



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ADHERENCIA DEL TERAPEUTA A  
LA TAREA DE LAS DOS SILLAS  
PARA AUTOCRÍTICA, RESOLUCIÓN  
EMOCIONAL Y RECUPERACIÓN DE  
LA PERSONA.**

Autor: Juan de la Mata Pazos

Tutor profesional: Rafael Jódar

Tutor metodológico: David Paniagua

Madrid.

Junio 2019.

Juan  
de la Mata  
Pazos

**ADHERENCIA DEL TERAPEUTA A LA TAREA DE LAS DOS SILLAS  
PARA AUTOCRÍTICA, RESOLUCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA  
PERSONA.**



## ABSTRACT

La gravedad y datos actuales sobre la incidencia de problemas depresivos y de ansiedad en nuestra sociedad justifica el estudio de posibles técnicas o tareas terapéuticas que traten de intervenir sobre ellos. Íntimamente relacionado con estos trastornos, se halla ligado el proceso de autocrítica, como revela la literatura existente sobre el tema. Este trabajo tratará de dar cuenta, desde el marco de la psicoterapia humanista y experiencial, en concreto desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), de la tarea terapéutica de las dos sillas para autocrítica. Esta tarea enactiva busca resolver procesos emocionales implicados en los mensajes dañinos que muchas veces se lanzan las personas contra sí mismas en su fuero interno.

Este estudio midió el nivel o cumplimiento de los terapeutas de la tarea de las dos sillas para autocrítica (adherencia a la tarea), así como el alcance en el nivel de resolución emocional que sienten los pacientes en la tarea. Asimismo, se examinaron las relaciones entre estas dos variables (adherencia y resolución) y su asociación con la alianza terapéutica y con la Recuperación o mejoría de los clientes.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), Terapia Experiencial (TE), Tarea de las dos sillas para autocrítica, adherencia a la tarea, resolución emocional, alianza terapéutica, recuperación/mejoría de los clientes.

The severity and current data on the incidence of depressive and anxiety problems in our society justifies the study of possible therapeutic techniques or tasks that try to intervene on them. As revealed by the existing literature on the subject, the process of self-criticism is intimately linked to those disorders. This paper will try to give an account, from the framework of humanistic and experiential psychotherapy, specifically from the Focused Therapy in Emotion (TFE), of the therapeutic task of the two chairs for self-criticism or split conflicts. This enactive task seeks to resolve emotional processes involved in the harmful internal messages that people often throw against themselves.

This study measured the level of competency of the therapists to the task of the two chairs for self-criticism (adherence to the task), as well as the scope that patients arrive in the level of emotional resolution. Likewise, the associations between these two variables (adherence and resolution) were examined, and so were taken into analysis their relationships with the therapeutic alliance and the recovery of clients.

Key words: Experiential Focused Therapy (EFT), Experiential Therapy (ET), Self-evaluative conflict splits, adherence to the task, emotional resolution, therapeutic alliance, clients' recovery/recuperation.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. MARCO TEÓRICO .....	1
1.2. VARIABLES MEDIDAS .....	9
1.3. OBJETIVOS .....	12
2. MÉTODO .....	14
3. RESULTADOS .....	20
4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN .....	29
5. REFERENCIAS.....	33
6. ANEXOS .....	38

# 1. INTRODUCCIÓN

El área temática sobre el que versa este trabajo es la Psicología clínica o sanitaria, específicamente la psicoterapia, y en concreto, la psicoterapia humanista. Dentro de la psicoterapia humanista, existe un tipo especial de terapia, la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) que integra la terapia gestáltica, la terapia centrada en la persona y algunas terapias existenciales (Elliot y Greenberg, 2007). Además, la TFE parte de una teoría de la emoción basada en la investigación y una extensa base de evidencia empírica (Elliot y Watson, 2013). Este estudio analizará una tarea en concreto de la TFE y relacionará la ‘mejora o recuperación del<sup>1</sup> cliente’ así como su ‘nivel de resolución de la tarea de las dos sillas para autocrítica’ en función de las variables ‘Alianza terapéutica’ y ‘Adherencia del terapeuta a la tarea’.

## 1.1. MARCO TEÓRICO

### *Depresión*

Pensamos que evaluar los cambios en esta variable es relevante social y clínicamente útil en el contexto actual debido a que los trastornos del estado de ánimo tienen una alta prevalencia, sobre todo en el caso de la depresión. Éste es el diagnóstico clínico más frecuente entre los trastornos mentales y del comportamiento, aunque resulten muchos falsos diagnósticos positivos en la atención primaria, por identificar el sentirse triste o deprimido exclusivamente con el cuadro diagnóstico o síndrome. En España existe una prevalencia vital media del 16.1% y una mayor prevalencia en mujeres: 1 de cada 5 sufrirá depresión en su vida, aunque es más frecuente entre los 25 y los 45 años (Gili, Roca, Basu, McKee, y Stuckler, 2012). Además, este trastorno correlaciona con un mayor peligro de mortalidad (suicidio) y existe una alta tasa de recaídas. El estado de ánimo deprimido conlleva un gran malestar psicológico y sufrimiento personal, además de ser incapacitante y provocar grandes costes económicos. La OMS considera que si la tasa de crecimiento mundial continúa estable, la depresión será la segunda causa de discapacidad laboral en 2020.

### *Autocrítica*

La autocrítica o escisión autoevaluativa ha sido vista como un elemento esencial de una baja autoestima y como un factor de vulnerabilidad para la depresión (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, y Zuroff, 1982; Blatt y Zuroff, 1992). En el caso de la depresión, según Greenberg, Rice y Elliot (1996) es la suma del conjunto de pensamientos devaluadores de la voz crítica junto a la cualidad aversiva de los mismos lo que es relevante como factor de riesgo.

De la misma forma, puntuaciones altas en autocrítica se han asociado con depresión y pobres relaciones interpersonales (Zuroff, Moskowitz, y Cote, 1999), así como problemas en trastornos de

---

<sup>1</sup> En relación al uso del masculino y/o femenino de determinadas acepciones, para evitar la utilización de modos que perturben la lectura, se hace constar expresamente que cualquier término genérico referente a personas se debe entender en un sentido inclusivo para ambos géneros.

ansiedad social, ya sea con un conflicto autocrítico que genera miedo al self en la anticipación de un encuentro social (Timulak, 2015), o en forma de preocupación (Timulak y McElvaney, 2012). La escisión autoevaluativa se caracteriza por causar problemas desencadenados por diferentes tipos de “voces interiores” que critican y minan el estado emocional, la valía y autoestima de los clientes. Otros estudios también han apoyado el hecho de que puntuaciones altas en autocrítica se relacionen con altas puntuaciones en trastornos del estado de ánimo, pero sobre todo con depresión (Rodríguez et al., 2017).

Asimismo, se han realizado intentos y existe evidencia de que algunos componentes de la autocrítica como ‘desear hacerse daño a uno mismo’ correlacionan con depresión y está mediado por el odio hacia uno mismo (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Iron, 2004). De hecho la auto-devaluación y el sentimiento de no valer nada han sido ya relacionados con la depresión (Radden, 2000). Dentro de la depresión, muchas personas con una depresión más de tipo autocrítico muestran un gran número de conflictos auto-escisivos mientras que aquellas con una depresión más de tipo dependiente manifiestan mayor número de conflictos por asuntos sin resolver con figuras significativas (Greenberg y Watson, 2010). De la misma manera, parece ser que el tono de la crítica resulta significativo. Cuando este tono de crítica hacia uno mismo contiene elementos de auto-desprecio y repulsión resulta ser un factor asociado a la resignación del cliente ante sus problemas y, en muchos casos, acaba en depresión (Greenberg y Watson, 2006).

Por último, algunos estudios amplios (n=489) han señalado hacia sentimientos como la auto-denigración, acompañada de sentimientos de inadecuación personal como factor de riesgo para padecer depresión a lo largo de todo el ciclo vital (Murphy et al., 2002).

### *Presentación de la TFE: Eficacia*

La TFE es una terapia humanista centrada en los principios de empatía, congruencia y aceptación incondicional rogerianos, que combina técnicas del psicodrama y la Terapia Gestalt, entre otras (Shahar et al., 2011). Esta terapia se ha mostrado efectiva en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad y trauma (Goldman et al., en prensa; Svartberg, Stiles y Seltzer, 2004), y trabajando con la emoción directamente en ensayos clínicos aleatorizados (Elliot, Greenberg y Lietaer, 2004; Greenberg y Pascual-Leone, 2006; Whelton, 2004a). Esta efectividad también se ha estudiado en diversas investigaciones que se centraron en perspectivas integrales y experienciales para la intervención en trastornos del estado de ánimo (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). El resultado fue una relevante evolución o mejora terapéutica mientras se desplegaba el proceso además de que aquella se mantenía al final del mismo y en el seguimiento transcurridos 6 meses. Estos resultados fueron similares en unidades de medida a los arrojados por una investigación en la que se utilizó una intervención de corte cognitivo y dinámico (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). Según los resultados del mismo análisis, los clientes al final del tratamiento referían cambios considerables en el estado del humor, un mayor optimismo hacia la vida, mayor autonomía y firmeza en sí mismos, una actitud más

abierta hacia las relaciones íntimas, un mayor índice de autoestima y una percepción de mayor destreza para afrontar los desafíos de la vida diaria.

En este mismo sentido, <<ciertos niveles de **conciencia emocional** [a lo que aspira, entre otros objetivos, la TFE] correlacionan significativamente con autocontrol y control del impulso indicando que un mayor grado de conciencia emocional se asocia con un mayor control del impulso autoinformado>> (Greenberg, 2007, pp. 49-59) (la negrita es nuestra). Esto podría relacionarse con ciertos trastornos como las adicciones a sustancias y las conductuales donde un mayor grado de conciencia emocional podría ayudar a regular la conducta. Complementariamente, la existencia de diferencias individuales de conciencia emocional sobre los propios estados también han sido efectivos como predictores de la recuperación de un estado de ánimo positivo y decrementos en pensamiento rumiativo después de un estímulo perturbador (Salovey, Mayer, Golman, Turvey y Palfai, 1995).

La TFE también se relaciona con un mayor desarrollo de **expresión emocional**, variable que a su vez correlaciona con un mayor ajuste al cáncer de mama (Stanton et al., 2000) y una mejor resolución de problemas interpersonales (Greenberg y Malcom, 2002b), lo cual influye en numerosas patologías, entre ellas, en los trastornos del estado de ánimo. Para lograr el resultado terapéutico, la forma de proceder en TFE en líneas generales, es buscar, explorar y localizar los marcadores de tarea; expresarlos y potenciarlos para hacerlos conscientes a los clientes; y realizar las técnicas que eliciten los procesos emocionales para la resolución de las tareas (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996), con el fin de generar un cambio emocional de una emoción desadaptativa a una emoción primaria adaptativa. Existen varios tipos de emociones. Por una parte, las emociones instrumentales son expresiones aprendidas que son usadas para manipular a otros, como por ejemplo las llamadas *lágrimas de cocodrilo* o el enfado de un acosador en un caso de *bullying*. Por otra parte, las emociones secundarias son aquellas respuestas a otra emoción, que habitualmente juegan una función protectora para la persona y no tienen que ver tanto con el ambiente como con su historia experiencial y vincular. Sin embargo, las emociones primarias son aquellas reacciones que provienen de una evaluación automática de los estímulos del entorno. Dentro de estas últimas, se distinguen las emociones primarias desadaptativas y las primarias adaptativas (aquellas que se ajustan al ambiente inmediato<sup>32</sup>, preparando al individuo para satisfacer sus necesidades). En la tarea de las dos sillas para autocrítica, se busca que el cliente acceda en su experiencia a alguna emoción instrumental, secundaria o primaria desadaptativa para facilitar una emoción primaria adaptativa (como el enfado protector o la autocompasión) y que esta última transforme o enriquezca aquellas.

### *Presentación de la TFE: Conceptualización*

Por otra parte, existe gran evidencia en favor de la efectividad de la exposición a emociones evitadas, elemento que fomenta el ‘Diálogo de las dos sillas para una escisión autoevaluativa’ de la TFE, en ansiedad con población joven (Kendall y Hedtke, 2006). Relacionado con esto último, Whelton y Greenberg (2004b) encontraron que las personas que eran menos vulnerables a sufrir depresión, tenían

recursos para elevar su *enfado protector*<sup>2</sup> en lugar de fomentar el autodesprecio y la vergüenza. Esta es una de las fases de la tarea ‘Diálogo de las dos sillas de una escisión autoevaluativa’ analizada, esto es, tratar de fomentar el enfado protector contra la voz de la autocrítica para poder expresar las necesidades de la otra parte (el *yo-experiencial*). Por otra parte, fomentar esta ira en trastornos de ansiedad también ayuda a reducir la angustia autopercibida, así como la tristeza, el amor y el auto-perdón o auto-compasión han sido efectivas para transformar la rabia (Malcolm, Warwar y Greenberg, 2005).

Puntuaciones altas en autocompasión también se han mostrado efectivas para contrarrestar pensamientos autodenigrantes y autocondenadores, representando un factor protector para sintomatología depresiva ante un suceso estresante. Sobre todo en situaciones de percepción de fracaso en tareas significativas para los clientes, el auto-ataque parece activarse con mayor probabilidad, así como en circunstancias desfavorables, aunque éstas no dependan de las personas. Una forma de reaccionar ante estos dos elementos podría ser el auto-apoyo o sentimientos de auto-compasión por uno mismo (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Iron, 2004). De esta manera, la relación con esos sucesos de percepción de fracaso o de un entorno desfavorecedor cambia, centrando a la persona en lo que puede hacer para reafirmarse a sí misma, de alguna manera calmándose y pensando en cómo utilizar sus fortalezas en una resistencia activa del problema. Esta habilidad ha sido denominada *resiliencia* (Whelton, 2004a). En un análisis reportado por Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Iron (2004), se manifiesta como la resiliencia se asocia directamente a puntuaciones en autocrítica, y que aquellos sujetos con bajas puntuaciones en autocrítica resolvían de una forma más adaptativa los problemas y podían defenderse en contra de sus propias críticas (Whelton, 2004a), independientemente de la dureza del tono de la crítica.

