemos que las características de la escala (que explicaremos más adelante) hacen más fácil reconocer cuando una emoción cumple los criterios para ser considerada productiva (4); que cuando hay que distinguir entre una emoción primaria y secundaria, por ejemplo.

Instrumentos de medida

- Escala de Resultado Terapéutico CORE-OM

Los resultados de la terapia en nuestro estudio de caso único van a ser medidos mediante la versión traducida al español (Freixas et al., 2012) de la escala de Resultado Terapéutico CORE-OM, instrumento creado en 1998 ampliamente validado por numerosos estudios que avalan sus propiedades psicométricas y su utilidad en la evaluación clínica (Botellas y Corbella, 2011).

Evans et al. (2002, citado en Feixas et al., 2012) realizaron un estudio de validación de referencia con una muestra clínica de 890 pacientes y una muestra no clínica de 1106 sujetos. Su fiabilidad es adecuada, con una α de Cronbach que oscilaba entre 0,75 y 0,95 en todas las subescalas del cuestionario y en los dos grupos de la muestra. La fiabilidad test-retest fue también buena con correlaciones ρ que oscilaban entre 0,87 y 0,91. En validez convergente, se comprobó

la correlación adecuada del cuestionario con otros 7 instrumentos de evaluación sintomática y de resultado. Se evaluó la discriminación del CORE-OM entre población clínica y no clínica con resultados que mostraban diferencias significativas en todas las dimensiones. Se atestiguaron diferencias de género con sesgo en la respuesta, con resultados moderados pero estadísticamente significativos en todas las dimensiones menos en Funcionamiento Cotidiano. El cuestionario se compone de 34 ítems que cubren 4 factores, los resultados del análisis factorial indicaban una amplia proporción de varianza en el primer componente del 38% respecto a los otros tres y un patrón de matriz tras una rotación oblicua que muestra una separación clara de los ítems en tres grupos: presencia de problemas, riesgo y reacciones positivas.

La versión traducida al español de este cuestionario ha sido ampliamente validada, siendo de 2016 la publicación más reciente (Trujillo et al.). En este artículo de validación se utilizó una muestra dividida en dos grupos: un grupo clínico de 192 sujetos y un grupo no clínico de 452. Para la adaptación de este cuestionario, se ha seguido el protocolo completo marcado por la International Test Commission (CST). Se evaluó la fiabilidad con una α de Cronbach entre 0.71 u 0.94. La fiabilidad test-retest fue fuerte, con correlaciones ρ que oscilaban entre 0.76 y 0.87. En validez convergente se comprobó la correlación del cuestionario con dos instrumentos (el BDI-II y el SCL-90-R) con resultados adecuados, pero más bajos que la correlación de la versión en inglés con los mismos cuestionarios. Se comprobaron diferencias significativas entre población clínica y no clínica en todas las dimensiones, con resultados mayores en el grupo no clínico. El tamaño del efecto de las diferencias fue similar a la versión original, excepto en la dimensión de Problemas/síntomas que en la versión española era 1.4 y en la inglesa 1.7. En cuanto a las diferencias por sexo, solo una dimensión (Bienestar subjetivo) mostraba una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme breve que consta de 34 ítems y que evalúa el estado del paciente a través de 4 dimensiones: bienestar subjetivo (4 ítems), problemas psicológicos y síntomas físicos (12 ítems), funcionamiento general (12 ítems) y riesgo (6 ítems que evalúan indicadores como ideación o intentos de suicidio). El valor de cada ítem se sitúa entre el 0 y el 4, siendo diseñado el instrumento de forma que a mayor puntuación, mayor gravedad en el estado del paciente.

- *Escala de Auto-compasión (SCS)*

Se va a medir la autocompasión mediante la Escala de Auto-compasión (SCS; Neff, 2003a) adaptada a la población española por García-Campayo et al. (2014). La SCS es un cuestionario de autoinforme con 26 ítems. Un tercio aproximado de los ítems se enfocan en la dimensión amabilidad con uno mismo versus el juicio hacia uno mismo, otro tercio de ítems en la condición humana común versus la sensación de soledad y, por último, un tercio sobre el mindfulness o conciencia plena versus la sobre-identificación.

Se ha puesto a prueba la validez del instrumento a través de varios estudios rigurosos sobre la misma (Costa et al., 2016; Neff, 2003a), determinando su validez teórica y psicométrica como medida de la autocompasión. Para evaluar la versión original en inglés de este cuestionario, se utilizó una muestra de 361 sujetos. Se dividió en dos grupos: un grupo experimental de 220 sujetos y un grupo control de 132. Los resultados del análisis factorial realizado apoyaron un modelo de dos factores (Actitud autocompasiva y Actitud autocrítica) con una correlación negativa moderada entre ambos factores ($r = 0.53$). Se midió la fiabilidad mediante la α de Cronbach, de 0.91 para la Actitud autocompasiva y 0.89 para la Actitud autocrítica. La validez de convergencia también se analizó, con una varianza de 0.65 para la Actitud autocompasiva y 0. para la Actitud autocrítica. La validez de discriminación también fue medida entre los factores, con un resultado de $r^2 = 0.28$. Para evaluar la validez clínica, se midió la correlación de ambos factores con la presencia de psicopatología, encontrándose una correlación negativa de la Actitud autocompasiva con la presencia de psicopatología ($0.566 \leq r \leq 0.253$) y una correlación positiva de la Actitud autocrítica con la presencia de psicopatología ($0.229 \leq r \leq 0.573$).

Se ha desarrollado más recientemente una versión corta del cuestionario que ya ha sido validada, con una adecuada consistencia interna con una α Cronbach's ≥ 0.86 y una buena correlación con la versión larga ($r \geq 0.97$) (García-Campayo et al., 2014).

García-Campayo et al. (2014) realizaron una traducción al español y validación de la escala con una muestra dividida en dos grupos: 268 estudiantes universitarios a los que se les pasó la versión larga del cuestionario traducido y 271 trabajadores del sistema de salud de Aragón a los que se le pasó la versión corta y la versión larga para medir la correlación entre ambas versiones. Para la traducción, se obtuvo el permiso de los autores originales de la escala. Dos investigadores realizaron la primera traducción al español, siendo traducida al inglés después por dos traductores bilingües. Las diferencias entre las traducciones fueron discutidas en una sesión con todos los traductores presentes y un profesor de inglés, que consensuaron la versión final del cuestionario en español. El análisis factorial confirmatorio de la versión larga y corta del cuestionario mostró un buen ajuste, con α de Cronbach's de 0.87 (95% CI = 0.85-0.90) para los 26 ítems del cuestionario largo y un rango de 0.72 a 0.79 para los factores. El α de Cronbach's para los 12 ítems del cuestionario corto fue de 0.85 (95% CI = 0.81-0.88) y un rango de 0.71 a 0.77 para los factores. La fiabilidad test-retest fue de 0.92 (95% CI = 0.89-0.94). La correlación entre la puntuación total de las versiones larga y corta fue de $r = 0.92$.

- Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (FSCRS)

Hemos analizado la variable de autocrítica con la Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (FSCRS) desarrollada por Gilbert et al. (2004) y extensamente validada (Halamova, Kanovský y Pacúchová, 2017; Halamova et al., 2018) como un instrumento fiable para analizar la autocrítica. La FSCRS es un cuestionario de 22 ítems que

analiza dos dimensiones: el grado en el que un sujeto es autocrítico o es capaz de autotranquilizarse. La escala mide tres aspectos: los sentimientos de inadecuación (la sensación de no ser suficientemente bueno), los sentimientos de odio y de querer hacerse daño a uno mismo y la capacidad de autoafirmarse y tranquilizarse (Shahar et al, 2012).

La versión en inglés de este cuestionario ha sido ampliamente validada, con una fiabilidad alta y traducida a diferentes idiomas. Un artículo reciente (Halamová, Kanovský, Gilbert et al., 2018) evalúa su validez comparando los resultados de doce estudios de distintos países. Comprueba que la fiabilidad de la escala es alta, con un α de Cronbach's de 0.90, 0.86 y 0.86 para sus tres escalas (Inadequate-Self, Hated-Self, y Reassured-Self). Se ha evaluado la discriminación entre grupos de la muestra, obteniendo una α de Cronbach's de 0.90, 0.85 y 0.85 en sujetos no clínicos y de 0.91, 0.87 y 0.85 en sujetos clínicos. La fiabilidad test-retest se evaluó con una muestra de Portugal de 41 sujetos con un intervalo de 4 semanas, con una correlación de Pearson de sus tres escalas suficiente (IS =0.72, HS = 0.78 y RS =0.65).