La tarea del terapeuta será por tanto, fomentar una posición más auto-compasiva y de protección hacia uno mismo a través del ‘Diálogo de las dos sillas de una escisión autoevaluativa’, de tal forma que cambie la actitud negativa y el mal-trato que la persona dirige contra sí misma (Timulak, 2015).

La **autocompasión** o una actitud auto-tranquilizadora/relajante (*self-soothing*) hacia uno mismo en momentos de fracaso o dificultad, se ha entendido en la literatura psicológica como un factor de protección y salud contra ciertas psicopatologías como la depresión (Pascual-Leone y Greenberg, 2005). La autocompasión se ha definido como el balance entre las respuestas positivas y las respuestas negativas o (con un alto componente de juicio) hacia uno mismo ante situaciones difíciles (Neff, 2003b). Este balance, en un contexto de lucha, influye en la autoestima y aumenta la probabilidad de superar crisis personales que pueden implicar sintomatología depresiva. De hecho, altas medidas en autocompasión han sido relacionadas con una mayor satisfacción vital, bienestar auto-informado y resiliencia así como con una reducción de resultados negativos como ansiedad y depresión (MacBeth y Gumley, 2012; Zessin, Dickhauser, y Garbadee, 2015).

---

<sup>2</sup> Este término se explicará más abajo.

Igualmente, y según la evidencia recogida (Greenberg, Elliot, y Pos, 2009), se podría afirmar que el simple hecho de aceptar y poner palabra, así como permitirse la vivencia de la emoción es una pieza clave para poder autoregularla en un futuro. La emoción parece aliviarse mediante este reconocimiento del cliente que puede llegar a él por sí mismo o con la ayuda de un factor externo como la intervención del terapeuta. Este desahogo del sentimiento integra, entre otros elementos, el desarrollo de la empatía hacia uno mismo, la respiración diafragmática, ejercicios de relajación, y el despliegue y la práctica de emociones tales como la autocompasión y el tranquilizarse a sí mismo en el auto-diálogo (Greenberg, Elliot, y Pos, 2009). Estas vivencias de calidez y amor hacia uno mismo facilitan una sensación de ser amado, reconocido y calmado (Timulak, 2015). Por otra parte, la empatía hacia sí misma en ocasiones permite a la persona que se abandone a la experiencia de emociones a las que quizá no se había abierto antes, emociones que están aportando información esencial sobre quién es y sobre lo que desea en la vida (sus necesidades más profundas). Así, una premisa básica de la TFE es que las emociones primarias (frescas, genuinas) y adaptativas son relevantes porque fomentan que el cliente tome conciencia y se sienta legitimado a sentir y satisfacer sus necesidades y deseos (Shahar et al., 2011). Sin embargo, la facilitación de auto-compasión a través de las dos sillas para conflicto autocrítico parece ser un proceso largo que necesita más tiempo que el que puede llevar un tipo de terapia breve y su aumento parece prolongarse más allá de la terapia (Shahar et al., 2011).

Según Neff (2003b), el constructo ‘Autocompasión’ consta de tres componentes principales. El primero, un elemento de ternura o amabilidad hacia sí mismo, este estaría relacionado con la apertura y curiosidad que la persona autocompasiva manifiesta hacia sus propias experiencias desagradables en momentos de tristeza, angustia o desasosiego. Una segunda pieza crucial de la autocompasión sería la percepción de “común humanidad”, esto es, la percepción de que las sensaciones y emociones por las que el cliente puede estar pasando forman parte también de muchas vidas humanas porque forman parte de nuestra naturaleza humana. De esta manera, la percepción de “común humanidad” evitaría percibir esas sensaciones como aislantes y separadoras de otras personas. Un último ingrediente del constructo sería la conciencia plena de que las emociones y pensamientos desagradables son pasajeros, transitorios y que suceden en la conciencia pero no *son* la persona. Es decir, las personas autocompasivas son conscientes (y quizá se lo repitan en ocasiones en auto-diálogos) de que esas sensaciones egodistónicas no son ellas mismas, o, por lo menos, no suponen su identidad completa y por tanto impide el que se sobre-identifiquen con ellas.

El **enfado asertivo o protector** (Timulak, 2015), como lo contrario a enfado reactivo o rabia secundaria, es un sentimiento que va enfocado a marcar los límites con respecto a los demás de manera que se atienden las necesidades profundas de ser amado, reconocido y sentirse seguro. El enfado protector busca poner límites para permitirse sentir, reconocer y *saborear* la experiencia de una forma de autocuidado que no es agresiva, sino que dirige la mirada hacia el interior para respetar y comunicar, no de forma agresiva sino serena, la satisfacción de necesidades profundas propias. Este

será una de los dos objetivos de la tarea de las dos sillas para el diálogo autocrítico (junto a la facilitación de autocompasión), promover la vivencia en el cliente de una rabia o enfado cuando se están transgrediendo estos límites. Según Timulak (2015) esta emoción ha de ser vivenciada cuando se está sintiendo la herida o dolor nuclear del cliente para conseguir el potencial efecto terapéutico de la técnica. Aunque en muchas ocasiones, las personas necesitan sentir autocompasión hacia sí mismas, para sentir que su vida tiene sentido, con propósito, sentido de pertenencia a los demás, seguridad y reafirmación en sí mismas, estudios del mismo grupo de investigación informan de que es aún más fundamental el enfado protector o asertivo. Shahar et al. (2011) también afirman que una pieza clave de la técnica consiste en fomentar la transformación de sentimientos como la vergüenza y la impotencia –que emergen en la persona una vez se critica– en un cierto tipo de asertividad resiliente, para poder resistir de forma más sana sus propios “auto-ataques” y comportarse más en función de sus necesidades genuinas y adaptativas. La razón de ello es que el enfado protector permite al cliente recuperar las dimensiones de empoderamiento, control y autonomía sobre las decisiones de su propia vida. La percepción de control y legitimidad sobre su propia vida es muy importante para la persona que acude a consulta, sobre todo en patologías relacionadas con problemas del estado de ánimo donde la *indefensión aprendida* a menudo juega un papel principal en la percepción de situaciones cotidianas. El enfado protector reafirma a la persona y esta emoción le infunde la energía suficiente para ocuparse de sus necesidades no satisfechas, y hace más improbable que sienta miedo, impotencia, desesperanza o tendencias de acción de retirada ante situaciones potencialmente amenazantes. Esta emoción mueve al cliente hacia un afrontamiento activo de la situación (Timulak, 2015).

Por otra parte, el enfado asertivo no solo levanta el estado de ánimo del cliente sino que también equilibra la experiencia de dolor (Timulak, 2015). Esto tiene que ver con el concepto de la TFE de corregir una emoción con otra, no a la manera de la terapia cognitivo conductual que enseña una conducta incompatible con la conducta diana a cambiar sino que, cuando el paciente está sintiendo el dolor nuclear, se facilita o promueve la experiencia de una de estas emociones que es más curativa para la persona. En el sentido de que imposibilita que el patrón emocional en el que se veía inmersa la persona –ante ciertos disparadores de esas emociones que teme– se repita. Esta terapia busca promover esta experiencia de transformación de manera repetida tanto dentro como fuera de la terapia para que la persona vivencie el enfado protector como una emoción que emerge en su experiencia y que es un recurso adaptativo para decidir y protegerse, levantarse contra posibles transgresiones de otros, y recuperar la agencia de su vida (Timulak, 2015).

### *Presentación de la TFE: Modelo de análisis de tareas*

El modelo de análisis de tareas surge de un intento de combinación de métodos de investigación cualitativa y cuantitativa (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009).

En numerosas ocasiones, los investigadores, al examinar el cambio que se produce en terapia con los clientes, explican una serie de constructos a nivel **cuantitativo**, tras lo cual pasan a considerar y analizar un conjunto de medidas a nivel **cuantitativo** entre los cuales parece haber dificultades para construir puentes. Parecen surgir, según Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone (2009), dificultades para construir esos puentes, para combinar ambas aproximaciones, y es por ello por lo que nace el modelo de análisis de tareas, para definir una plantilla de pasos o *tareas* que las personas recorren o hay probabilidad de que recorran en sus procesos de cambio en terapia. Uno de los objetivos últimos de este enfoque de investigación sería encontrar patrones o estructuras secuenciales de cambio en los procesos terapéuticos, y convertir categorías subjetivas de experiencia en valores ordinales medibles (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009). El análisis de tareas consistiría así, en una forma de investigación que trata de arrojar luz sobre las diferentes fases del proceso en el que el cliente es capaz de resolver una determinada tarea de cambio, ya sea cognitiva, afectiva o física (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009).

El modelo de análisis de tareas requiere de un programa de investigación por parte de los experimentadores que están examinando el cambio, centrándose cada equipo o grupo en tareas o partes concretas del programa, para perfeccionarlo, más que los equipos se centren en falsear con contraejemplos corpus teóricos pasados. Esta discusión pertenece a la clásica discusión en Filosofía de la Ciencia entre posiciones más cercanas a Karl Popper o más cercanas a Imre Lakatos (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009).

En este contexto, varios análisis en profundidad –sobre los procesos de cambio en los pacientes en psicoterapia humanista, tanto Gestalt como TFE– llevaron en el pasado a desarrollar un modelo de tareas clave para la resolución de procesos de autocrítica (Elliot et al., 2013), que posteriormente han sido testados empíricamente (Whelton y Greenberg, 2004b; Shahar et al., 2011).

En lo referente a nuestro estudio, dentro del programa amplio de investigación en curso de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), estudiaremos el análisis de la tarea del diálogo de las dos sillas para trabajar la autocrítica en sesión.

### *Tarea de las dos sillas para diálogo autocrítico*

La tarea de las dos sillas es una tarea *enactiva* o psico-dramática que se puede emplear para llegar al *dolor o herida nuclear*<sup>3</sup> de los clientes dentro del contexto de la TFE (Timulak, 2015). Según Stiegler, Molde y Schanche (2017), una terapia que incluya este tipo de tarea tiene un efecto de más alcance en recuperación de síntomas de ansiedad y depresión que la terapia basada solamente en construcción de alianza, sintonización empática del afecto, genuinidad y presencia terapéutica. Sin embargo, en el

---

<sup>3</sup> En TFE, se habla generalmente de *dolor o herida nuclear* para referirse a un dolor al que no se ha accedido o que la persona no se ha permitido vivir o sentir durante demasiado tiempo sin protegerse mediante una emoción secundaria. Este dolor es profundo, muy intenso y difícilmente soportable en la percepción subjetiva del cliente. En muchas ocasiones forma parte de la historia temprana vincular de la persona y se caracteriza porque afecta y ha influido en el pasado en distintos contextos de su vida.

mismo estudio no se encontró evidencia para afirmar que el efecto de esta tarea en puntuaciones de autocrítica fuera significativamente mayor que el efecto de una terapia con las características antes descritas pero sin la tarea. Sin embargo, ambas condiciones experimentales produjeron una reducción significativa de las puntuaciones en autocrítica con respecto a la línea base (Stiegler, Molde y Schanche, 2017).

Generalmente, la tarea de las dos sillas para el diálogo autocrítico surge en fragmentos de terapia en los que se están trabajando relaciones interpersonales significativas para los pacientes. En muchas ocasiones, contextos en los que hay dificultades en la relación, donde se dan disparadores/estresores que muchas veces se relacionan con dificultades en el pasado de la historia vincular temprana del cliente (Timulak, 2015).

El propósito de esta técnica es representar las formas internas de tratarse negativamente a uno mismo y transformar las emociones asociadas. El objetivo final de la tarea no es solo que el paciente tome conciencia de esos juicios y expresiones negativas que dirige hacia sí mismo en su fuero interno, sino elicitación de las emociones que se desencadenan de aquellos para poder transformarlas. No sin antes expresarlas y potenciarlas; intensificándolas para que la persona pueda tomar plena conciencia de ellas y pueda pararse a experimentarlas y *saborear* sus distintos matices.

Para ello, el terapeuta incita a que el paciente imagine y represente un diálogo entre dos partes de sí mismo en dos sillas diferentes: una de ellas ocupada por aquella parte del yo de la persona que es la fuente de críticas (llamado el *yo-crítico*); aquella parte que profiere sus juicios o evaluaciones negativas sobre esa otra voz experiencial que en TFE se ha venido en denominar el *yo-experiencial* o simplemente el *self*, la cual ocupa la otra silla. Cuando estas evaluaciones internas se producen, la persona suele sentir emociones de vergüenza, o inutilidad, sintiéndose, en ocasiones, despreciable y sin valor (Elliot et al., 2004). Es importante que la intervención se haga en el momento del proceso terapéutico en el que la persona esté en disposición de poder acceder a estas emociones. Para ello, el terapeuta está pendiente de determinados marcadores como la aparición de formas de expresión críticas, auto-devaluadoras o negativas hacia sí mismos que los pacientes profieren dentro de sesión (Timulak, 2015). Una vez que el terapeuta ha evaluado si este proceso interno de autocrítica es lo suficientemente saliente en la vivencia emocional del paciente, se facilita el despliegue de la tarea. Ahora bien, también es necesario tener en cuenta que el terapeuta está pendiente de que la tarea esté en consonancia con los temas que se estén tratando en terapia, es decir, que ésta vaya dirigida a alcanzar los objetivos terapéuticos acordados por cliente y terapeuta (Timulak, 2015).

En la tarea para escisión evaluativa, el terapeuta explica de forma somera la tarea, sin entrar en demasiados detalles. A continuación, cambiando al cliente de silla, el psicólogo intenta evocar las críticas que forman parte del marcador y especificarlas. Cuando ha conseguido hacerlo con un nivel de intensidad suficiente, recoge y especifica el tono de la crítica. Entonces, se cambia al paciente de silla. En la otra silla, la del *self experiencial*, se trata de que el cliente reciba las críticas que acaba de expresarse, conecte y se haga consciente de las emociones que le generan (como por ejemplo miedo,

pena, vergüenza profunda o enfado protector). Para ello, el terapeuta trata de evocar con metáforas, conjeturas o tono emocional lo que está pasando en el cuerpo del paciente. Poco a poco, y manteniendo el contacto con la silla en la que se encuentra, o cambiando al paciente de silla si es el caso de que esté hablando desde la otra voz, se va avanzando en la tarea<sup>4</sup>. Después, el terapeuta ayuda a que la persona desde la silla experiencial exprese lo que necesita a la silla de la crítica, y que ésta a su vez, exprese las garantías que requiere para dejar de hacer daño a la otra voz. De esta forma, se puede llegar a establecer una especie de negociación, o que se despierte autocompasión en la voz de la crítica y el cliente experimente una suerte de armonía de voces.

## 1.2. VARIABLES MEDIDAS

### *Variables de proceso*

Durante décadas, la investigación en torno a los procesos de los clientes y la profundidad del experimentar en procesos de exploración personal ha sido desarrollada (Elliot et al., 2013). Las variables de proceso son elementos fenomenológicos que tienen que ver con la experiencia subjetiva del cliente o del terapeuta, ya sean implícitos o explícitamente conscientes (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009). Es por ello que las variables de proceso han cobrado importancia en la medición continua de los patrones secuenciales de cambio (modelo de análisis de tareas antes referido). Además, la relación entre la profundidad del experimentar las emociones en sesión del cliente (variable de proceso) y los buenos resultados al final de la terapia (variables de resultado) ha sido probada empíricamente de forma sólida (Elliot et al., 2004). De esta manera, el estudio de la variable de proceso ‘Resolución de tarea’ del cliente queda justificada en nuestro trabajo. En relación al estudio de la ‘Adherencia a la TFE’, estudios como el de Shahar et al. (2011) hacen explícita la necesidad de sistematizar sus componentes, más allá de medir la consolidación de una buena alianza terapéutica, o el correcto seguimiento del protocolo de la tarea de las dos sillas para diálogo autocrítico. Nuestro estudio es una tentativa de aportar un nuevo componente<sup>5</sup> a este constructo, siguiendo la escala de Goldman y Greenberg (n.d.).

- **Adherencia del terapeuta a la tarea de las dos sillas para autocrítica**

Una de las variables que se va a tratar de analizar en este estudio es la medida de adherencia del terapeuta a la tarea de las dos sillas para autocrítica, es decir su nivel de ejecución, y cómo esta se relaciona con las puntuaciones sintomáticas del cliente y con su nivel de resolución emocional de la autocrítica. La adherencia del terapeuta a la TFE consiste en el grado de dominio de las habilidades generales terapéuticas así como el nivel de calidad y eficacia del terapeuta a seguir las tareas que se presentan. En relación con esto último, Elliot et al. (2013) informa de los resultados de Sachse (1992a), Sachse y Maus (1991), Sachse y Elliott (2002), y Sachse y Takens (2004) que refieren que la

---

<sup>4</sup> Como se puede observar en la rejilla de observación del Anexo III.

<sup>5</sup> Mirar Anexo II.

manera en que los terapeutas responden a los clientes tienen un gran impacto en sus procesos de exploración emocional. Esta variable versa también sobre las acciones específicas intrasesión que se realizan como consecuencia de la elección del terapeuta.

En concreto, se evaluará la tarea de TFE llamada ‘las dos sillas para la autocrítica’, el ‘Diálogo de las dos sillas para una escisión autoevaluativa’ o ‘Conflict Splits’. Su eficacia para mejorar síntomas de ansiedad y depresión ha sido recientemente estudiada. Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, y Freire (2013) informan de un estudio ya citado más arriba (Shahar et al., 2011) en el que se examinó la tarea de las dos sillas para autocrítica en situaciones de estrés con nueve clientes que habían sido seleccionados en función de sus altas puntuaciones en autocrítica. El tratamiento se dirigió a cambiar la relación en que estos pacientes estaban inmersos consigo mismos y con su propio desempeño en tareas académicas y laborales. Se buscó transformar esta relación en una más compasiva, amorosa y reconfortante; se hipotetizó que este objetivo iría relacionado con bajadas relevantes en autocrítica y sintomatología depresiva. Entre otros resultados obtenidos, los tamaños del efecto para puntuaciones en autocrítica fueron de medios a grandes, además de que la mayoría de los sujetos manifestaron niveles bajos y subclínicos en sintomatología depresiva al término del proceso terapéutico, manteniéndose estos beneficios en medidas *post* a los 6 meses.

- **Nivel de resolución emocional (del cliente)**

En primer lugar es necesario enfocar uno de los fenómenos o variables dependientes sobre la que queremos poner la mirada. Esta variable consiste en el alcance de transformación del estado emocional que está viviendo el cliente en función del esquema de vivencia de resolución de la TFE para la tarea de las dos sillas para autoescisión. La investigación de esta medida ha sido sugerida como recomendación de estudio futuro para analizar la eficacia de la técnica de las dos sillas para autocrítica (Shahar et al., 2011). La resolución de esta tarea concreta pasa por diferentes marcadores desde el 0-6 que pueden no seguir una secuencia lineal<sup>6</sup>.

- **Alianza terapéutica**

Se trata de una variable que se ha estudiado tradicionalmente en la literatura. Esta medida engloba tanto la llamada alianza de trabajo con la tarea, el componente de metas, así como el componente de vínculo de la relación terapeuta-cliente. La alianza de trabajo quiere decir que el principal compromiso del terapeuta con el cliente es **con la tarea**: <<El terapeuta solo *enseña el método, guía y acompaña*. Su relación clave es básicamente con el trabajo y no con el terapeuta>> (Rojí, 2005), (la cursiva es nuestra). La alianza de trabajo sería algo así como el compromiso tácito entre terapeuta y cliente de abordar los mismos objetivos consensuados a través de tareas que propone el psicólogo a raíz de marcadores que trae la persona a consulta. Es la presunción de que la persona que entra en terapia colaborará según los principios de la TFE. Por otro lado, desde el aspecto de tarea, la alianza significa aquel nivel de compromiso que manifiestan ambos en torno a las tareas, tanto una más

---

<sup>6</sup> Los niveles de resolución se pueden leer en el Anexo I.

general en torno a la exploración de emociones, pensamientos o sensaciones corporales así como las más específicas dentro de sesión (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). En concreto, dentro de la tarea del diálogo de las dos sillas para auto-escisión, se trataría de que <<el cliente necesita implicarse en la actividad de la tarea de expresar enérgicamente distintos aspectos parciales del sí mismo.>> (P. 139, Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). En segundo lugar, encontramos **el aspecto de objetivo o metas**, en el sentido del grado de acuerdo tácito que existe entre terapeuta y cliente en los objetivos tanto a corto como a largo plazo. Éstos han de venir del cliente y ambos han de negociar a lo largo del proceso terapéutico. Por último, también queremos señalar que el **aspecto de vínculo**, *rappor*t o confianza con el terapeuta también se contempla y se mide con el instrumento que utilizamos.

Esta variable es de proceso y se midió con el inventario WATOCI (Corbella y Botella, 2004a), con su versión para el paciente y para el terapeuta (WAI).

La conexión entre alianza terapéutica y mejores resultados clínicos ha sido ampliamente trazada (Greenberg, Elliot, Watson y Bohart, 2001; Elliot et al., 2004). Asimismo, este elemento se ha mostrado como una pieza clave para aceptar las intervenciones (Lebow, 1982), y para predecir si el cliente realizará o no las tareas entre sesiones (Kazantzis y Labate, 2007). De la misma manera, se ha mostrado como factor mediador del arousal emocional (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000), y éste es un importante elemento a la hora de predecir buenos resultados de la sesión, solo cuando hay una fuerte alianza. Si existe una buena alianza, en momentos de disregulación emocional, ésta se percibe por el cliente como un espacio relajante, validador y promotor de la recuperación de su equilibrio emocional (Greenberg, 2002a; Linehan, 1993). De la misma manera, si el arousal es bajo y no produce resultados en sesión, la alianza y la empatía se han demostrado eficientes para evocar un mayor nivel de arousal, dar sensación de seguridad así como para fomentar un mayor procesamiento emocional (Gendlin, 1996; Greenberg, 2002a; Perls, Hefferline, y Goodman, 1951).

### *Variables de resultado*

Las variables de resultado son aquellos constructos que se toman como efectos o consecuencias de un determinado tratamiento o intervención, y son intrínsecas o inherentes al cliente como organismo orientado a la resolución de problemas. Las variables de resultado son propiedades o características del paciente, como por ejemplo, diferencias de rasgos de personalidad, estilos cognitivos o afectivos, sintomatología, etc. (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009). Son las dimensiones que más tradicionalmente se han medido en ensayos clínicos aleatorizados, donde se intenta medir la eficacia de un tratamiento o compararla con otros de diferente corte. Según Elliot et al. (2013), este tipo de variables han sido asociadas al nivel de profundidad de procesamiento emocional y por tanto, a variables de proceso. Parece importante medir las variables de resultado para medir la mejoría de los clientes: aquellos clientes con efectos significativos en variables de resultado, se comprometieron con mayor profundidad en procesos de autoexploración, hablaron desde las emociones, se centraron internamente en sus narrativas, y reflexionaron más sobre su experiencia para crear nuevos

significados, y resolver los problemas de su vida de forma acorde a sus valores personales (Elliot et al., 2013).

- **Recuperación/mejoría del cliente**

La mejoría terapéutica se mide en relación a mejores puntuaciones en escalas de autocrítica, autocompasión, experiencias en relaciones personales cercanas y sintomatología depresiva. Este constructo hipotetizado *ad hoc* para el trabajo incluye estos cuatro componentes como los más relevantes para medir la intervención centrada en la tarea de las dos sillas para diálogo autocrítico. De ahí que se tomen estas dimensiones y no otras para medir la eficacia y efectividad del tratamiento porque hipotetizamos que variables como la autocrítica y la autocompasión, las experiencias en relaciones cercanas y la sintomatología depresiva, se verán alteradas por la intervención de la tarea psicodramática, que en el fondo busca cambiar la relación de la persona consigo misma y con los demás.

### 1.3. OBJETIVOS

En primer lugar, es necesario explicar cómo se midieron las variables, para tener en cuenta las hipótesis. Los tiempos de medida fueron  $t_1$ =pre-tratamiento (en el caso de la alianza, en la tercera sesión),  $t_2$ =post-tratamiento (en el caso de la alianza, en la sexta sesión) y  $t_3$ =seguimiento (en el caso de la alianza, en la novena sesión). Entre  $t_1$  y  $t_2$ , se llevó a cabo la intervención, y las variables fueron tomadas de la siguiente manera:

Figura 1. Momentos de medida de las variables

	$t_1$	(Tratamiento) →	$t_2$	→	$t_3$
<b>Alianza</b>		Alianza <sub>sesión3</sub> , Alianza <sub>sesión6</sub> , Alianza <sub>sesión9</sub>			
<b>Adherencia</b>		Adherencia <sub>trat</sub>			
<b>Resolución</b>		Resolución <sub>trat</sub>			
<b>Recuperación</b>					
<b>Autocrítica</b>	Autocrítica <sub>t1</sub>		Autocrítica <sub>t2</sub>		Autocrítica <sub>t3</sub>
<b>Autocompasión</b>	Autocompasión <sub>t1</sub>		Autocompasión <sub>t2</sub>		Autocompasión <sub>t3</sub>
<b>Depresión</b>	Depresión <sub>t1</sub>		Depresión <sub>t2</sub>		Depresión <sub>t3</sub>
<b>Apego</b>	Apego <sub>t1</sub>		Apego <sub>t2</sub>		Apego <sub>t3</sub>

Resolución=Resolución de la tarea emocional por parte del cliente. Depresión=puntuaciones en sintomatología depresiva. Apego=puntuaciones en el cuestionario de 'Experiencias en relaciones cercanas'.

En este trabajo son importantes dos objetivos principales y su correspondiente operativización.

Por un lado, es necesario comprobar si las medidas de adherencia del terapeuta a la tarea, correlaciona con puntuaciones de mejora o recuperación terapéutica en el cliente. Con especial interés sobre la sintomatología depresiva del cliente, sus puntuaciones en autocrítica y autocompasión. La primera hipótesis principal será: *¿el nivel de adherencia del terapeuta (a la tarea de las dos sillas) está relacionado de forma directa con la resolución emocional de los clientes?* **Para comprobar esta hipótesis tanto los datos de adherencia como los de resolución fueron registrados durante el tratamiento.**

La segunda hipótesis principal sería: *¿el nivel de adherencia del terapeuta (a la tarea de las dos sillas) está relacionado positivamente con el constructo ‘recuperación del cliente’?*. Este objetivo fue elegido en base a la investigación previa en torno a la relación de la autocrítica y autodenigración como factor íntimamente relacionado con la sintomatología depresiva, y en relación a la investigación sobre la tarea del diálogo de las dos sillas. Por otra parte, las investigaciones también apuntan a la alta efectividad de trabajar con la emoción directamente, y la efectividad de la TFE para trastornos del estado de ánimo. Por último, la depresión es uno de los “males” de nuestro tiempo, como bien reflejan los datos de incidencia y prevalencia señalados más arriba por lo cual, la relevancia clínica, sanitaria y social de este estudio se hace patente. Para comprobar esta hipótesis, se tomaron como referencia las medidas de adherencia durante el tratamiento porque en el proyecto de investigación en el que se inserta este TFM, la intervención ya se había realizado y solo se disponía del material en vídeo de los procesos terapéuticos. **Para la variable ‘recuperación del cliente’, las medidas tomadas fueron la diferencia entre las tomadas en el momento  $t_3$  y  $t_1$  porque nos interesa conocer los cambios consolidados y mantenidos en el tiempo en la salud psicológica de los pacientes.**

Complementariamente identificamos dos objetivos secundarios y su correspondiente operativización.