La versión en español de esta escala, la que se ha utilizado en este estudio, forma parte de una tesis (López-Cavada) que todavía no ha sido publicada y de la que aún no disponemos de todos los datos. Sabemos que se ha realizado un análisis factorial exploratorio y que se ha evaluado su fiabilidad y validez con buenos resultados, pero no conocemos las puntuaciones todavía.

También conocemos el procedimiento de traducción: se ha solicitado primero permiso al autor de la escala, para después ser traducida al español por el autor de la tesis y otros colaboradores. Posteriormente, una filóloga inglesa realizó la traducción inversa y se analizaron las diferencias con la versión en español. Los ítems que no pasaron el filtro de la traducción inglesa se volvieron a traducir al inglés hasta que la traducción resultante era acorde a la intención del ítem original.

- Escala de Productividad Emocional del Cliente (CEPS-R)

Como ya se ha explicado más detenidamente en la introducción, la CEPS-R es una herramienta ampliamente validada (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010; Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013) que evalúa la productividad emocional y es utilizada para determinar si las expresiones emocionales observadas en una sesión de terapia pueden ser calificadas como productivas.

Tras evaluar la fiabilidad interjueces mediante el coeficiente kappa de Cohen (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013), se determinó que el acuerdo interjueces en la identificación de la emoción expresada del cliente fue $k= 0.92$, el acuerdo en arousal e intensidad de la emoción expresada fue $k=0.90$ y el acuerdo en productividad emocional fue $k= 0.80$. Las puntuaciones por encima de 0.80 son consideradas como de acuerdo casi perfecto.

La CEPS-R es un instrumento de aplicación compleja y minuciosa, que requiere de una formación previa en el investigador para poder ser utilizada adecuadamente. Para analizar la productividad emocional, se divide la sesión grabada en video en fragmentos de un minuto y se analiza si existe expresión emocional (o ausencia de ella) en cada minuto y si esta cumple las otras tres dimensiones (activación emocional, tipo de emoción y forma de procesamiento) y los siete criterios de la dimensión de forma de procesamiento (atención, simbolización, congruencia, regulación, aceptación, capacidad de acción y diferenciación).

Para valorar si se cumplen las cuatro dimensiones se tienen que tener en cuenta una serie de criterios detallados. Dos de esos criterios se corresponden con otros dos instrumentos de evaluación: **The experiencing scale (EXP)** (Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986) ampliamente validada (Pascual-Leone y Yeryomenko, 2017) y **Client emotional arousal scale–III** (Warwar y Greenberg, 1999) también validada con buenos resultados (Carryer y Greenberg, 2010).

La CEPS-R distingue entre cinco categorías referidas a la productividad de la emoción expresada en el segmento analizado: (0) no codificable, (1) no productiva, (2) emoción expresada pero no experimentada, (3) no expresión emocional y (4) productiva (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2010).

Diseño

Esta investigación es un estudio diacrónico de caso único cualitativo con diseño observacional. Se va a analizar la productividad emocional de manera cuantitativa mediante la escala observacional CEPS-R y de forma cualitativa con el análisis descriptivo de los momentos más relevantes en terapia. También se recogerán las puntuaciones de las tres variables cuantitativas de resultados y se observará su evolución.

Participantes

Siendo este un estudio de caso único, la muestra se ha reducido a un único sujeto escogido entre una muestra mayor de participantes de una investigación. Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación ya abierto llamado: “Proceso terapéutico: Estilo del terapeuta, alianza y procesos de autocrítica” dirigido por Rafael Jódar Anchía de la Universidad P. Comillas, Leire Iriarte Elejalde de la Universidad de Deusto y Sergi Corbella Santomà de la Universidad Ramon Llull.

Parte de la muestra de este proyecto se compuso de un grupo de sujetos a los que se ofreció entre 10 y 14 sesiones de terapia individual de forma gratuita a cambio de aceptar participar en el estudio y de dar su consentimiento informado a dos condiciones: ser grabados en video y responder a una serie de cuestionarios. El caso que vamos a analizar en el presente trabajo se ha extraído de esta muestra mayor. Rafael Jódar Anchía, el tutor académico de este estudio,

fue el terapeuta encargado de sus 11 sesiones de terapia. El caso se va a analizar a través de las sesiones de terapia grabadas en video y se utilizarán 3 de los cuestionarios ya completados (resultados terapéuticos, autocrítica y autocompasión).

Se ha optado por un estudio de caso único por lo complejo que resultaría aplicar una herramienta como la CEPS-R en más casos y por el alcance limitado de un trabajo de fin de máster. Utilizar esta escala requiere una formación previa y una observación muy minuciosa y compleja de cada minuto de la terapia.

La paciente de nuestro estudio es una mujer de 50 años, casada y con dos hijos. Acude a consulta por su alto nivel de autocrítica, relacionado especialmente con su supuesto mal desempeño como madre y en el trabajo. Estuvo en otra terapia hace unos años con buenos resultados, pero dice que le han quedado algunas “lagunas” o problemas por resolver y la profunda herida causada por su madre y su relación problemática con ella.

Procedimiento:

El primer paso ha consistido en la traducción del manual de aplicación de la CEPS-R (Auszra, Greenberg, y Herrmann, 2010b) del inglés al español, con el fin de facilitar el análisis de la productividad emocional y la construcción de la herramienta informática (se han usado los criterios traducidos como base). Se han incluido también las traducciones al español de la Client emotional arousal scale–III (Warwar y Greenberg, 1999) (traducida por la autora) y la versión en español de The experiencing scale (Alemany, Aguilar, Coduras, y Ortega, 1997).

El segundo paso ha sido el diseño y construcción de la herramienta informática que hemos utilizado para aplicar la CEPS-R. El diseño del programa ha sido realizado por la autora del trabajo y para su construcción hemos contado con la colaboración de un graduado en ingeniería informática. La herramienta recoge todos los criterios de la CEPS-R en un formulario y produce archivos de tipo EXCEL con los resultados cuantificados y archivos de texto con los resultados de los formularios registrados (y los criterios marcados) con el fin de facilitar una posible comparación de datos entre distintos evaluadores.

Hemos diseñado un formulario de cuatro pasos (uno por cada dimensión de la escala). El usuario tiene que ir completando cada paso en orden e indicar los criterios que se cumplen para el fragmento de video que está analizando. Si la herramienta detecta que se han señalado los criterios requeridos, permite al usuario moverse al siguiente paso. La pantalla se divide en dos: en el lado izquierdo aparecen los criterios a marcar y en el derecho la descripción de los criterios e información adicional para facilitar la decisión al usuario. Para que aparezcan las descripciones, es necesario que el usuario marque los botones situados a la derecha de los criterios con información adicional.

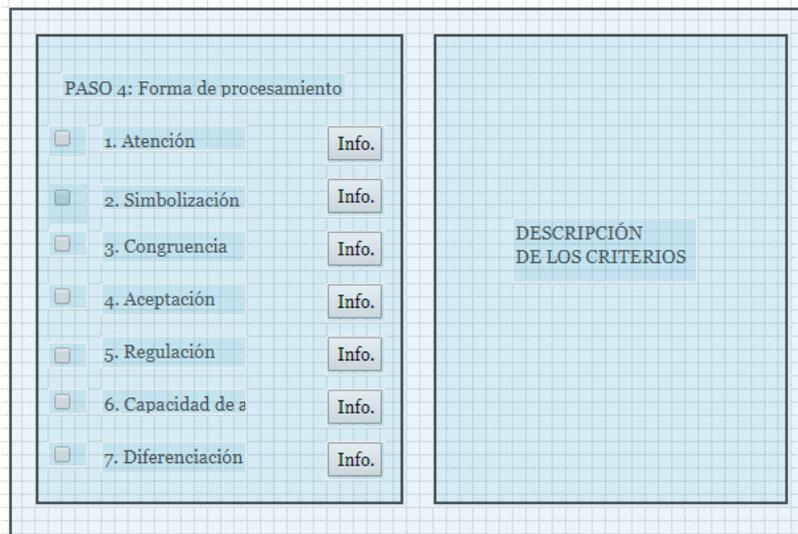


Figura 1: Diseño previo del paso 4 (Forma de procesamiento) del formulario del programa informático CEPS-R.

Para comenzar el análisis de un sujeto, el usuario abre un nuevo formulario. Aparecen cuatro pestañas en la parte superior (una por cada paso del formulario) y comienza rellenando la del paso 1. Si completa los criterios necesarios, el programa permite que pase a la siguiente pestaña y al paso 2; pero también ofrece la posibilidad de volver a la pestaña anterior y modificar la información si ha cambiado de idea respecto a algún criterio. En la parte inferior de la pantalla aparecen botones desplegables mediante los que se puede indicar el número de sesión, el minuto y el tipo de emoción expresada.

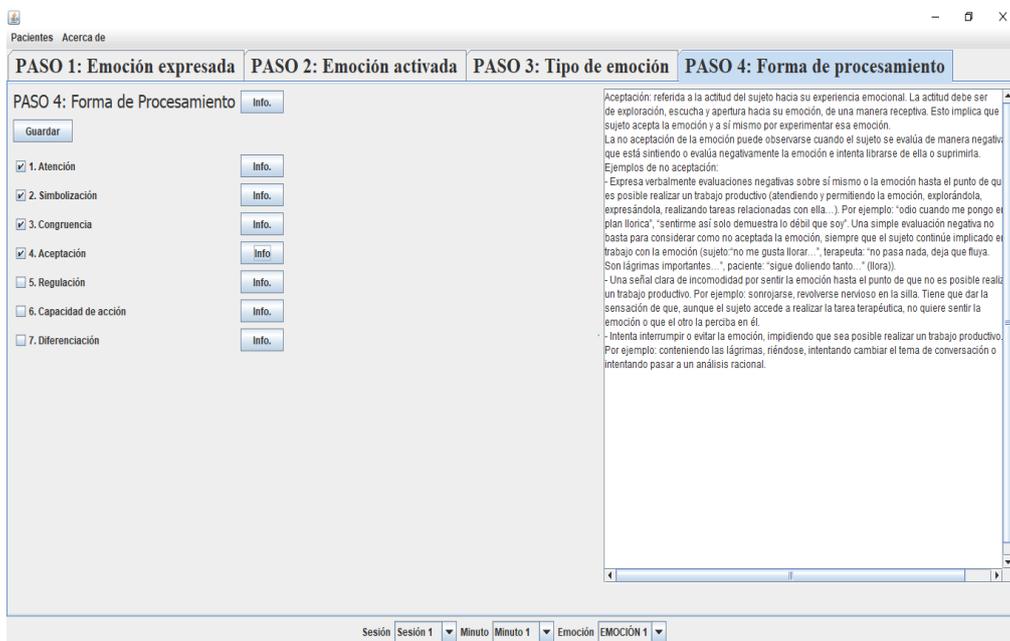


Figura 2: Imagen de la versión final del programa CEPS-R y del paso 4 (Forma de procesamiento) de su formulario. A la derecha vemos la descripción correspondiente al criterio "Aceptación".

Como ya se ha mencionado, el programa produce dos tipos de archivo: un EXCEL y un archivo de texto. El EXCEL recoge los datos cuantificados de cinco variables: productividad emocional (puntuado del 0 al 4), nivel de arousal (del 1 al 7), nivel de experienciar (del 1 al 7), tipo de emoción (del 1 al 17) y categoría de la emoción (referida a si es secundaria (2), instrumental (1), primaria adaptativa (3) o primaria desadaptativa (4)). No es necesario, sino se quiere, recoger los datos para todas las variables, ya que la CEPS-R solo exige los de las variables productividad emocional y tipo de emoción (Auszra, Greenberg, y Herrmann, 2010b).

	A	B	C	D	E	F	G
1	NúmeroSesión	Minuto	ProductividadEmocional	Arousal	Experienciar	TipoEmoción	Categorías
2	1	1	0-4	1-7	1-7	1-17	1-4
3	1	2					
4	1	3					
5	1	4					
6	1	5					
7	1	6					
8	1	7					
9	1	8					
10	1	9					
11	1	10					
12	1	11					
13	1	12					
14	1	13					
15	1	14					
16	1	15					
17	1	16					
18	1	17					
19	1	18					
20	1	19					
21	1	20					

Figura 3: Ejemplo de EXCEL producido por la herramienta CEPS-R con las puntuaciones indicadas para cada variable.

El tercer paso se ha centrado en el análisis de la productividad emocional en el sujeto de nuestro estudio. El método seguido para aplicar la CEPS-R, indicado por Warwar y Greenberg (1999), ha consistido en la utilización de las grabaciones en video de las once sesiones de terapia TFE del sujeto, utilizando los últimos 20 minutos de trabajo de cada una (los últimos 5 minutos de la sesión no se evalúan). Hemos fragmentado cada sesión en segmentos de un minuto que han sido analizados uno a uno. Hemos aplicado después los criterios que permiten determinar el grado de productividad emocional en cada segmento.

Para garantizar una mayor fiabilidad, dos evaluadores (la autora de este trabajo y uno de los directores del proyecto en el que está enmarcado, Rafael Jódar Anchía) han aplicado la escala CEPS-R sobre el mismo sujeto. El segundo evaluador, no obstante, solo ha analizado la productividad emocional en tres sesiones (la 6ª, 8ª y 10ª) y el acuerdo interjueces se ha medido comparando estas tres sesiones.

Una vez recogidos los datos, hemos podido observar la evolución en las puntuaciones de la productividad emocional desde el inicio hasta el final del tratamiento y la evolución en las

puntuaciones de las variables Resultado, Autocompasión y Autocrítica, recogidas en tres momentos del estudio (pre, post y seguimiento a los tres meses).

Por último, con los resultados en productividad emocional, hemos realizado un análisis cualitativo de los momentos más relevantes en terapia y hemos intentado relacionar las sesiones con las puntuaciones más llamativas en productividad emocional, con lo que sucedía en terapia.

RESULTADOS

Productividad emocional

Tras el análisis de la productividad emocional a lo largo de las 11 sesiones de terapia, obtenemos una gráfica (figura 3) que recoge la frecuencia en cada sesión de cada tipo de emoción según la CEPS-R.

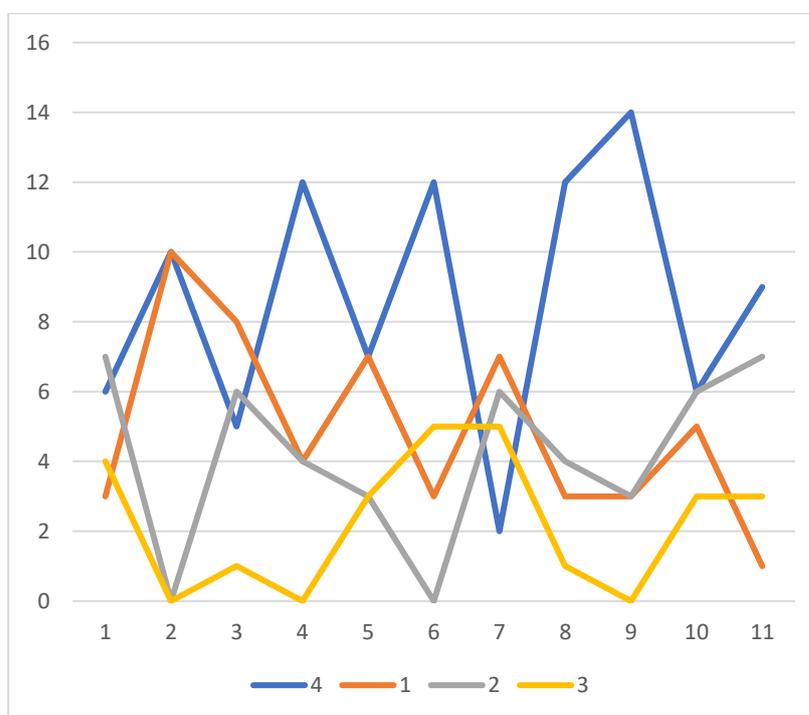


Figura 3: Gráfico de frecuencias del tipo de emoción por sesiones según la codificación de la CEPS-R: (1) no productiva, (2) expresada pero no experimentada, (3) no expresión emocional y (4) productiva.