En primer lugar, explorar la relación entre la ‘Alianza terapéutica’ y la ‘Mejora/Recuperación del cliente’. Es de nuestro interés estudiar hasta qué punto se asocian positivamente dichas puntuaciones, como ha sido observado en la literatura (Greenberg, Elliot, Watson y Bohart, 2001). Las medidas en *Alianza* se tomaron todas durante el tratamiento. De esta manera, **los valores para alianza terapéutica fueron los valores tomados de la sesión 3** porque la literatura existente sobre alianza apunta a que no cambia sustancialmente a partir de esta sesión (Elliot et al., 2013). A pesar de que no se disponía de medidas post-tratamiento, con esta diferencia entre las puntuaciones en alianza entre la novena y la tercera sesión, se pudo analizar si se produjo cambio entre estos momentos y si éste estaba asociado a otros cambios en otras variables. En este caso, con respecto a la recuperación de los participantes de este estudio.

En segundo lugar, es importante indagar si hay relación directa entre la ‘Alianza terapéutica’ y el nivel de ‘Resolución emocional de los clientes’ en las dos sillas para autocrítica. Para esta hipótesis las medidas analizadas fueron: para la alianza, las registradas en la sesión 3, y para la resolución las tomadas durante la intervención.

## 2. MÉTODO

### *Participantes*

#### *Muestra*

La muestra ya fue seleccionada por el equipo de investigación: es un solo grupo de 22 clientes seleccionados por sus altas puntuaciones en autocrítica (**criterio de inclusión**). Los pacientes de la investigación completa se seleccionaron por tener altas puntuaciones en el cuestionario de 'Formas de autocrítica' de Gilbert (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Iron, 2004). Con lo cual la muestra no es probabilística, no es aleatoria porque tiene una característica común (altas puntuaciones pre-test en autocrítica). Como **criterios de exclusión** se establecieron el estar exentos de vivir un proceso terapéutico, y la presencia de la siguiente psicopatología o circunstancias de alta gravedad: trastornos del ámbito psicótico, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de alcohol u otras drogas, y situaciones que impliquen relaciones con algún tipo de violencia o abuso. El estudio pertenece a una investigación en curso de una colaboración entre la Universidad de Deusto de Bilbao, la Universidad de Ramón Llull de Barcelona y la Universidad de Comillas de Madrid. Este grupo de investigación se compone de 6 terapeutas y un conjunto de 22 pacientes en total en sesiones de psicoterapia grabadas. Debido a que una grabación era defectuosa de sonido y a que en dos procesos terapéuticos no se realizaron la tarea de las dos sillas para autocrítica, al final se dispuso de un total de 19 clientes. De las cuales extraeremos información sobre la tarea del diálogo de las dos sillas en este trabajo. El diseño experimental obtuvo el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas, y todos los participantes del estudio dieron su consentimiento informado para que sus procesos terapéuticos fueran objeto de docencia e investigación.

#### *Rasgos demográficos*

La edad de la muestra se distribuye de manera no uniforme. La muestra cubre desde los 18-55 años y la mayor parte de la muestra se encuentra localizada entre los 18-23 años de edad (40.12%), mientras que el segundo grupo más numeroso se encuentra entre los 34-38 años (13.64%). También existen dos grupos que destacan a continuación por su número sobre el resto como son los dos grupos de 44-48 años (9.09%) y 54-58 años (9.09%).

En cuanto al sexo de los participantes, el 68.18% de la muestra son mujeres y el 31.82% restante son varones.

En lo referente al nivel socio-económico de los sujetos, podemos decir únicamente que, en relación a sus profesiones, existe un subgrupo de 36.36% son estudiantes; por otro lado, una persona (4.55%) está en paro; un 22.69% trabaja en una posición de psicólogo o psicoterapeuta; otra persona (4.55%) es empresaria; otra persona (4.55%) trabaja de ingeniero/a; otro sujeto (4.55%) está ocupado de informático/a; un 9.1% trabaja de médico/a; un participante (4.55%) es economista; otro participante

(4.55%) trabaja de responsable de proyectos y un último cliente (4.55%) se dedica a la floristería/jardinería.

Asimismo, la precedencia geográfica de la muestra es prácticamente (90.9%) de nacionalidad española excepto dos personas (9.1%), que proceden del extranjero (Venezuela y Brasil).

Por último, en lo relativo al nivel socio-cultural de los sujetos, podemos decir que un 59.09% se encuentra cursando estudios superiores o universitarios, mientras que un 36.36% ostenta títulos correspondientes a estudios superiores, y solamente una persona (4.55%) realizó estudios de grado medio.

### *Instrumentos de medida*

El material clínico del que se dispuso fue el visionado de vídeos de 22 pacientes en terapia con distintos terapeutas.

#### *Medidas de resultado*

Existen varios instrumentos de medida para cuantificar autocrítica, autocompasión, experiencias en relaciones personales cercanas y sintomatología depresiva –en tres medidas: pre-/post-test y seguimiento (a los tres meses). Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes.

**Escala de resolución emocional (intra-sesión) del cliente** (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). Escala de resolución emocional del cliente durante el ‘Diálogo de las dos sillas para una escisión autoevaluativa’. Esta es una escala de observación para el terapeuta que no se aplica directamente a clientes.

Esta escala se ha usado previamente en inglés (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996), por tanto no existe validación de la traducción. El proceso de traducción que se siguió fue el “back to back”: primero, la escala fue traducida del inglés al castellano. Después, esta traducción fue enviada a un traductor oficial inglés-español para que la tradujera al castellano. A continuación, se comparó su versión inglesa con la original. Por último, se realizaron las modificaciones necesarias en la traducción al español que se iba a utilizar para evaluar las sesiones de vídeo.

La escala de ‘**Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-tranquilizarse**’, **FSCRS** (Gilbert et al., 2004). Los datos de fiabilidad conocidos de este instrumento solo están validados con población angloparlante; en nuestro estudio, el test se pasó a los sujetos en español, la dificultad reside en que todavía no existe ningún documento que estudie la fiabilidad del instrumento en español. De hecho existe una tesis doctoral que está llevando a cabo este proyecto (López, n.d.). No hemos encontrado datos que se ajusten a la traducción del instrumento en español.

La escala de ‘**Auto-compasión**’, **SCS** (Neff, 2003a). Adaptado a población española por García-Campayo et al. (2014). <<La fiabilidad del test se midió mediante el Alpha de Cronbach global, siendo los resultados de .87, con un rango de .72 a .79 para las diferentes subescalas.>> (P. 13, García-Fogeda, 2016). Los resultados arrojados por el estudio de Costa, Maroco, Pinto-Gouveia, Ferreira, y Castilho (2016) indican que el estudio factorial confirmatorio señala un buen ajuste al

modelo de dos factores: ‘actitud auto-compasiva’ y ‘actitud auto-crítica’. Los datos de validez convergente fueron: para ‘actitud auto-compasiva’, la varianza extraída media fue de .65, y para ‘actitud auto-crítica’, de .60. Como dichos valores fueron mayores a  $r^2=.28$ , se asumió validez discriminante para ambos factores. Esto explica que cada factor sea mejor explicado por sus propios ítems que por los del otro factor. Por otra parte, el factor ‘actitud auto-compasiva’ está negativamente asociado a psicopatología ( $-.566 \leq r \leq -.253$ ). Por su parte, el factor ‘actitud auto-crítica’ está positivamente asociado con psicopatología ( $.229 \leq r \leq .573$ ). Por último, las dimensiones son congruentes, según esta investigación para muestras tanto clínicas como no clínicas. Por ello, justificamos nuestra elección de esta escala para la medición de la variable ‘Auto-compasión’ en la presente investigación.

El **BDI-II para depresión/síntomas depresivos** (Beck, Steer, y Brown, 1996; versión española de Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). El coeficiente de Alpha de Cronbach es de .89 (Beck, Steer, y Brown, 1996; versión española de Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). El BDI-II está compuesto por dos factores que correlacionan en gran medida, uno, cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional (Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003). Ambos factores se muestran muy correlacionados entre ellos ( $r=.68$ ). Las dimensiones son congruentes según el citado estudio, por ello se justifica nuestra elección del instrumento para evaluar sintomatología depresiva en los clientes.

El cuestionario ‘*Experiences in Close Relationships*’ **ECR** (Fraley, Waller, and Brennan, 2000) versión española (Alonso-Arbiol et al., 2007). No tenemos datos de fiabilidad o validez para el instrumento en población española.

El ‘**Inventario de Problemas Interpersonales**’ **IIP-32**, en su versión española (Salazar, Martí, Soriano, Beltran, y Adam, 2010). El análisis multifactorial arrojó ocho factores: Inhibición, Distancia, No-asertividad, Auto-centro, Dominancia, Demasiada apertura, Auto-sacrificio, y No-autoafirmación. El punto de corte de 44 mostró el 82% de sensibilidad y el 75% de especificidad (Salazar, Martí, Soriano, Beltran, y Adam, 2010).

### *Medidas de proceso*

La Alianza terapéutica se midió en la sesión 3, sesión 6 y sesión 9 de los procesos terapéuticos. Sin embargo, la adherencia a la tarea de las dos sillas del terapeuta y la resolución emocional del cliente se tomaron en distintos momentos de la intervención –dependiendo de en qué momento del proceso considerara cada terapeuta que había que proponer la tarea y de si el cliente aceptaba trabajar en ella.

**Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio, WAI**, en su versión corta en español, el WATOCI de Corbella y Botella (2004a). El coeficiente de Alpha de Cronbach para la escala total es de .93. Los coeficientes por subescalas fueron de: ‘Tarea’ (.91), ‘Vínculo’ (.85), ‘Objetivo’ (.86) y ‘Teoría de Cambio’ (.82) (Corbella, y Botella, 2004a). En cuanto a la validez, según Botella y Corbella (2011), el CORE-OM demostró que el WATOCI correlacionaba con 7 instrumentos de

evaluación sintomática. Además, en otro estudio anterior, Evans et al. (2002) demostraron que este inventario era capaz de diferenciar entre población clínica y no clínica, y que discriminaba con una alta sensibilidad la evolución sintomática. <<Por lo que respecta a la versión española, Corbella (2003) comparó las puntuaciones de una muestra de 400 pacientes (250 españoles y 150 argentinos) con las de una muestra de 87 voluntarios sin demanda de atención psicológica. A partir de la comparación de las medias de (a) la muestra con demanda clínica y (b) la muestra sin demanda clínica, se demostró que las diferencias eran estadísticamente significativas en todas las escalas del cuestionario ( $p < .001$  bilateral).>> (P. 27, Botella y Corbella, 2011).

La **Escala de Medida de Adherencia a la Terapia Experiencial** (Goldman y Greenberg, n.d.).

La adherencia del terapeuta a la tarea de las dos sillas para escisión autoevaluativa se midió en extensión en una escala continua de 1-7 en función de si el terapeuta cumple o no con los ítems de la escala que construyeron Goldman y Greenberg (n.d.). Escala en la que 1 significa que el terapeuta no satisface en ninguna extensión el ítem, 3 lo satisface de alguna manera, 5 moderadamente, y 7 de forma completa. Esta escala mide si el terapeuta cubre o cumple con el conjunto de actitudes o modos de proceder de la terapia experiencial de un total de 25 ítems agrupados en tres secciones. La primera sección mide las habilidades terapéuticas generales; la segunda, la adherencia del terapeuta en tareas de auto-exploración del paciente; y la tercera, las acciones específicas del psicólogo. De estas tres secciones, y por relación a la tarea que se está evaluando en este trabajo, utilizaremos solo la sección ‘II. TAREAS ESPECÍFICAS EN SESIÓN’ (y dentro de esta sección, solo las cuestiones correspondientes al conflicto de autocrítica o escisión autoevaluativa)<sup>7</sup>.

Al igual que con la **escala de resolución emocional (intra-sesión) del cliente**, ésta proviene de una tesis doctoral sin publicar, por tanto no existe validación de la traducción. El proceso que se siguió fue el mismo que con la escala de ‘Resolución emocional’, el método “back to back”: primero, fue traducida del inglés al castellano. Después, esta traducción fue enviada a un traductor oficial inglés-español para que la tradujera al castellano. A continuación, se comparó su versión inglesa con la original. Por último, se realizaron las modificaciones necesarias en la traducción al español que se iba a utilizar para evaluar las sesiones de vídeo.