Observamos que los minutos en los que no se ha detectado expresión emocional (3) son los menos frecuentes en general en cada sesión, excepto por las sesiones 5, 6, 7 y 11. Los minutos codificados como emoción expresada pero no experimentada o activada (2) son menos frecuentes que los de emoción productiva (4) o no productiva (1), pero más que los de no expresión emocional (3). Destaca por su aumento en las sesiones 1, 3, 7, 10 y 11 y por su disminución en las sesiones 2, 6 y 9.

En cuanto a las emociones codificadas como productivas (4), comprobamos que son las más frecuentes en casi todas las sesiones, excepto en las sesiones 1, 3 y 7 donde son superadas y

en las sesiones 2, 5 y 10 donde empatan con otros tipos de emoción. Las emociones no productivas (1) suelen ser las más frecuentes por debajo de las productivas. Las sesiones con menos frecuencia son la 1, 6, 8, 9 y 11 y las de mayor frecuencia son las sesiones 2, 3, 5 y 7.

Si calculamos el total de cada categoría en las 11 sesiones obtenemos los siguientes datos: 95 minutos de productividad emocional, 54 de emoción no productiva, 46 de emoción expresada pero no experimentada y 25 de no expresión emocional.

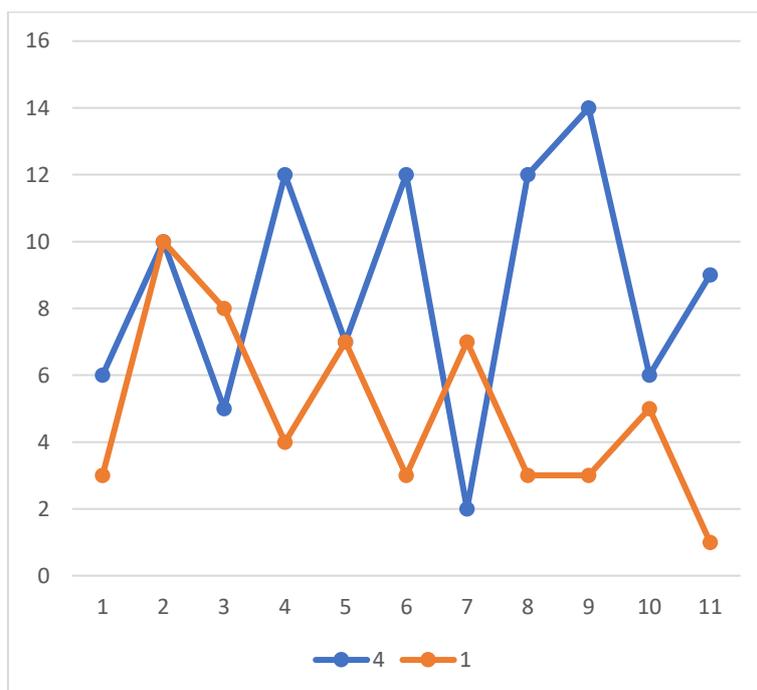


Figura 4: Gráfico de frecuencias por sesiones de emociones productivas (4) y no productivas (1).

Con estos datos, observamos una tendencia positiva en el aumento a lo largo de las sesiones en productividad emocional. Pero no podemos afirmar que sea una tendencia estable y progresiva, sino que tiene subidas y bajadas en su frecuencia bruscas; pasando, por ejemplo, de una cantidad de 12 en la sesión 6 a una cantidad de 2 en la sesión 7 y a una cantidad de 12 otra vez en la sesión 8.

Observamos, en cambio, una tendencia negativa en la disminución de las emociones no productivas (1) a través de la terapia. Pero, de nuevo, no es una tendencia estable, sino que sube y baja muy bruscamente. En ocasiones, su cambio parece corresponderse con un cambio en las emociones productivas (4), como en las sesiones 4, 6, 7, 8, 9 y 11 donde su frecuencia aumenta si disminuyen las productivas y viceversa. No obstante, por su falta de regularidad en los cambios, esta última observación solo tiene un valor descriptivo.

No observamos una tendencia definida en el caso de la no expresión emocional (2) o la emoción expresada pero no experimentada (3). Sin embargo, la frecuencia de ambas es menor en general que las productivas o no productivas y podríamos decir que cuando estas dos últimas

aumentan, la frecuencia de no expresión emocional o de expresión emocional no experimentada parece disminuir (o aumentar si disminuyen las otras dos). No obstante, los cambios en frecuencia son irregulares y no están proporcionados al cambio en otros tipos de emoción.

Acuerdo entre jueces

Hemos medido la fiabilidad interjueces de tres sesiones (6, 8 y 10) y hemos obtenido dos resultados: uno para el acuerdo sobre la productividad emocional (4) en solitario y otro para el acuerdo sobre el resto de las categorías de la CEPS-R en conjunto (0, 1, 2, 3 y 4).

Para el primero, el índice Kappa ha sido de 0,112 (acuerdo insignificante). Para el segundo, el índice de Kappa ha sido de 0 (sin acuerdo). Son resultados muy desfavorables.

VARIABLES DE RESULTADO

Hemos recopilado los resultados en las variables de resultados terapéuticos, autocompasión y autocrítica de la paciente antes de la terapia, después y en un seguimiento a los tres meses (tabla 1).

Tabla 1:

Resultados del sujeto en las variables de resultado

Escala	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento a los 3 meses
CORE-OM			
Bienestar subjetivo	1,00	0,00	2,00
Problemas	0,83	0,17	0,33
Funcionamiento	1,08	0,00	1,67
Riesgo	1,00	0,00	0,00
SCS			
Autocompasión	2,20	4,70	4,30
Humanidad	2,00	3,50	4,00
Mindfulness	2,13	4,00	4,50
FSCRS			
Inadecuación	27,00	2,00	11,00
Odio a uno mismo	6,00	0,00	1,00
Autoafirmarse	13,00	30,00	20,00

Nota: CORE-OM= Escala de Resultado Terapéutico (Freixas et al., 2012); SCS= Escala de Auto-compasión (García-Campayo et al., 2014); FSCRS= Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (López-Cavada).

Los resultados en CORE-OM o escala de resultados terapéuticos (Freixas et al., 2012) nos muestran una mejora sustancial tras el tratamiento en la escala de problemas psicológicos y síntomas físicos (de 0,83 inicial a 0,17 tras el tratamiento), que empeora un poco en el seguimiento (0,33). En la escala de riesgo hay una mejora desde la puntuación de 1 a la puntuación de 0 tras la terapia, que se mantiene en el seguimiento. En las escalas bienestar subjetivo y funcionamiento la puntuación disminuye, curiosamente, tras el tratamiento (de 1 a 0 en bienestar y de 1,08 a 0 en funcionamiento), pero aumenta en el seguimiento a los tres meses (a 2,00 en bienestar y a 1,67 en funcionamiento).

En la escala SCS o Escala de Auto-compasión (García-Campayo et al., 2014), podemos observar una mejora en la puntuación de la paciente en sus tres dimensiones tras el tratamiento: de 2,20 en autocompasión a 4,70, de 2,00 en humanidad a 3,50 y de 2,13 en mindfulness a 4,00. Destaca la mejora en el seguimiento a los tres meses en humanidad a 4,00 y en mindfulness a 4,50. En autocompasión sí que observamos una disminución a 4,30 en el seguimiento.

En cuanto a sus resultados en la FSCRS o Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (López-Cavada), se ha producido una mejora en las tres dimensiones tras la terapia: ha disminuido de 27 en el factor inadecuación a 2 y de 6 en odio a uno mismo a 0 y la puntuación ha aumentado de 13 a 30 en autoafirmarse. El resultado empeora en el seguimiento, a 11 en inadecuación, 1 en odio a uno mismo y 20 en autoafirmarse; pero se mantiene una mejora sustancial respecto al resultado antes del tratamiento.

Análisis cualitativo

Hemos realizado un análisis descriptivo de las sesiones 1, 4, 7, 9 y 11. A pesar de que no son de las que más destacan en productividad emocional, hemos escogido la primera sesión y la última (11) porque son las que se centran en describir tanto las dificultades y objetivos de la paciente como los cambios y mejoras tras la terapia. El resto de las sesiones han sido seleccionadas por reflejar un aumento o disminución relevante en la frecuencia de emociones productivas a lo largo de la terapia.

Tenemos que señalar también que, cuando lo hemos considerado necesario, hemos incluido partes de las sesiones que quedan fuera de los veinte minutos de análisis estipulados por la CEPS-R (Auszra, Greenberg, y Herrmann, 2010b).