## *Diseño*

El diseño del presente análisis es cuantitativo. Además, es un estudio observacional porque dentro del proyecto en el cual se inserta este trabajo, no se manipularon variables a través de la intervención terapéutica, sólo se examinaron vídeos de sesiones clínicas con el uso de rejillas de observación. Dentro de este último tipo de estudios, el presente es descriptivo porque mi objetivo es la descripción de unas determinadas características de la muestra en ciertos momentos a lo largo del tiempo. Y por último, es un diseño longitudinal porque las variables (a excepción de la adherencia del terapeuta a la tarea, la resolución de tarea y la alianza terapéutica) fueron medidas en tres fases (pretest, posttest, y 3

---

<sup>7</sup> Los ítems así como la escala se pueden consultar en el Anexo II.

meses de seguimiento). Las relaciones a analizar –y en consonancia con las cuatro hipótesis establecidas en los objetivos–, se pueden observar en naranja (hipótesis principales) y azul (hipótesis secundarias) en el siguiente esquema:

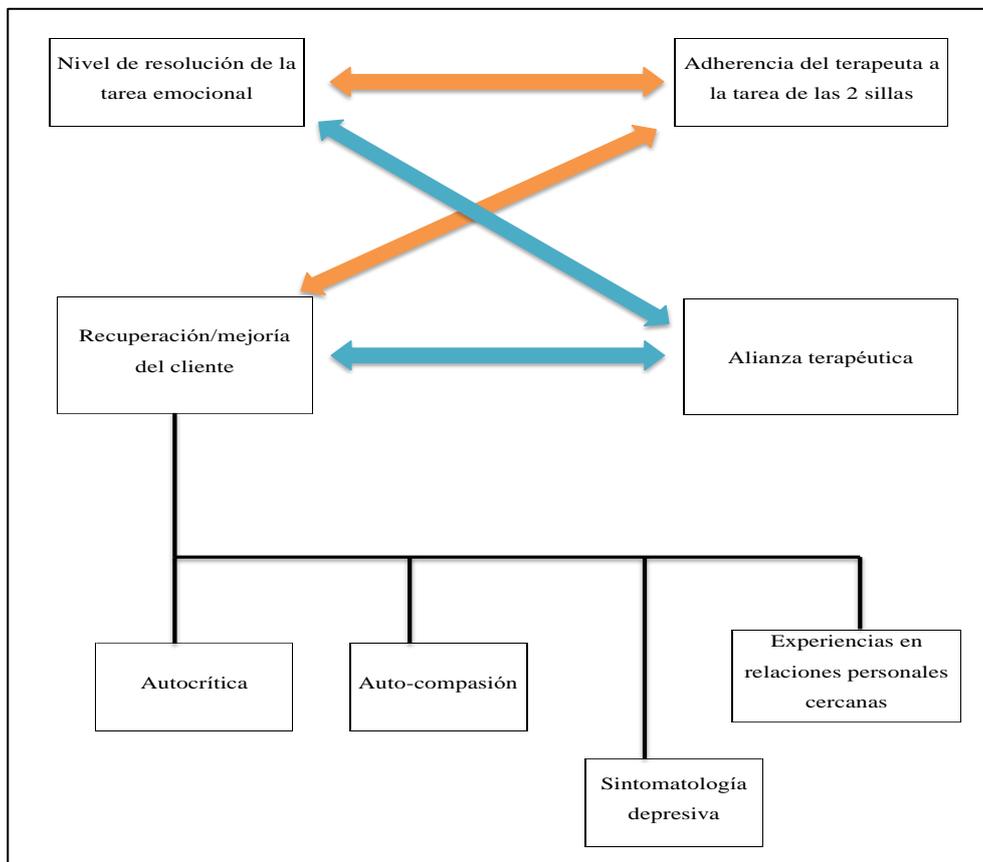


Figura 2. Esquema de variables implicadas y las relaciones estudiadas del modelo experimental.

### *Procedimiento*

La recogida de datos se realizó mediante el visionado y evaluación de procesos terapéuticos de 22 clientes que tienen de media una duración de 10 a 12 sesiones cada uno. Con lo cual, lo primero fue localizar en cada proceso terapéutico aquel tiempo dedicado exclusivamente a la tarea de las dos sillas para autocrítica, dado que las medidas de ‘Adherencia a la tarea’ y de ‘Resolución emocional’ se tomaron exclusivamente de los fragmentos dedicados a la tarea de las dos sillas para diálogo autocrítico.

En primer lugar, el tutor profesional cedió material didáctico de sesiones para practicar la observación y para construir la rejilla de observación para la ‘Adherencia a la tarea’ (para lo cual se utilizó la escala de Adherencia citada más arriba)<sup>8</sup>. A continuación, el proceso fue de entrenamiento en la evaluación observacional con la rejilla. Para ello, se realizaron tres sesiones de entrenamiento en

<sup>8</sup> Rejilla adjunta en el Anexo III.

observación los tres jueces (tutor profesional, una becaria de investigación del departamento y el presente estudiante) con la rejilla, corrigiéndola, poniendo los resultados en común y debatiéndolos. A pesar de que finalmente solo se recogieron los datos por parte de dos jueces –becaria de investigación del departamento y el presente estudiante. Por un lado, la adherencia del terapeuta se evaluó con el instrumento obtenido y por otra parte el nivel de resolución emocional del cliente<sup>9</sup>, en éste último fijándonos en la resolución emocional global en relación a la tarea como un todo. A continuación, se numeraron las tareas para crítico interno dentro de cada proceso terapéutico. Se asignaron éstas aleatoriamente a los dos jueces, tanto las que evaluarían ambos como las exclusivas de cada uno. Por una parte, un juez evaluó el 75% aproximadamente (72.55%) de las tareas de sillas para crítica interna, y la becaria de investigación el otro 75% aproximadamente (72.55%) de las mismas, para poder cruzarse en un 50% aproximadamente (45.1%) de las tareas y extraer el nivel de fiabilidad inter-jueces (coeficiente de correlación intraclase, el indicado para variables cuantitativas).

Debido a que las grabaciones de las sesiones clínicas solo constan de los permisos de clientes con fines exclusivos de investigación, la observación de los vídeos, así como su evaluación se realizó exclusivamente en la Universidad Pontificia de Comillas, en una sala Faraday del laboratorio de psicología; sin permitirse que el presente estudiante ni la becaria de investigación pudiéramos transportar o manipular de cualquier forma el material audiovisual protegido. A continuación, fue necesario reunir todas las puntuaciones en cuestionarios para la variable ‘Recuperación/mejoría del cliente’, y en alianza terapéutica en una base de datos.

Por tanto, los datos recogidos fueron dos medidas de proceso, por una parte, la adherencia del terapeuta a la tarea y por otra, el nivel de resolución emocional del cliente intra-sesión. Los datos que se tomaron del equipo de investigación fueron los de variables de resultado (los correspondientes a la recuperación/mejoría del paciente) y los de alianza terapéutica. Para todos los análisis se hace constar que el valor de significación tomado fue de  $p < .05$ .

Posteriormente, se realizó un análisis de ANOVA de medidas repetidas para analizar si había diferencias significativas entre momentos temporales de medida tanto a a nivel sujeto (intrasujeto). Esto se realizó con la finalidad de hacer un control de calidad del tratamiento sobre la mayor muestra posible, con  $N=22$ . Para realizar estas pruebas paramétricas, se comprobó el supuesto de normalidad para las mismas: se corroboró que la significación de la prueba de Shapiro-Wilk fuese mayor a .05. En el caso de no poder asumir normalidad, como indican Shapiro-Wilk, se comprobó que se cumplían los criterios propuestos por Curran, West y Finch (1995).

Por otro lado, se hace constar que para las medidas de adherencia y resolución, así como para el análisis de correlaciones (contraste de hipótesis), se tomaron valores de solo 16 personas debido a problemas de sonido de las grabaciones o a que hubo procesos terapéuticos donde no se usó la tarea de silla para autocrítica. Para ello, se realizaron pruebas no paramétricas.

---

<sup>9</sup> Mediante la escala plasmada en la tabla del Anexo I.

### 3. RESULTADOS

A continuación analizaremos los resultados en dos niveles de análisis: por una parte las variables de proceso tomadas en el momento  $t_2$  (durante la intervención) y por otra parte, las variables de resultado en los tres momentos de medida, aunque, se seleccionarán las diferencias operativizadas en la Introducción (en Objetivos) para las conclusiones.

En primer lugar procederemos a describir los resultados encontrados en las variables de proceso.

Si examinamos la tabla 2, se observa que, en cuanto a la 'Adherencia a la tarea', considerando que el mínimo de *adherencia* es 0 y el máximo es 49 (7 ítems de escala tipo Likert de 7 puntos), el juez 1 midió una adherencia media bastante alta ( $X=34.33$ ), una puntuación que podría considerarse como un 7 sobre una escala de 10. La proporción entre la desviación típica y la media apunta a que el conjunto de puntuaciones recogidas por el juez 1 fueron más homogéneas que las recogidas por el juez 2. Por otra parte, las medidas de *adherencia* tomadas por el juez 2 ( $X=17.63$ ) son cualitativamente bajas, teniendo en cuenta que si la escala fuera sobre 10, la media observada estaría en torno a 3.4. En este sentido, la media del juez 1 duplica la media de las puntuaciones en *adherencia a la TFE* registradas por el juez 2. Tanto en el caso del juez 1 ( $\alpha=.93$ ) como en el del juez 2 ( $\alpha=.89$ ), las puntuaciones del coeficiente de fiabilidad de Cohen en los 7 ítems de *adherencia* superan el 0.80, tomado como referencia de fiabilidad. El valor obtenido para la correlación intraclase (usado para medir la fiabilidad entre jueces en variables cuantitativas) para medidas promedio fue estadísticamente significativo y la fuerza de la concordancia interjueces en la medición de la adherencia de los terapeutas a la tarea de las dos sillas para autocrítica fue buena ( $CCI=.873, p=.002$ ).

En cuanto a la 'Resolución de la tarea', no cabe describir resultados de fiabilidad porque la escala tipo Likert solo posee un ítem que recorre desde el 0 hasta el 6. En relación a las puntuaciones del juez 1 ( $X=4.66$ ), se observa en la tabla que la *resolución de la tarea* emocional (negociación o armonización de las dos voces como punto final del proceso) media es bastante alta, aproximadamente de un 7.77 si fuera el caso de una escala sobre 10 puntos. La proporción entre la media y la desviación típica de los datos tomados señalan que las puntuaciones examinadas por el juez 1 estuvieron en mayor medida agrupadas o formaron un grupo más homogéneas que el conjunto de las aportadas por el juez 2. Por otro lado, los valores registrados por el juez 2 en *resolución* ( $X=3.03$ ) fueron medios. La media de sus datos se aproximaron a lo que supondría una puntuación de 5.05 en una escala sobre 10. El coeficiente de correlación intraclase para las puntuaciones promedio de los dos jueces en resolución emocional fue estadísticamente significativa, y el valor de la fuerza de concordancia bueno ( $CCI=.849, p=.001$ ).

Tabla 1. Descriptivos y análisis de ANOVA de las variables de proceso.

	Media	Desviación típica	$\alpha$	Coefficiente de Correlación intra-clase (CCI), ( $p$ )
<b>Adherencia a la Tarea</b>				<b>.873 (.002)</b>
Juez 1	34.33	7.74	.93	
Juez 2	17.63	8.04	.89	
<b>Resolución de la tarea</b>				<b>.849 (.001)</b>
Juez 1	4.66	.87	----	
Juez 2	3.03	1.58	----	

$N=16$ .

Tabla 2. Descriptivos y análisis de ANOVA de las variables de resultado.

	$X_{t1}$ ( $\sigma_{t1}$ )	$\alpha$	$X_{t2}$ ( $\sigma_{t2}$ )	$\alpha$	$X_{t3}$ ( $\sigma_{t3}$ )	$\alpha$	F (significación)	$\eta^2$
<b>FSCRS IS</b>	20.53 (6.04)	.82	17.32 (4.73)	.57	15.05 (5.51)	.73	<b>6.66 (.003)</b>	.27
Pre-Post							(.253)	
Pre-Seguimiento							<b>(.010)</b>	
Post-Seguimiento							(.144)	
<b>FSCRS RS</b>	15.95 (4.28)	.54	19.00 (3.84)	.56	16.50 (4.14)	.61	<b>10.63 (.000)</b>	.36
Pre-Post							(1.000)	
Pre-Seguimiento							<b>(.004)</b>	
Post-Seguimiento							<b>(.005)</b>	
<b>FSCRS HS</b>	6.50 (3.79)	.66	4.80 (2.65)	.33	4.70 (3.29)	.80	<b>3.58 (.038)</b>	.16
Pre-Post							(.132)	
Pre-Seguimiento							(.126)	
Post-Seguimiento							(1.000)	
<b>SCS</b>	64.45 (17.57)	.93	79.90 (20.74)	.94	82.35 (22.00)	.94	<b>12.44 (.000)</b>	.40
Pre-Post							<b>(.002)</b>	

Pre-Seguimiento							<b>(.003)</b>	
Post-Seguimiento							(1.000)	
<b>BDI-II</b>	17.50 (9.58)	.88	8.20 (7.60)	.89	7.65 (10.07)	.95	<b>15.66 (.000)</b>	.45
Pre-Post							<b>(.001)</b>	
Pre-Seguimiento							<b>(.002)</b>	
Post-Seguimiento							(1.000)	
<b>ECR (Evitativo)</b>	47.95 (13.44)	.56	47.42 (14.02)	.72	46.79 (12.47)	.58	0.10 (.904)	.01
<b>ECR (Ansioso)</b>	65.84 (18.45)	.69	66.11 (21.97)	.75	59.53 (23.29)	.83	2.09 (.149)	.10
<b>IIP-32 (Inhibición)</b>	4.60 (4.12)	.85	4.65 (4.59)	.83	4.20 (3.78)	.76	0.20 (.819)	.01
<b>IIP-32 (Distancia)</b>	2.60 (3.18)	.79	1.45 (2.54)	.82	1.75 (2.42)	.72	2.06 (.157)	.10
<b>IIP-32 (No-asertividad)</b>	9.05 (4.20)	.80	8.30 (4.28)	.88	8.30 (4.28)	.93	0.91 (.409)	.05
<b>IIP-32 (Autocentrado)</b>	1.94 (2.08)	.39	1.24 (1.71)	.36	1.94 (2.56)	.79	1.14 (.331)	.07
<b>IIP-32 (Dominancia)</b>	6.35 (3.17)	.62	2.80 (2.50)	.49	2.55 (2.50)	.67	<b>16.51 (.000)</b>	.46
Pre-Post							<b>(.002)</b>	
Pre-Seguimiento							<b>(.001)</b>	
Post-Seguimiento							(1.000)	
<b>IIP-32 (Demasiada apertura)</b>	6.45 (3.13)	.49	6.60 (3.47)	.74	6.25 (2.94)	.58	0.34 (.566)	.02
<b>IIP-32 (Auto-sacrificio)</b>	10.75 (3.65)	.79	10.70 (3.57)	.77	9.05 (3.15)	.55	2.92 (.066)	.13
<b>IIP-32 (No-autoafirmación)</b>	9.40 (3.69)	.59	8.80 (3.79)	.72	8.05 (3.83)	.76	1.34 (.274)	.07

Los valores Omnibus de F están corregidos en caso de violarse el supuesto de esfericidad (Huyhn-Feldt). FSCRS IS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Inadequate-Self Scale. FSCRS RS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Reassured-Self Scale. FSCRS HS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Hated-Self Scale. SCS= Self-Compassion Scale. BDI-II=Beck Depression Inventory (versión II). ECR (evitativo)= Experiences in Close Relationships (subescala evitativa). ECR (ansioso)= Experiences in Close Relationships (subescala de ansiedad). IIP-32=Inventory of Interpersonal Problems.  $N=22$ .

A continuación, pasaremos a explicar las evidencias halladas en torno a las variables de resultado.

Como se puede observar en la tabla 3, para la variable FSCRS IS, el estadístico  $F$  es significativo ( $F(1,18)=6.66, p<.05$ ). Por tanto, hemos encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida en el cuestionario para autocrítica en la subescala de *inadecuación*.

De hecho, las diferencias encontradas giraron en torno a una disminución en las puntuaciones de cómo de inadecuados se percibían a sí mismos los sujetos en el momento pre-tratamiento ( $X=20.53$ ,  $\sigma=6.04$ ), post-tratamiento ( $X=17.32$ ,  $\sigma=4.73$ ) y seguimiento ( $X=15.05$ ,  $\sigma=5.51$ ). Observando las puntuaciones, se encuentra que el grupo pre-test es el más heterogéneo de los tres momentos de medida porque su desviación típica en comparación con la media es la mayor. El grupo que puntuó más homogéneamente fue el medido en el momento de finalizar la intervención, las puntuaciones en *inadecuación* se agruparon más en torno a la media. El tamaño del efecto medido con eta cuadrado parcial fue moderado ( $\eta^2=.27$ ), esto quiere decir que la magnitud de las diferencias entre grupos fueron de un tamaño mediano. En el análisis *post-hoc*, con la prueba de Bonferroni, el análisis arrojó los siguientes resultados. En primer lugar, las diferencias entre el grupo pre-post no fueron significativas ( $p=.253$ ). En segundo lugar, las diferencias dentro del mismo grupo entre los momentos pre-seguimiento ( $p=.010$ ), sí que fueron estadísticamente significativas. Por último, las diferencias en la subescala de *inadecuación* para autocrítica entre los grupos post-seguimiento ( $p=.144$ ) tampoco fueron significativas.

Por otra parte, y dentro de la variable autocrítica, para el factor FSCRS RS, esto es, el subfactor de *autovalidación*, el ANOVA de medidas repetidas también resultó en un estadístico significativo ( $F(1,19)=10.63$ ,  $p<.05$ ). Por tanto, hemos podido verificar diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida. El eta cuadrado parcial reveló un tamaño del efecto fuerte ( $\eta^2=.36$ ), con lo cual la magnitud de las diferencias es grande. Así, las diferencias encontradas señalaron un aumento entre los momentos pre-tratamiento ( $X=15.95$ ,  $\sigma=4.28$ ) y post-tratamiento ( $X=19.00$ ,  $\sigma=3.84$ ). Ahora bien, según el análisis *post-hoc* de comparación por pares (prueba de Bonferroni), esta diferencia entre pre-post no fue significativa ( $p=1.000$ ). Sin embargo, las diferencias halladas entre los momentos pre- y seguimiento ( $X=16.50$ ,  $\sigma=4.14$ ) sí que fueron significativas ( $p=.004$ ), así como entre los momentos de post- y seguimiento ( $p=.005$ ). Por tanto, las puntuaciones en *autovalidación* aumentaron llegados al momento de seguimiento. En cuanto a la homogeneidad de los grupos se puede afirmar que el grupo más homogéneo fue el grupo en el momento post-, por ser la desviación típica la más pequeña en comparación con su media, y el más heterogéneo en puntuaciones de *autovalidación* fue el grupo en el momento pre-tratamiento. Por último, dentro del tercer factor de autocrítica, *odio hacia uno mismo* del cuestionario FSCRS, es decir, el componente HS, el estadístico *F* hallado fue significativo ( $F(1,19)=3.58$ ,  $p<.05$ ). Por tanto, hemos encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida en el cuestionario para autocrítica en la subescala de *odio hacia uno mismo*. En este sentido, los sujetos descendieron sus puntuaciones de percepción de rechazo hacia sí mismos, desde el momento pre-tratamiento ( $X=6.50$ ,  $\sigma=3.79$ ), pasando por el momento post-tratamiento ( $X=4.80$ ,  $\sigma=2.65$ ), hasta el momento de medida de seguimiento ( $X=4.70$ ,  $\sigma=3.29$ ). El grupo más distinto entre sí en esta dimensión fue el grupo en el momento de seguimiento, por ser la proporción entre su desviación típica y su media la mayor de los

tres momentos. En el polo opuesto se sitúa el grupo en el momento post-tratamiento, momento en el que el grupo mostró puntuaciones más parecidas entre sí en la dimensión de percepción de rechazo hacia sí mismos. El tamaño del efecto ( $\eta^2=.16$ ) fue moderado, esto quiere decir que la magnitud de las diferencias entre grupos fueron de un tamaño mediano. En la prueba de Bonferroni, el análisis arrojó los siguientes resultados. En primer lugar, las diferencias entre el grupo pre-post no fueron significativas ( $p=.132$ ). En segundo lugar, las diferencias dentro del mismo grupo entre los momentos pre-seguimiento ( $p=.126$ ), tampoco fueron estadísticamente significativas. Por último, las diferencias en la subescala de inadecuación para autocrítica entre los grupos post-seguimiento ( $p=1.000$ ) tampoco fueron significativas. Es decir, en el análisis *post-hoc*, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las pruebas por pares. Existe un problema metodológico, los resultados no permiten discernir entre qué pares de momentos de medida existen las diferencias. En futuras investigaciones sería recomendable estudiar entre qué pares existe evidencia que apoye la diferencia en la dimensión *odio hacia uno mismo* de la variable autocrítica.

Paralelamente, con respecto al SCS, la escala para autocompasión, hemos encontrado evidencias de que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida ( $F(1,19)=12.44$ ,  $p<.05$ ). Esto significa que las puntuaciones en autocompasión subieron a lo largo del tiempo, entre el momento pre-tratamiento ( $X=64.45$ ,  $\sigma=17.57$ ), el momento post-tratamiento ( $X=79.90$ ,  $\sigma=20.74$ ) y el momento seguimiento ( $X=82.35$ ,  $\sigma=22.00$ ). El grupo más homogéneo en sus puntuaciones en autocompasión fue el grupo en el momento post- y el más heterogéneo en sus puntuaciones fue el grupo en el momento pre-tratamiento, en función de la magnitud de la proporción entre la media y la desviación típica de cada tiempo de medida. El valor de eta cuadrado parcial para estas diferencias encontradas ( $\eta^2=.40$ ) fue fuerte, con lo cual la magnitud de las diferencias entre grupos fueron de un tamaño grande. En el análisis *post-hoc*, con la prueba de Bonferroni, el análisis arrojó los siguientes resultados. En primer lugar, las diferencias entre el grupo pre-post fueron significativas ( $p=.002$ ). En segundo lugar, las diferencias dentro del mismo grupo entre los momentos pre-seguimiento ( $p=.003$ ), también fueron estadísticamente significativas. Por último, las diferencias en la subescala de inadecuación para autocrítica entre los grupos post-seguimiento ( $p=1.000$ ) no fueron significativas.

Ahora, en lo referente al BDI-II, el cuestionario para medir sintomatología depresiva, el análisis reveló un estadístico significativo ( $F(1,19)=15.66$ ,  $p<.05$ ). Por ello, podemos decir que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida en puntuaciones depresivas. Las puntuaciones en sintomatología de los pacientes se fueron reduciendo desde el momento pre-tratamiento ( $X=17.50$ ,  $\sigma=9.58$ ), momento en que la media de las puntuaciones indicaba *depresión leve* según el baremo de corrección del cuestionario de Beck (14-19 puntos). Estas puntuaciones continuaron reduciéndose en el momento post-tratamiento ( $X=8.20$ ,  $\sigma=7.60$ ) hasta llegar a puntuaciones de seguimiento ( $X=7.65$ ,  $\sigma=10.07$ ) del rango de depresión mínima según los baremos

de corrección para el instrumento (0-13 puntos). Del análisis de la proporción entre desviación típica y media en cada tiempo de medida, el grupo en el que los clientes puntuaron más parecido en sintomatología depresiva fue el de pre-intervención y el grupo más heterogéneo fue el grupo registrado en el tiempo de seguimiento. El tamaño del efecto para las diferencias halladas ( $\eta^2=.45$ ) fue fuerte, esto quiere decir que la magnitud de las diferencias entre grupos fueron de un tamaño grande. En el análisis *post-hoc*, con la prueba de Bonferroni, el análisis arrojó lo siguiente. En primer lugar, las diferencias entre el grupo pre-post fueron significativas ( $p=.001$ ). En segundo lugar, las diferencias dentro del mismo grupo entre los momentos pre-seguimiento ( $p=.002$ ) también fueron estadísticamente significativas. Por último, las diferencias para el cuestionario de Beck entre los grupos post-seguimiento ( $p=1.000$ ) no fueron significativas.

Por otra parte, examinando ahora la variable de experiencias en relaciones de apego, ECR, en sus dos dimensiones, la de *Evitación de la Intimidad* y *Ansiedad*, se obtuvieron los siguientes resultados. Para ninguna de las dos variables se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la psicoterapia. En la dimensión ECR (Evitativo), no se encontró evidencia de diferencias significativas ( $F(1,18)=0.10, p>.05$ ). Esto quiere decir que no hemos podido corroborar que haya habido diferencias entre puntuaciones de autocrítica en la dimensión de *Evitación de la Intimidad* para nuestro grupo experimental. De la misma manera, tampoco se encontró evidencia de que existan diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida en la dimensión *ansiosa* de la autocrítica ( $F(1,18)=2.09, p>.05$ ).

En relación a la variable de problemas en relaciones interpersonales, medida por el cuestionario IIP-32, cabe analizar sus ocho dimensiones: *Inhibición*, *Distancia*, *No-asertividad*, *Auto-centro*, *Dominancia*, *Demasiada apertura*, *Auto-sacrificio*, y *No-autoafirmación*. Para la variable de *inhibición*, el estadístico resultante del análisis de medidas repetidas no fue estadísticamente significativo ( $F(2,38)=0.20, p>.05$ ). Por tanto, no hemos encontrado evidencia de que haya diferencias significativas entre los tres momentos de medida. En segundo lugar, para la variable *distancia* con otros, el análisis tampoco reveló un estadístico significativo ( $F(1.44,27.37)=2.06, p>.05$ ), por tanto no pudimos encontrar prueba del efecto de la intervención en esta dimensión. En tercer lugar, en cuanto a la *no-asertividad* de los clientes de este estudio tampoco revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida ( $F(2,38)=0.91, p>.05$ ). El mismo caso se dio tras realizar el ANOVA con la variable *auto-centro*, no hemos encontrado evidencia que justifique que los clientes estuvieran más o menos auto-centrados en sus relaciones con los demás, después de finalizado el tratamiento ( $F(2,32)=1.14, p>.05$ ). Sin embargo, el análisis en la dimensión de *dominancia* sí que resultó en un estadístico significativo ( $F(1.25,23.84)=16.51, p<.05$ ). Esto significa que se dieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de medida: pre- ( $X=6.35, \sigma=3.17$ ), post- ( $X=2.80, \sigma=2.50$ ) y seguimiento ( $X=2.55, \sigma=2.50$ ). De hecho se produjo una reducción en puntuaciones que indican cuánto de dominantes eran los pacientes en sus relaciones con otras personas significativas para ellos. En cuanto a homogeneidad en puntuaciones dentro de cada

grupo, comparando las proporciones entre la media y desviación típica de cada uno, se puede afirmar que el grupo con puntuaciones más agrupadas en torno a la media es el grupo pre- y el más heterogéneo en sus valores es el grupo de seguimiento. El tamaño del efecto ( $\eta^2=.46$ ) apunta a una magnitud de las diferencias grande. Según el análisis *post-hoc*, la disminución en puntuaciones en *dominancia* en las relaciones progresiva entre los tres grupos solo es significativa entre los grupos pre-post ( $p=.002$ ) y entre los grupos pre-seguimiento ( $p=.001$ ). Continuando con el nivel de *demasiada apertura* en las relaciones, el ANOVA no arrojó un estadístico significativo ( $F(1,19)=0.34, p>.05$ ). Por ello, no encontramos evidencia de que se produjeran diferencias entre los tres momentos de medida. El mismo resultado se obtuvo en el factor de *auto-sacrificio* por los demás en las relaciones ( $F(2,38)=2.92, p>.05$ ), donde no se obtuvieron pruebas de que la intervención tuviera efecto significativo. De igual manera, no se pudieron verificar diferencias entre los tres momentos de medida en el factor *no-autoafirmación* dentro del Inventario de Problemas Interpersonales ( $F(2,38)=1.34, p>.05$ ).

Después de esta exposición de resultados, se contrastaron las dos hipótesis principales y las dos hipótesis secundarias: Adherencia-Recuperación y Adherencia-Resolución (2 hipótesis principales), Alianza-Recuperación y Alianza-Resolución (2 hipótesis secundarias). Esto se realizó a través de la prueba *r* de Pearson y los valores consecuentes del análisis se exponen en la tabla 3.