Sesión 1:

Como ya hemos comentado, la paciente es una mujer de 50 años, casada y con dos hijos (una niña de 14 años y un niño de 13). Estudió tres carreras (derecho, trabajo social y psicología) y trabaja desde hace unos meses en una ONG.

Acude a terapia con la esperanza de poder mejorar su alto nivel de autocrítica, el cual identifica como su mayor problema. Es consciente de que, aunque no actúe realmente mal o nadie la critique, ella tiene a sentirse automáticamente en falta, avergonzada e inferior.

Identifica dos “lagunas” o problemas que necesita trabajar: uno como madre y otro como trabajadora. Como madre, siente que ha fallado en el pasado a sus hijos y que le ha faltado más paciencia y presencia en casa. Cuenta que antes solía sentirse muy inquieta y necesitaba pasar el tiempo fuera de casa, llenándolo de cosas y personas que no le importaban realmente. Ahora quiere estar en casa y poder disfrutar de su familia.

En el trabajo, después de muchos años por su cuenta, tiene que aprender a trabajar en equipo y bajo supervisión. Al trabajar ahora con más gente, siente que hay “un espejo en el que se refleja la carencia”, sus lagunas de aprendizaje. Siente que, al igual que como madre, necesita mejorar y aprender nuevos recursos.

Lo que subyace bajo estas lagunas y preocupaciones son las secuelas de una infancia difícil y una relación muy traumática con su madre. Cuenta que fue una madre muy exigente, poco afectuosa y que nunca la apoyó emocionalmente. Siente culpa y vergüenza al pensar en que ha podido repetir el esquema que aprendió con su ella en sus propios hijos y en todos los errores que ha cometido con ellos que ya no puede reparar. Siente dolor por la pérdida de la infancia que le hubiera gustado tener, por haber tenido que crecer sola sin apoyo ni protección. Sin embargo, ahora empieza a sentirse orgullosa por haber mejorado y aprendido por sí misma.

Estuvo varios años en terapia, con resultados muy positivos (“un antes y después”). Cuenta que antes vivía disociada, en un estado de actividad y ansiedad constante. La terapia la ayudó a tomar conciencia de sí misma, a comprender cómo le había afectado el trauma en su infancia, a aprender a perdonar y sobre todo a empezar a disfrutar de su familia y de las pequeñas cosas. Se siente orgullosa de su progreso, pero todavía se critica con dureza por sus lagunas y por los fallos pasados.

Su objetivo es lograr aceptar sus lagunas y permitirse no ser perfecta. Perdonarse como madre, entender que si falló lo hizo porque le faltaban “recursos” que no pudo aprender, y perdonarse como trabajadora por estar aprendiendo ahora lo que supuestamente le falta.

Se han registrados 6 momentos o minutos de productividad emocional en esta primera sesión. Expresa vergüenza e impotencia de forma productiva al hablar de cómo se castigó al recibir una crítica en el trabajo y desesperanza al explicar cómo una parte de ella siente que ha perdido las fuerzas para seguir luchando por encontrarse bien, se siente cansada y sin energía.

Hacia el final de la sesión aparece con productividad la emoción de orgullo al hablar de cómo pudo sobreponerse a lo vivido con su madre y vuelve a sentir dolor al hablar de su sensación de pérdida, de no haber tenido un apoyo o estructura emocional.

Ya en esta primera sesión podemos observar cómo aparecen las emociones productivas que parecen más nucleares o claves en el proceso terapéutico de la paciente: vergüenza por sus lagunas y orgullo por lo que ha conseguido por sí misma. Continuarán apareciendo a lo largo de la terapia y observaremos el esfuerzo del terapeuta por potenciar el lado más sano y adaptativo de la paciente, centrando el trabajo en la transformación del dolor desadaptativo en una tristeza adaptativa por el duelo de lo que ha perdido y la vergüenza por sus fallos disminuye a favor del orgullo por su fuerza y lo que ha conseguido.

Sesión4:

Podemos observar en esta sesión una primera subida importante en la cantidad de emociones productivas respecto a las sesiones anteriores, con 12 momentos de productividad.

La paciente afirma que empieza a sentirse mejor, ha recuperado la actividad física y su objetivo de perder peso. Esto es importante para ella porque antes sentía como si su autoexigencia constante la paralizase, se sentía cansada y con una gran sensación de pesadez interna. Reconoce que cuando ha hecho deporte en el pasado no ha sido desde el deseo de cuidarse y el disfrute sino desde la obligación y la rigidez. Siente que esta vez se ha aproximado al ejercicio de forma distinta, tranquila y progresiva.

Habla de su terapeuta anterior y aparece otro tema importante: el dolor por su pérdida al terminar la terapia. Cree que la terapeuta se convirtió en una especie de figura maternal para ella; la hizo conectar por primera vez con su niña interna y su deseo de protección y cariño. Durante su tiempo en terapia necesitó ser esa niña y sentirse protegida por la terapeuta, pero ahora le cuesta aceptar que ya no puede depender de ella y que esta parte de su proceso se ha cerrado.

Se lleva a cabo un ejercicio con la silla vacía en la que el terapeuta pide a la paciente que coloque a su niña interior en la silla y que evoque su presencia. La siente como una niña alegre de sentimientos puros, inocente, vulnerable en un entorno hostil donde la bondad y la pureza no se tienen en cuenta. Ve como la niña tiene que empezar a construirse una armadura que se llena de golpes, pero preserva su inocencia. Le dice que ha sido muy valiente y que vive todavía en ella. Le está muy agradecida porque, a pesar de las heridas, ella ha confiado y se ha dejado ayudar, ha recuperado su fuerza y presencia. Hay una sensación de reconocimiento y amor mutuo.

El registro de la productividad emocional comienza hacia el final de este ejercicio. Aparece con productividad la culpa por sus hijos, por no haber disfrutado más de ellos, pero -sentándose en la silla de la niña- su niña interior le dice que no se preocupe, que ha cambiado (“eres la noche y el día”). Siente paz al oír esto y sabe no pasa nada porque se equivoque, puede rectificar. Aparecen otras emociones: autoconfianza, alegría, amor y orgullo. Se siente agradecida con la niña por haber mantenido su esencia y haberse quedado con ella.

Realiza el ejercicio con un tono visiblemente emocionado, llora levemente, emocionada pero todavía en contacto con el trabajo terapéutico. Atiende a lo que siente, lo comunica, simboliza sus emociones con mucha facilidad y en un proceso que evoluciona -la emoción no se enquistaba, sino que progresa y pasa a otros estados (de culpa a autoconfianza, de autoconfianza a alegría, de alegría a cariño, de cariño a orgullo...).

Sesión 7:

En esta sesión observamos el descenso más brusco y pronunciado en productividad emocional, con solo dos momentos de productividad registrados.

Se siente más cansada últimamente y está preocupada por el trabajo. Habla de su trabajo durante gran parte de la sesión y sobre cómo vive la gran responsabilidad que tiene en él; lo hace, sin embargo, con un tono calmado, racional y superficial en lo emocional.

Comienza el análisis de la productividad emocional cuando se encuentra hablando de su hijo y sus problemas en el colegio. La paciente habla de lo mucho que le frustra que no sea mejor estudiante y que no piense en su futuro, pero no es un enfado productivo. Conecta luego con su propia niña, cuando a ella misma le iba mal en el colegio; llora un poco pero pronto se desconecta y no llega a simbolizar la emoción. Habla de su hija y de cómo echa en falta tener más contacto y complicidad con ella, pero, aunque expresa ansiedad y tristeza, no son emociones activadas; su tono es tranquilo y muy racional.

Sí que hay un momento de desesperanza productiva cuando habla de cuánto le está costando recuperar la confianza en la relación con su madre, acepta que no va a ser lo que desearía completamente, pero no quiere darla por perdida. Hay un segundo momento de productividad y tristeza al recordar una ocasión en la que le dijo a su madre que la quería y ella no le respondió. Comprende ahora que ella no tiene esa capacidad y que no es algo que tenga que ver con ella, pero la situación la dejó descolocada, con una sensación abandono emocional. Termina la sesión con un momento de comprensión, tristeza y empatía hacia su madre, pero no llega a ser productivo porque pronto su estado se fusiona con desesperanza y queja.