Dentro de la variable de 'Recuperación de los clientes', el análisis de correlaciones no arrojó un estadístico significativo entre la dimensión *inadecuación* dentro de autocrítica y la dimensión adherencia de los terapeutas a la tarea de las dos sillas para autocrítica ( $\rho=.01, p=.980$ ). Sin embargo, sí que se encontró evidencia para afirmar que hubo asociación entre la alianza (Total) y la dimensión *inadecuación del sí mismo* ( $\rho=-.61, p=.015$ ) de forma indirecta. La alianza y la percepción de la persona como inadecuada tienen un 37.70% de varianza compartida. En cuanto a la relación entre la variable *autovalidación*, dentro del factor autocrítica, y la adherencia de los terapeutas a la tarea, el análisis de correlaciones no aportó un coeficiente de correlación significativo ( $\rho=.27, p=.325$ ). Por otra parte, el grado de asociación entre *autovalidación* y la alianza (Total) tampoco fue estadísticamente significativo ( $\rho=-.18, p=.514$ ). Por último, dentro de la variable autocrítica, el factor *auto-odio* tampoco se relacionó de forma significativa con la adherencia de los terapeutas a la tarea de las dos sillas para conflicto autoevaluativo ( $\rho=.07, p=.805$ ), pero sí con la alianza de forma indirecta ( $\rho=-.51, p=.050$ ). La dimensión auto-odio y la alianza tienen un 26.52% de varianza compartida.

En cuanto al SCS, los cambios en autocompasión no se asociaron de forma significativa con la adherencia de los terapeutas a la tarea ( $\rho=.19, p=.506$ ). Tampoco fue el caso de la relación entre la adherencia y la alianza generada en terapia ( $\rho=.36, p=.187$ ).

Tabla 3. Resultados del análisis de correlaciones para contrastar las hipótesis principales y secundarias. Valores de *rho* de Spearman (*p*). Los tamaños del efecto indican porcentajes.

	Adherencia a la tarea (terapeuta)	Tamaño del efecto ( $r^2 \cdot 100$ )	Alianza Total (sesión3)	Tamaño del efecto ( $r^2 \cdot 100$ )
Recuperación de los clientes				
FSCRS IS (Pre-Seguimiento)	.01 (.980)	0.01	<b>-.61 (.015)</b>	<b>37.70</b>
FSCRS RS (Pre-Seguimiento)	.27 (.325)	7.29	-.18 (.514)	3.24
FSCRS HS (Pre-Seguimiento)	.07 (.805)	0.49	<b>-.51 (.050)</b>	<b>26.52</b>
SCS (Pre-Seguimiento)	.19 (.506)	3.61	.36 (.187)	13.03
BDI-II (Pre-Seguimiento)	.03 (.919)	0.09	<b>-.53 (.043)</b>	<b>27.88</b>
ECR (Evitativo)(Pre-Seguimiento)	-.18 (.524)	3.24	.08 (.777)	0.64
ECR (Ansioso)(Pre-Seguimiento)	-.03 (.919)	0.08	-.34 (.219)	11.42
IIP-32 (Inhibición)(Pre-Seguimiento)	-.24 (.379)	6.00	.39 (.146)	15.52
IIP-32 (Distancia)(Pre-Seguimiento)	.33 (.231)	10.82	-.37 (.179)	13.40
IIP-32 (No-assertividad)(Pre-Seguimiento)	<b>-.72 (.002)</b>	<b>51.84</b>	.45 (.094)	20.07
IIP-32 (Auto-centro)(Pre-Seguimiento)	-.10 (.746)	1.00	.17 (.575)	2.96
IIP-32 (Dominancia)(Pre-Seguimiento)	-.08 (.775)	0.66	-.19 (.486)	3.80
IIP-32 (Demasiada apertura)(Pre-Seguimiento)	-.19 (.497)	3.61	-.02 (.944)	0.04
IIP-32 (Auto-sacrificio)(Pre-Seguimiento)	.19 (.505)	3.50	-.22 (.420)	5.06
IIP-32 (No-autoafirmación)(Pre-Seguimiento)	<b>-.57 (.028)</b>	<b>32.03</b>	.05 (.865)	0.23
Resolución emocional (cliente)	<b>.73 (.002)</b>	<b>52.71</b>	-.24 (.382)	5.90

Los valores Omnibus de F están corregidos en caso de violarse el supuesto de esfericidad (Huyhn-Feldt). FSCRS IS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Inadequate-Self Scale. FSCRS RS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Reassured-Self Scale. FSCRS HS=Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – Hated-Self Scale. SCS= Self-Compassion Scale- BDI-II=Beck Depression Inventory (versión II). ECR (evitativo)= Experiences in Close Relationships (subescala evitativa). ECR (ansioso)= Experiences in Close Relationships (subescala de ansiedad). IIP-32=Inventory of Interpersonal Problems. *N*=16.

En el caso de la sintomatología depresiva, no se encontraron asociaciones significativas con la adherencia ( $\rho=.03, p=.919$ ). Por el contrario, hubo asociación indirecta estadísticamente significativa entre la Alianza y la sintomatología depresiva ( $\rho=-.53, p=.043$ ). La varianza compartida por ambas variables es de 27.88%.

La variable experiencias en relaciones cercanas o de apego (ECR) no se asoció en ninguna de sus dimensiones con la adherencia ni con la alianza en terapia. La asociación entre *evitación de la intimidad* y adherencia no fue relevante a nivel estadístico ( $\rho=-.18, p=.524$ ) ni su relación con la alianza (Total) ( $\rho=.08, p=.777$ ). De la misma forma, el análisis de correlaciones no resultó en significación cuando se calcularon las asociaciones entre *ansiedad* en las relaciones cercanas con adherencia a la tarea ( $\rho=-.03, p=.919$ ) ni con la alianza ( $r=-.34, p=.219$ ).

Por último, dentro de la variable *problemas* interpersonales en primer lugar, se observa que la variable *inhibición* no se relacionó de forma significativa ni con la adherencia del terapeuta a la tarea de las dos sillas ( $\rho=-.24, p=.379$ ), ni con la alianza ( $\rho=.39, p=.146$ ). De la misma manera, el contraste de hipótesis tampoco brindó relaciones significativas entre el factor *distancia* en las relaciones con los demás y adherencia ( $\rho=.33, p=.231$ ) ni con la alianza ( $\rho=-.37, p=.179$ ). Sin embargo, en lo referente a la *no-asertividad* de los pacientes y su asociación con la adherencia de los terapeutas, ésta sí que fue significativa a nivel estadístico ( $\rho=-.72, p=.002$ ) de forma indirecta. La recuperación en *no-asertividad* y la adherencia a la tarea de los terapeutas tienen un 51.84% de varianza compartida. En cambio, la relación entre *no-asertividad* y alianza no fue significativa ( $\rho=.45, p=.094$ ). En cuarto lugar, el factor *auto-centro* no se asoció de forma significativa ni con la adherencia de los terapeutas a la tarea ( $\rho=-.10, p=.746$ ) ni con la alianza construida en la díada terapeuta-cliente durante el proceso terapéutico ( $\rho=.17, p=.575$ ). El mismo resultado se obtuvo entre la quinta dimensión del IIP-32, la *dominancia* en las relaciones, y la adherencia ( $\rho=-.08, p=.775$ ) y con la Alianza (Total) ( $\rho=-.19, p=.486$ ). El percibirse *demasiado abierto* en las relaciones y conflictos con los demás tampoco se asoció de forma estadísticamente significativa con la adherencia ( $\rho=-.19, p=.497$ ) ni con la alianza ( $\rho=-.02, p=.944$ ). Tampoco el cambio en la percepción de *auto-sacrificarse* por los demás se asoció significativamente ni con adherencia ( $\rho=.19, p=.505$ ) ni con alianza ( $\rho=-.22, p=.420$ ). Por último, en la percepción de los clientes de no ser *auto-afirmativo* en los conflictos con los demás sí que se asoció de forma significativa e indirecta con la adherencia de los terapeutas a la tarea de las dos sillas para autocrítica ( $\rho=-.57, p=.028$ ). La recuperación en *no-auto-afirmación* y adherencia a la tarea de los terapeutas tienen un 32.03% de varianza compartida. Aunque no fue el mismo caso de ser significativa la asociación entre la dimensión *auto-afirmativo* con la alianza ( $\rho=.05, p=.865$ ).

En cambio, el análisis de correlaciones sí que arrojó un coeficiente  $\rho$  de Spearman estadísticamente significativo en la relación Resolución emocional-Adherencia ( $\rho=.73, p=.002$ ) de forma directa. La resolución emocional de los clientes y la adherencia a la tarea de los terapeutas tienen un 52.71% de varianza compartida. Ahora bien, la asociación entre Resolución emocional y la alianza no se mostró significativa ( $\rho=-.24, p=.382$ ) al análisis de datos.

## 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

### Recuperación/mejoría de los clientes

En primer lugar, destacar que ha habido recuperación de los clientes en casi todas las variables medidas, esto significa que ha habido proceso terapéutico. En concordancia con las conclusiones obtenidas por Stiegler, Molde y Schanche (2017), hemos encontrado evidencia que apoya una de sus conclusiones: una terapia humanista que incluya el desarrollo de la alianza terapéutica, la sintonización empática del afecto, la genuinidad y presencia terapéutica, y la tarea enactiva de las dos sillas tiene un efecto significativo sobre puntuaciones de autocrítica. En concreto, en esta investigación, se corroboró una mejoría de los participantes entre los momentos pre-seguimiento (criterio de recuperación seguido en todas las medidas) en la dimensión de *inadecuación* y *autovalidación*. De forma contraria, no se obtuvo mejoría en *auto-odio*. Estos resultados cuadran con los obtenidos por Shahar et al. (2011) en una intervención de 5-8 sesiones de TFE. En sus resultados, hubo mejoría en *inadecuación* y en *autovalidación*, pero no en *auto-odio*. En su estudio, se tomaron medidas de seguimiento a los dos, cuatro y seis meses. En el presente trabajo, se tomaron medidas de seguimiento únicamente a los tres meses de seguimiento, encontrando resultados similares en autocrítica. También hay correspondencia entre los tamaños del efecto de este trabajo con sus tamaños del efecto (Shahar et al., 2011): tanto en *inadecuación* como en *autovalidación* los resultados variaron de moderado a fuerte: valores del intervalo [.22,.38] en su estudio y en el nuestro entre [.16, .36]. Llama la atención la no-recuperación en *auto-odio* porque ésta es la que más se relaciona con altas puntuaciones en sintomatología depresiva (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Iron, 2004) y sin embargo, los pacientes se recuperaron en esta última variable. Nos hace plantearnos si fue suficientemente largo el proceso terapéutico para incidir en la dimensión de odio hacia uno mismo.

Por otra parte, los clientes se recuperaron en relación a la variable autocompasión. Una vez finalizado el tratamiento, los participantes se percibieron con una actitud más cariñosa, de aceptación de sus cualidades y percibían que sus experiencias eran más compartidas con el resto de seres humanos del mundo. Esta recuperación junto a la recuperación en sintomatología depresiva de los clientes refleja lo descrito en la literatura: una alta autocompasión es factor protector contra depresión (Pascual-Leone y Greenberg, 2005; MacBeth y Gumley, 2012; Zessin, Dickhauser, y Garbadee, 2015). El tamaño del efecto fuerte encontrado en la recuperación en autocompasión coincide con el tamaño encontrado en el estudio de Shahar et al. (2011).

De esta forma, los clientes se recuperaron en síntomas asociados a la depresión como los relativos a sentimientos de valía, hábitos de sueño, de alimentación o pérdida de energía, entre otros. Esto confirma los resultados obtenidos por la investigación (Shahar et al., 2011; Stiegler, Molde y Schanche, 2017). El tamaño del efecto fuerte en sintomatología depresiva coincide con el encontrado en Shahar et al. (2011).

Con respecto a las dos características de 'Experiencias en relaciones de apego' (*Evitación de la Intimidad y Ansiedad*), los participantes no obtuvieron mejoras.

De forma parecida, en casi ninguna de las dimensiones del IIP-32 (Inhibición, Distancia, No-assertividad, Auto-centro, Dominancia, Demasiada apertura, Auto-sacrificio, y No-autoafirmación) hubo diferencias estadísticamente significativas. Este resultado contrasta con los aportados por la investigación (Greenberg y Watson, 2010; Elliot et al., 2013) donde se informa de que la TFE, además de tener resultados igual de eficaces que la terapia cognitivo-conductual a nivel de sintomatología depresiva, la supera en relación a la recuperación en problemas interpersonales. Sin embargo, encontramos una excepción en *dominancia en las relaciones*, donde se obtuvieron pruebas de una reducción relevante. Los pacientes, al seguimiento de la intervención, reportaron ser menos dominantes en los conflictos interpersonales.

#### Asociaciones entre Adherencia, Resolución, Alianza y Recuperación

#### ***¿El nivel de adherencia del terapeuta (a la tarea de las dos sillas) está relacionado de forma directa con la resolución emocional de los clientes?***

En primer lugar, hay que poner en valor el hecho de haber podido medir la adherencia aplicando la escala de Goldman y Greenberg (n.d.) mediante rejillas de observación. Observar y cuantificar esta dimensión tiene una gran relevancia práctica porque ayuda a discernir si el grado de ejecución de los terapeutas en sesión influye en las variables de resultado. Por otra parte, es de utilidad para la futura formación de psicoterapeutas porque el estudio de la adherencia puede contribuir a mejorar la protocolización de las tareas enactivas.

Del análisis de correlaciones, hemos encontrado evidencia que apoya que la transformación emocional de los clientes en la tarea de las dos sillas para autocrítica sí se encuentra directamente asociada a la adherencia de los terapeutas al *canon* de la TFE acerca de cómo realizar dicha tarea. Cuanto mejor ejecute el terapeuta la tarea de las dos sillas para autocrítica, más lejos llegarán los clientes en la resolución de la crítica –el cual acaba en una comprensión clara de cómo varias emociones, necesidades y deseos pueden ser acomodados, y de cómo aspectos previamente antagonistas del sí mismo podrían ser reconciliados tal y como apuntan Greenberg, Rice, y Elliott (1996). Además, la capacidad explicativa de la adherencia para explicar el cambio en resolución emocional de los clientes fue bastante elevada, con una varianza compartida del 52.71%. Este hallazgo es similar al explicado por Elliot et al. (2013) cuando reporta los resultados de Sachse (1992a), Sachse y Maus (1991), Sachse y Elliott (2002), y Sachse y Takens (2004) que refieren que la manera en que los terapeutas responden a los clientes tienen un gran impacto en sus procesos de exploración emocional. Según sus artículos de investigación, las proposiciones elegidas por los terapeutas estaban relacionadas con la profundidad del proceso de exploración. Muchos clientes pueden encontrar dificultades en clarificar, modificar y comprobar sus propias necesidades, objetivos y emociones. Para afrontar estos obstáculos en sesión, estos estudios (Sachse, 1992<sup>a</sup>; Sachse y Maus, 1991; Sachse y Elliott, 2002; y Sachse y Takens, 2004) reportaron que la asistencia activa del

terapeuta puede ayudar a ello, y apoyar los esfuerzos procesuales de los clientes. En este sentido, las conclusiones arrojadas por este trabajo son similares: que el terapeuta realice con eficacia la tarea activa de la silla está directamente asociado con la resolución del proceso de autocrítica en las personas que acuden a consulta.