Sesión 9:

Observamos en esta sesión el mayor número de emociones productivas registradas, 14 en total. Cuenta que se ha sentido muy cansada tras la sesión pasada (la octava sesión, con 12 emociones productivas) y el trabajo tan intenso a nivel emocional que realizaron.

Unos quince minutos antes de comenzar el análisis con la CEPS-R, realizan un ejercicio con la silla vacía, en la que el terapeuta le pide que siente a un antiguo jefe que la despidió hace unos años y por el que se sintió maltratada. Evoca la sensación de ser injustamente tratada, de ser traicionada, “si fuera tu hija no me hubieras tratado así”. Esta sensación la transporta a su infancia,

cuando sentía que sus padres no la defendían; ella renunció a pedirles ayuda y se tuvo que apañar sola. Podemos ver su dolor, su rabia por todo el tiempo de vida perdido intentando resolver lo que le faltaba, el desgaste emocional...

Comienza el análisis de la productividad en este punto del ejercicio. Registramos toda una serie de emociones productivas: dolor por no haber escuchado y estado con sus hijos como se merecen. Aparece tristeza, duelo por el tiempo vivido “en modo supervivencia”, sin espacio para la ilusión y el disfrute. Tras dos minutos de tristeza productiva, hay otro de tristeza expresada pero no experimentada al desconectarse de la emoción brevemente. Se cambia después de silla y ahora el terapeuta le pide que hable como su madre interior. Su “madre” expresa culpa primero y se disculpa por no haber sido mejor madre y después pasa a expresar amor y admiración hacia ella por haber conseguido lo que ella no pudo y le agradece el esfuerzo por salir adelante.

El terapeuta le pide que vuelva a su silla y escuche cómo recibe este amor. Se siente sorprendida e impactada. Reconoce que nota como su madre últimamente intenta acercarse a ella, aunque de manera torpe. La emoción se transforma en amor productivo, “es un lo siento reparador, gracias por la disculpa, la he esperado siempre”.

Observamos tres últimos momentos de productividad y tristeza cuando se despide del jefe que la rechazó. Le habla desde la tristeza porque se haya perdido -al despedirla- a una persona tan valiosa, leal y buena. Es una tristeza tranquila, no desde la herida del principio y la queja, sino desde un lugar más maduro y reflexivo.

Sesión 11:

Es la última sesión del tratamiento, con nueve minutos de productividad. La han ascendido en el trabajo y lo ha recibido con orgullo y con la autoconfianza de que sabrá dar la talla.

Habla de su antigua terapeuta y de cómo todavía siente su pérdida, pero también se siente agradecida y como si pudiese ya “volar sola”. Comprende mejor cómo esa dependencia estaba relacionada con su madre y la necesidad de afecto que no pudo satisfacer de niña.

Comienza el análisis de la productividad y observamos una tristeza expresada pero no experimentada (habla de cómo se siente brevemente pero no se detiene en la emoción). Pronto aparece una tranquilidad productiva al hablar de que sabe que no va a tener la relación que desearía con su madre, pero comprende y acepta que su madre “no puede dar más”, no tiene que ver con ella como hija. Hay momentos de dolor y tristeza productiva cuando habla de la nueva pérdida al terminar esta terapia (tiene que despedirse de otro terapeuta). Reflexiona sobre su necesidad de volar sola y hacerse fuerte, pero vuelve al deseo de volver al nido, a una protección.

Los últimos minutos de emoción productiva registrada son de calma y satisfacción. El terapeuta le pregunta por la sensación que le queda tras el proceso. Habla de tranquilidad y agradecimiento por un trabajo que cree que ha cubierto gran parte de sus lagunas. Se siente ahora con más seguridad, calma, alegría, menos ansiedad y más emociones positivas. Siente que todas las sesiones han ido a mejor, que se han cerrado siempre con una conclusión positiva. Vino desbordada emocionalmente y siente que ha sido acogida y acompañada.

Ha quedado sin cerrar del todo el tema de los hijos, pero se siente tranquila e ilusionada porque cree que puede continuar mejorando por su cuenta.

El terapeuta, a su vez, le da las gracias por su generosidad como paciente, su apertura emocional y por haberle permitido acompañar en su proceso.

DISCUSIÓN

Resultados terapéuticos

Tras recoger los resultados en las variables de resultados terapéuticos, autocompasión y autocrítica de la paciente antes de la terapia, después y en el seguimiento a los tres meses, comprobamos que se produce una mejoría en las tres escalas tras el tratamiento y que parte de esa mejoría se mantiene en el seguimiento (tabla 1).

Los resultados en CORE-OM o escala de resultados terapéuticos (Freixas et al., 2012) muestran una mejora sustancial tras el tratamiento en la escala de problemas psicológicos y síntomas físicos que empeora un poco en el seguimiento; así como en la escala de riesgo hay una mejora total (de 1 a 0) que se mantiene en el seguimiento. Se produce un empeoramiento tras el tratamiento en las escalas bienestar subjetivo y funcionamiento, pero el resultado mejora mucho en el seguimiento a los tres meses respecto a la puntuación pre-tratamiento. Las puntuaciones quedan de la siguiente manera: de 1 en bienestar en pre-tratamiento a 2 en el seguimiento, de 1,08 en funcionamiento a 1,67 y de 1 en riesgo a 0.

No sabemos a qué puede deberse este empeoramiento en las dimensiones bienestar subjetivo y funcionamiento tras el tratamiento. No es coherente con los resultados de las otras dos escalas (SCS y FSCRS) o con el informe positivo de la paciente en la última sesión sobre cómo había vivido el proceso y su mejoría tras la terapia (recogido en el apartado de análisis cualitativo en resultados). Puede que haya influido el que completase el cuestionario nada más terminar la última sesión, que no comenzase a observar los cambios hasta más tarde o que, como dijo al finalizar, no había terminado de solucionar todas sus “lagunas” en terapia, pero ya sabía cómo continuar mejorando.

En cualquier caso, podemos afirmar que se produce una mejora significativa en las cuatro escalas del CORE-OM tras el seguimiento de tres meses. Estos resultados son congruentes con la

investigación y la eficacia probada empíricamente de la TFE en la mejora de los resultados terapéuticos (Greenberg, 2010).

Sí obtenemos, en cambio, el resultado esperado en la SCS o Escala de Auto-compasión (García-Campayo et al., 2014), donde observamos una clara mejoría en sus tres dimensiones tras la terapia, especialmente en autocompasión (de 2,20 a 4,70). Mientras que en autocompasión la puntuación disminuye un poco en el seguimiento (a 4,30), nos llama la atención comprobar que la puntuación en humanidad y mindfulness no solo no empeora, sino que mejora tres meses después (de 2,00 en humanidad en pre-tratamiento a 4,00 en seguimiento y de 2,13 en mindfulness a 4,50).

Podemos concluir, por tanto, que se produce una mejora significativa en el nivel de autocompasión de la paciente y que estos resultados son congruentes (junto con los de la escala CORE-OM y los de la FSCRS o Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse que veremos después) con la evidencia sobre el papel central de la autocompasión en el bienestar psicológico (Neff, 2003a) y las investigaciones que relacionan la autocompasión con la depresión (Krieger et al, 2013), con una buena salud psicológica y con rasgos psicológicos y de personalidad adaptativos (Neff, Rude y Kirkpatrick, 2007).

Es interesante también observar la mejora en autocompasión tras el tratamiento de TFE desde la consideración de Greenberg (2002, citado en Caro y Hornillos (2015)) del autoconsuelo compasivo como una forma de intervención en TFE capaz de transformar estados emocionales desadaptativos en adaptativos o las propuestas de intervención con la técnica de las dos sillas de Caro y Hornillos (2015) para promover la autocompasión y el estudio de Sharar et al. (2012) para trabajar la autocrítica (con resultados en la mejora de la autocompasión).

Por último, los resultados en la FSCRS o Escala de formas de Auto-Crítica/Ataque y Autotranquilizarse (López-Cavada), nos muestran una mejora en las tres dimensiones tras la terapia con una disminución de la mejora en el seguimiento en las tres. Las puntuaciones quedan de 27 en inadecuación en pre-tratamiento a 2 en seguimiento, de 6 en odio a uno mismo a 1 y de 13 en autoafirmarse a 20.

Concluimos entonces que se produce una mejora (o disminución) en el nivel de autocrítica de la paciente tras la terapia. Este resultado es coherente con la investigación de Shahar et al (2012) que relaciona la aplicación de la TFE y la técnica de las dos sillas con la reducción significativa de la autocrítica, el aumento de la autocompasión y de la capacidad de autotranquilizarse en clientes que presentaban previamente niveles altos de autocrítica.

Aunque las limitaciones de este trabajo no nos permiten concluir que la TFE sea efectiva o que esté relacionada con la mejora de los resultados en CORE-OM, el aumento en la

autocompasión o la reducción de la autocrítica; consideramos que los datos recogidos son un indicador positivo de que la paciente se ha podido beneficiar de este proceso terapéutico y que su puntuación en las tres escalas ha mejorado.

Productividad emocional

Tras la aplicación de la **CEPS-R** y el análisis de 20 minutos de cada una de las 11 sesiones de tratamiento de TFE, obtenemos una gran cantidad de información detallada sobre el desarrollo emocional de la terapia y la evolución de la productividad emocional a lo largo de las sesiones.

Repasando los resultados (figura 3), comprobamos que los minutos menos frecuentes son aquellos en los que no hay expresión emocional (con 25 en total), seguidos por los minutos de emoción expresada pero no activada (con 46). No evolucionan de forma regular a lo largo de las sesiones, pero sí podemos afirmar que son menos frecuentes que las otras dos categorías (emoción productiva (con 95) y no productiva (con 54)). Su frecuencia menor es un buen indicador de la existencia de actividad emocional en la paciente durante las sesiones.

Los minutos de emoción no productiva son los terceros en frecuencia, por debajo de los de emoción productiva. Podemos observar una tendencia negativa en su disminución a lo largo de la terapia; pero no es una tendencia regular o estable. Los minutos de emoción productiva son los más frecuentes en casi todas las sesiones (menos en tres sesiones en los que son superados y en otras tres en los que empatan con otras categorías). En este caso, observamos una tendencia positiva en el aumento en productividad emocional a lo largo de la terapia; pero, de nuevo, no es una tendencia progresiva, sino que tiene subidas y bajadas bruscas.

A pesar de la falta de regularidad en la evolución de la productividad emocional y las limitaciones de un estudio de caso único, consideramos la tendencia positiva de las emociones productivas a lo largo de las sesiones y su mayor frecuencia (95 minutos en total) respecto al resto de categorías, como un buen resultado que coincide con nuestras previsiones.

También creemos que el resultado es congruente con las investigaciones previas que demuestran la relación entre la mejora en productividad emocional y los resultados en terapia (Greenberg, Auszra y Herrmann, 2007) o la validez predictiva de la productividad emocional sobre los resultados (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013).

El resultado obtenido al medir la **fiabilidad interjueces** es bastante desalentador, con $k=0,112$ para el acuerdo sobre la productividad emocional (4) en solitario y $k=0$ para el acuerdo sobre todas las categorías de la CEPS-R en conjunto (0, 1, 2, 3 y 4). No coincide con los buenos resultados de otras investigaciones (Auszra, Greenberg y Herrmann, 2013), con acuerdo interjueces de $k=0,80$ sobre la productividad emocional. Aunque nuestra previsión era que el índice Kappa sería menor en el acuerdo de todas las categorías ($k=0$) en comparación con el acuerdo en la categoría de productividad emocional ($k=0,112$) y en cierta manera se cumple esta

diferencia, ambos resultados son tan negativos que no creemos que sea una observación relevante realmente.

No es el resultado que esperábamos y pone en cuestión la aplicación que hemos realizado de la CEPS-R en este trabajo. Entre las posibles explicaciones para este resultado, encontramos que puede haber influido el hecho de que el acuerdo solo se haya medido sobre tres sesiones (6, 8 y 10) de once o la dificultad a la hora de aplicar esta escala, que requiere mucho tiempo y entrenamiento para saber cómo identificar y descartar muchos criterios complejos (y en ocasiones ambiguos) en cada minuto.

Gracias al **análisis cualitativo** que hemos realizado de cinco de las sesiones (1, 4, 7, 9 y 11), hemos podido observar la evolución de la paciente de una manera más descriptiva y reflejar en qué se concreta la presencia de productividad emocional en una sesión de terapia más allá de las cifras. Por los datos recogidos previamente, sabemos que la paciente tiene una puntuación pre-tratamiento baja en la escala de resultados terapéuticos (CORE-OM) y que tiene un nivel bajo de autocompasión y un nivel alto de autocrítica. Pero nuestro conocimiento sobre la paciente se amplía y enriquece cuando vemos la primera sesión y la escuchamos explicar de primera mano lo que le preocupa y le hace sufrir.

La paciente se describe como una persona muy autocrítica y con tendencia a sentirse inferior al resto y avergonzada por sus faltas. Sus dos grandes focos de crítica son como madre y como trabajadora y el origen de sus dificultades se encuentra en la relación traumática con su madre. Le preocupa también la dependencia no resuelta hacia su anterior terapeuta, a la que veía como una especie de madre. Sus objetivos son: aceptar sus limitaciones, no exigirse ser perfecta y perdonarse por los fallos del pasado y por lo que todavía tiene que aprender y mejorar.

Al finalizar la terapia, la paciente afirma sentirse mejor, con más seguridad, calma y alegría. Ahora es capaz de comprender los fallos de su madre y aceptarlos; también comprende mejor cómo esta relación la afectó a nivel emocional y cómo influyó en la relación con su terapeuta anterior. Siente que ya puede “volar sola”, sin depender de la terapia. Aunque todavía cree que tiene que continuar mejorando (como madre especialmente), se siente ilusionada y tranquila porque cree que podrá continuar mejorando por su cuenta. Respecto al proceso terapéutico, afirma que le ha servido, que se ha sentido acogida y acompañada y que todas las sesiones se han cerrado con una conclusión positiva.

Desde nuestro punto de vista, hemos podido observar una evolución positiva en la paciente y coincidimos con lo que ella misma comenta sobre su proceso. Vemos tres grandes avances al finalizar la terapia: uno en relación con su terapeuta anterior que le permite procesar el duelo por su pérdida y sentir que ya puede valerse por sí misma; otro en relación con su madre y la aceptación y perdón de sus fallos y, por último, otro en relación consigo misma. Respecto a este último, que consideramos como el avance más importante, observamos cómo conecta con su

“niña interior” o la parte más pura, alegre y vulnerable de sí misma; cómo es capaz de pasar de la vergüenza y la culpa por el pasado al orgullo y agradecimiento a esa “niña” y cómo se transforma su dolor y rabia en una tristeza más adaptativa por el duelo de lo que no pudo vivir y habría deseado.

En cuanto al análisis de la productividad emocional, observamos una relación clara entre la cantidad de momentos productivos y la intensidad del trabajo o la implicación emocional del paciente en esos fragmentos de las sesiones. Por ejemplo, en la sesión 4 (con 12 minutos de productividad), el comienzo del análisis de la productividad coincide con la realización de un ejercicio con la silla vacía en marcha, en la que la paciente ya está muy implicada emocionalmente y hay un trabajo emocional muy productivo. Sin embargo, en la sesión 7 -con solo dos momentos de productividad- observamos una sesión visiblemente menos productiva a nivel emocional, con la paciente en un tono más racional y superficial y con la aparición ocasional de la emoción, pero interrumpida, no simbolizada o fusionada con queja y desesperación.

Aportaciones del trabajo

Este trabajo ha incluido el análisis de la productividad emocional con la CEPS-R sobre un caso único de terapia TFE, el análisis cualitativo de cinco de sus sesiones más relevantes, la recogida de los resultados en tres escalas que medían los resultados terapéuticos, el nivel de autocompasión y la autocrítica, la traducción al español del manual de aplicación de la CEPS-R (Ausra, Greenberg, y Herrmann, 2010b) y el diseño y construcción de una herramienta informática a partir de sus criterios.

Como ya comentamos, consideramos positivo el resultado en las tres escalas que medíamos tras la terapia; resultados congruentes con la investigación existente que estudia el efecto de la TFE en la mejora de los resultados terapéuticos, el aumento en autocompasión y la disminución en autocrítica. Consideramos también que, a pesar de sus limitaciones, haber realizado un estudio de caso único nos ha dado la oportunidad de abordar el caso de manera más exhaustiva e ilustrativa; no solo analizando la productividad emocional cuantitativamente con la CEPS-R, sino también cualitativamente con la descripción de los problemas de la paciente, sus objetivos, parte de las intervenciones, el desarrollo de las sesiones y los cambios al terminar el tratamiento.

No obstante, consideramos que la mayor aportación del trabajo se encuentra en su parte más práctica y destinada a facilitar la aplicación de la CEPS-R: la traducción al español de su manual y la construcción de una herramienta informática. Creemos que la traducción puede servir de ayuda a futuros investigadores hispanohablantes que no tengan el inglés como primera lengua y que puede facilitar la comprensión de la escala y de su lenguaje -en ocasiones técnico o muy específico de la TFE. Así mismo, creemos que la herramienta informática puede facilitar la aplicación de la escala y el manejo de los datos obtenidos. Si no la hubiésemos utilizado,

habríamos usado hojas de registro, la escala produce una hoja por cada minuto de la sesión analizada; teniendo en cuenta que son once sesiones, habríamos necesitado 220 hojas de registro que luego habríamos tenido que pasar a un documento EXCEL. Con la herramienta, ese proceso se automatiza y simplifica; permitiendo que el investigador se centre únicamente en el análisis del vídeo y su productividad.

Limitaciones

Las principales limitaciones de este trabajo se encuentran en los malos resultados obtenidos en fiabilidad interjueces y las dificultades unidas a una investigación de caso único no experimental (con muestra y resultados no representativos).

Creemos que el mal resultado en fiabilidad interjueces puede deberse a tres motivos: el acuerdo entre jueces se analizó a partir de solo tres sesiones (de once en total), la falta de entrenamiento y puesta en común entre los observadores en la aplicación de la CEPS-R y la presencia de criterios ambiguos o de carácter subjetivo en la escala. Uno de los criterios con los que tuvimos dificultades, por ejemplo, fue el del nivel de experienciar. Este criterio se cumple si el observador decide que el nivel es igual o superior a 4 en la escala experiencial y la diferencia entre el nivel 3 y el 4 es que “la persona comunica lo que es ella misma”, explora sus sentimientos y los elabora “en términos de significado personal más profundo” (Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986). Aunque es importante que exista una escala que determine algo tan complejo e interesante como la profundidad emocional de un discurso, es un buen ejemplo de un criterio que puede quedar en manos del juicio subjetivo particular del observador si no hay un entrenamiento supervisado adecuado o una puesta en común entre los observadores sobre qué se va a considerar experienciar y qué no.

A partir del análisis cualitativo que hemos realizado de las sesiones, encontramos otra posible limitación en el tiempo designado de análisis por sesión (20 minutos) de la CEPS-R, especialmente en estudios de caso único poco representativos. Consideramos que, al tratarse de sesiones de aproximadamente 50 minutos de duración, se corre el riesgo de que se analicen partes poco relevantes de la sesión y que queden, en cambio, fuera del registro de la CEPS-R las partes de trabajo más intensas y productivas. Por ejemplo, en la sesión 4 el registro comienza justo cuando un ejercicio con la silla vacía está ya a punto de terminar. Quedan fuera de la CEPS-R momentos que intuimos como muy productivos y una parte de la evolución y de toda la variedad de estados emocionales por los que pasa la paciente durante su tiempo en terapia.

Futuras líneas de investigación

Nuestras recomendaciones para futuras investigaciones enfocadas en el análisis de la productividad emocional (con la aplicación de la escala CEPS-R) o en los efectos de la TFE en los resultados de la terapia, se centran en la mejora de las limitaciones encontradas en este trabajo.

Por un lado, recomendamos dedicar más tiempo al entrenamiento de los observadores (si hay más de uno) que van a aplicar la CEPS-R y a la puesta en común de cómo van a aplicar los criterios de la escala en base a la información existente (libros, manuales, artículos...). Aconsejamos también medir el acuerdo entre jueces de todas las sesiones para obtener una fiabilidad interjueces más precisa.

Por otro lado, recomendamos utilizar una muestra más grande si el objetivo de la investigación es obtener resultados generalizables o representativos. Si, por el contrario, el objetivo se centra en el análisis de un caso en profundidad, aconsejamos realizar un estudio de caso único y analizar la productividad emocional de las sesiones completas (no solo de 20 minutos) o incluir un análisis cualitativo del desarrollo de la terapia.

Por último, recomendamos sin duda la utilización de la escala CEPS-R en investigaciones interesadas en el papel del procesamiento emocional en la terapia. Es una herramienta que no solo permite determinar qué emociones son productivas, sino que también posibilita recoger otra serie de datos de interés. Algunos datos serán necesarios, pero otros serán opcionales para el observador que los necesite o quiera ampliar la información sobre la emoción analizada. Estos datos adicionales son: el arousal (o intensidad emocional), el nivel de experimentar, el tipo de emoción (tristeza, enfado, alegría...) y la categoría de la emoción (primaria adaptativa, primaria desadaptativa, secundaria o instrumental); siendo el arousal y el nivel de experimentar -como explicábamos en la introducción- dos de las medidas de proceso más importantes utilizadas por la TFE.

REFERENCIAS

- American Psychologist Association (2016). Award for Distinguished Career Contributions to Education and Training in Psychology: Roger P Greenberg. (2016). *American Psychologist*, 71(8), 778-780. doi:10.1037/amp0000108
- Alemany, C., Aguilar, E., Coduras, P. y Ortega, J. (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing: La aportación de E. T. Gendlin*, Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Arredondo-Ríos, M.L. y Salinas-Ruiz, P.A. (2005) Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajaban en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile (Memoria para optar al título profesional). Universidad de Chile, Santiago.
- Auszra, L., y Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, 7, 139-152.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., y Herrmann, I. (2010a). *Client Emotional Productivity Scale-Revised (CEPS-R)*. Manuscrito no publicado. York University, Toronto, Ontario, Canada.

- Auszra, L., Greenberg, L. S., y Herrmann, I. (2010b). *Manual to the Client Emotional Productivity Scale–Revised (CEPS-R)*. Manuscrito no publicado.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., y Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732-746.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
- Caro, C., y Hornillos, T. (2015). La Tarea de Auto-consuelo Compasivo en Terapia Focalizada en la Emoción (2), 73. doi:10.5944/ap.12.2.15808
- Carryer, J. R., y Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221. Recuperado de <http://pruebaredalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=16719204>
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., y Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 460-468.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., y Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., y Freire, E. (2013). *Research on humanistic-experiential psychotherapies*. Recuperado de <https://strathprints.strath.ac.uk/37895/>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure. *Revista de Psicoterapia*, 89(1), 22.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Greenberg, L.S. (2015). Emotion-Focused Therapy: A summary and overview. *EFT-Online*, 1.

- Greenberg, L. S., Auszra, L., y 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., y Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín Científico*, 142.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*, 8(1), 32-42.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. y Irons, C. (2004) Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Halamová, J., Kanovský, M., Gilbert, P., Troop, N. A., Zuroff, D. C., Hermanto, N., Petrocchi, N., Sommers-Spijkerman, M., Kirby, J.N., Shahar, B., Matos, M., Asano, K., Yu, F., Basran, J., Kupeli, N. y Krieger, T. (2018). The Factor Structure of the Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale in Thirteen Distinct Populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-16.
- Halamova, J., Kanovský, M., y Pacúchová, M. (2017). Robust psychometric análisis and factor structure of the forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring scale. *Ceskoslovenska Psychologie*, 61(4).
- Alan E., K. (2012). Studyguide for Single-Case Research Desings: Methods for Clinical and Applied Settings. 2nd ed. Cram101.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., y Kiesler, D. J. (1986). The experiencing scales.
- Kirschenbaum, H., y Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51. doi:10.1037/0033-3204.42.1.37
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., y Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., y Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- López-Cavada, C.. Autocrítica y terapia focalizada en la emoción: el trabajo del yo crítico mediante la tarea de las dos sillas. (Tesis doctoral no publicada). Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 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., y 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.
- Pascual-Leone, A., y Yeryomenko, N. (2017). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60.
- Malin, A. J., y Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(4), 445-459.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3).
- Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1), 69-84.
- 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. *Clin. Psychol. Psychother.*, 19: 496-507. doi:10.1002/cpp.762
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Salla, M., Medina, JC., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Canete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical Outcomes in routine evaluation–Outcome Measure. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1457.
- Warwar, S., y Greenberg, L. S. (1999). Client emotional arousal scale–III. Manuscrito no publicado, York University, Toronto, Ontario, Canada.