***¿El nivel de adherencia del terapeuta (a la tarea de las dos sillas) está relacionado positivamente con el constructo ‘recuperación del cliente’?***

En segundo lugar, la otra hipótesis principal sí que ha obtenido respuesta en cuanto a las dimensiones No-asertividad y No-autoafirmación dentro de la variable problemas interpersonales. La recuperación en ambas variables estuvo significativamente asociada con la adherencia de los terapeutas a la tarea de las dos sillas. Puede que la relación ‘Adherencia a la tarea’ y ‘Recuperación del cliente’ no haya sido significativa en las otras dimensiones, debido a que la calidad de la adherencia de los terapeutas a la tarea no haya sido determinante para la recuperación. Puede que hayan utilizado otras técnicas o tareas como la silla vacía para asuntos no resueltos, la silla de autocompasión, la silla para autointerrupción o el focusing que se hallen más asociados al cambio terapéutico. Serían necesarios estudios ulteriores que buscaran relacionar la eficacia de los terapeutas en estas tareas o técnicas por separado con la recuperación de los pacientes, como hicieron Stiegler, Molde y Schanche (2017).

***¿La alianza terapéutica está relacionada positivamente con el constructo ‘recuperación del cliente’?***

Hemos encontrado evidencia que verifica asociaciones estadísticamente significativas en nuestra muestra. En relación a la alianza terapéutica, la literatura muestra que es influyente en la recuperación de clientes (Greenberg, Elliot, Watson y Bohart, 2001; Elliot et al., 2004) y en el restablecimiento de su equilibrio emocional (Greenberg, 2002a; Linehan, 1993). Esto es lo que señalan nuestros datos: hay asociación significativa e indirecta entre alianza y cambio en dos dimensiones de autocrítica (*inadecuación del sí mismo y auto-odio*). También hay asociación significativa e indirecta entre alianza y cambio en sintomatología depresiva. Quizá el efecto de la alianza sobre la recuperación esté mediado por un aumento de actitud tierna o amable hacia sí mismo en el cliente.

***¿La alianza terapéutica está relacionada positivamente con la resolución emocional de los clientes?***

En cuanto a la ‘Alianza terapéutica’ y su asociación con la ‘Resolución emocional’, se hace difícil pensar una escena terapéutica donde la alianza (al menos en su dimensión de Vínculo) no sea un facilitador del alcance al que pueden llegar los clientes en su proceso emocional. Ello por el componente de confianza, validación y respeto implícitos en un vínculo de calidad entre terapeuta-cliente que, a priori, podría parecer que facilita o cataliza la resolución del paciente (Gendlin, 1996; Greenberg, 2002a; Perls, Hefferline, y Goodman, 1951). Sin embargo no hemos podido reunir pruebas que lo corroboren. Es posible que esto se deba a la siguiente limitación del estudio. De los resultados obtenidos en la tabla 1, se pueden observar altos valores de correlación intraclase, lo cual informa de una alta fiabilidad de los resultados en adherencia y resolución emocional de este trabajo. Sin embargo, también resulta reseñable la gran diferencia entre las puntuaciones de los dos jueces:

hubo un juez que puntuó muy por encima del otro. Esto pudo ser una fuente de sesgo en aquellas tareas evaluadas solo por uno de los dos, porque las tareas se aleatorizaron para su observación. Este sesgo puede explicar la ausencia de resultados en la hipótesis Alianza-resolución, por la distorsión en las puntuaciones de resolución del proceso de autocrítica.

Pasando a enumerar ahora las limitaciones y sugerencias del presente análisis, es relevante lo siguiente.

Normalmente, los estudios pre-post han sido criticados por mostrar tamaños del efecto mayores que los estudios con grupos control (Lipsey y Wilson, 1993), éste puede ser uno de los problemas del presente trabajo.

Por otro lado, puede que hubiera errores en el proceso de evaluación o en la codificación de la base de datos.

Otra limitación del estudio fue no poseer datos de validez para cuatro de los instrumentos de medida para población española (Escala de adherencia a la tarea, escala de resolución emocional, ECR y FSCRS). Esto supone una clara limitación a la hora de generalizar los resultados a otros contextos. Contando con las limitaciones referidas, se eligieron por haber realizado el proceso de traducción inversa y no existir otro instrumento más preciso para medir dichas variables.

Debido a que la muestra no es probabilística se deriva, por ejemplo, que en la muestra haya una diferencia considerable de sexo (68.18% de mujeres frente a un 31.82% de varones). Esto hace que nuestros resultados sean difícilmente extrapolables a población masculina. Otro sesgo de la muestra es el nivel socio-cultural de los participantes del estudio, porque solo hay una persona con estudios medios (educación secundaria o formación profesional de grado medio), el resto se encontraba cursando estudios superiores o ya en posesión de ellos. Esto también convierte los resultados en difícilmente generalizables a otros colectivos de población donde el nivel educativo de los sujetos sea inferior.

Asimismo, la validez de los resultados queda restringida por no poseer un grupo control y por el tamaño pequeño de la muestra, menor de 30. Esta dificultad se afrontó comprobando la normalidad para poder realizar pruebas paramétricas en valores de recuperación de los clientes, y tomando los valores de las correlaciones no paramétricas para el contraste de hipótesis.

El constructo ‘Recuperación/mejoría del cliente’ hipotetizado *ad hoc* para el presente trabajo no incorpora otras dimensiones de la recuperación terapéutica que pueden estar siendo influidas por la intervención.

Teniendo todo esto en cuenta, se recomienda que futuras investigaciones traten de validar estos tres instrumentos (Escala de adherencia a la tarea, escala de resolución de tarea, ECR y FSCRS) con población española. También, se necesitan estudios futuros que estén equilibrados a nivel de género y nivel socio-cultural.

## 5. REFERENCIAS

- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., y Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*, 45–63.
- Beck A., Steer R., Brown G (1996). Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the sistematic treatment of the depressed patient*. New York, United States: Oxford University Press.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., y Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 113–124.
- Botella, L. y Corbella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología, 101*, 21-33.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004a). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema, 16*(4), 702-705.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004b). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: VisionNet.
- Costa, J., Maroco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. y Castilho, P. (2015). 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 and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1974
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with non-normal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modelling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56-75). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Dillon, A., Timulak, L. y Greenberg, L. S. (2016). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 28*(3), 406-422.
- Elliot, R., Greenberg, L. S., y Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapy. In M. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 493-539). New York, United States: Wiley.
- Elliot, R., y Greenberg, L. S. (2007). The essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*(3), 241-254.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed.), 495-538. New York: Wiley.

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., MellorClark, J., McGrath, G., y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (2018). *Inventario de Depresión BDI-II*. Recuperado de:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_beck.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf)
- Fundación para la investigación en Psicoterapia y Personalidad (2018). *Inventory of Interpersonal Problems*. Recuperado de:  
<http://fundipp.org/wp-content/uploads/2015/08/IIP-32.pdf>
- Fetzer Institute (2018). *The Experiences in Close-Relationships Revised (ECR-R) Questionnaire*. Recuperado de:  
<http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Attachment-ExperienceinCloseRelationshipsRevised.pdf>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., y Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- García-Campayo, J. (2016). *Webmindfulness: equipo investigación mindfulness-compasión*. Recuperado de <https://javiergarciacampayo4.files.wordpress.com/2016/10/escala-de-compasiocc81n.pdf>
- Garcia-Campayo J., Navarro-Gil M., Andrés E., Montero-Marin J., López-Artal L., Demarzo M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12(4). doi: 10.1186/1477-7525-12-4
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2000a). Varieties of submissive behaviour: Their evolution and role in depression. En L. Sloman y P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat. An evolutionary approach to mood disorders* (pp. 3–46). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Goldman, R., y Greenberg, L. S. (n.d.). *Experiential therapy adherence measure* (Unpublished material).
- Greenberg, L. S. (2002a). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, United States: APA Press.

- Greenberg, L. S. (2007). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The transforming power of Affect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59.
- Greenberg, L. S., Elliot, R., y Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Boletín científico*, 142.
- Greenberg, L. S., Elliot, R., Watson, J. C., y Bohart, A. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 38, 380-384.
- Greenberg, L. S., y Malcolm, W. (2002b). Resolving unfinished business: Relating process to overcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 406-416.
- Greenberg, L. S., y Pascual-Leone (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology* 62, 611-630.
- Greenberg, L. S., y Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., y Pascual-Leone, A. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona, España: Paidós.
- Greenberg, L. S., y Watson, J. (2010). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Journal of Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224.
- Kazantzis, N. y L'Abate, L. (2007) Homework assignments in psychotherapy: practice, theory and research. *Psychotherapy in Australia*, 13(2), 52-61. Recuperado de: <<<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=545263305732861;res=IELHEA>>> ISSN: 1323-0921.
- Kendall, P. C. y Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioural therapy for anxious children: Therapist manual* (3rd ed.). Ardmore, PA, United States: Workbook Publishing.
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91(2), 244-259.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York, United States: Academic Press.
- Lipsey, N. W., y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment. Confirmation from meta-analysis. *The American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- López, C. (n.d.). *Autocrítica y Terapia Focalizada en la Emoción: el trabajo del yo crítico mediante la tarea de las dos sillas* (Material no publicado).
- MacBeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychological Review*, 32(6), 545-552.
- Malcolm, W., Warwar, S. y Greenberg, L. S. (2005). Facilitating forgiveness in individual therapy as an approach to resolving interpersonal injuries. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *The handbook of*

*forgiveness* (pp. 379-393). New York, United States: Routledge.

- Miller, S. D., y Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Chicago, United States: Author.
- Murphy, J. M., Nierengberg, A. A., Monson, R. R., Laird, N. M., Sobol, A. M., y Leighton, A. H. (2002). Self-disparagement as a feature and forerunner of depression: Findings from the Stirling County study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 13–21.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Pascual-Leone, A. y Greenberg, L. S. (2005). Classification of Affective-Meaning States. En A. Pascual-Leone, *Emotional processing in the therapeutic hour: Why ‘The only way out is through’*, 289-366. Tesis doctoral no publicada, York University, Toronto.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., y Pascual-Leone, J. (2009) Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542.
- Perls, F., Hefferline, R. F., y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York, United States: Dell.
- Psicothema (2018). *Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory Of Change Inventory (WATOCHI)*. Recuperado de:  
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3053>
- Radden, J. (2000). *The nature of melancholy: From Aristotle to Kristeva*. New York, United States: Oxford University Press.
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rojas, J., Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2018). *XVIII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)*. doi:10.13140/RG.2.2.30234.29120
- Rodríguez, E. et al. (2017). Dependent and self-critical personality styles: Cognitive performance and depressive symptomatology. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2),102-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j-rlp.2016.09.005>. ISSN 0120-0534.
- Rojí, M. B. (2005). *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid, España: UNED.
- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., y Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practise. *Journal of personality disorders*, 24(4), 499-515.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC, United States: American Psychological Association.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con

trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sachse, R. (1992a). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Sachse, R., y Elliott, R. (2002). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 83–116). Washington, DC: APA Books.
- Sachse, R., y Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Sachse, R., & Takens, R.J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., y Arkowitz, H. (2011). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 496–507.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., y Sworowski, L. A. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stiegler JR, Molde H, Schanche E. Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect? *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25:e86–e95. <https://doi.org/10.1002/cpp.2144>
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy, An emotion-focused approach*. New York, USA: Routledge.
- Timulak, L., y McElvaney, R. (2012). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131-150.
- Whelton, W. J. (2004a). Emotional processing in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.
- Whelton, W. J. y Greenberg, L. S. (2004b). *From discord to dialogue: Internal voices and the reorganisation of the self in process-experiential therapy*. In H.J.R. Hermans y C. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 108-123). New York, United States: Brunner-Routledge.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., y Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S, y Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231–250.

## 6. ANEXOS

### ANEXO I.

Escala de resolución de tarea del cliente para el ‘Diálogo de las dos sillas para una escisión autoevaluativa’.

#### **A. Cliente (Resolución de tarea intra-sesión):**

- 0 Marcador ausente.
- 1 El cliente describe una escisión en la cual un aspecto del sí mismo es crítico o coercitivo hacia otro aspecto. Describe dos aspectos y rodea el tipo: autocrítica “tipo-severa”, autocrítica “tipo-coach”, auto-interrupción, atribución, depresión, ansiedad:\_\_\_\_\_.
- 2 Claramente se expresan criticismos, expectativas o “deberías” del yo, de una manera específica.
- 3 Emociones/necesidades primarias subyacentes empiezan a emerger en respuesta a las críticas. La crítica diferencia valores/ideales. El self puede colapsar o recuperarse.
- 4 El cliente expresa claramente necesidades y deseos asociados con una emoción experimentada de forma nueva.
- 5 Aceptación genuina de las propias emociones y necesidades. El cliente podría mostrar compasión, preocupación y respeto por sí mismo.
- 6 Comprensión clara de cómo varias emociones, necesidades y deseos pueden ser acomodadas, y de cómo aspectos previamente antagonistas del sí mismo podrían ser reconciliados.

Traducido de Greenberg, Rice, y Elliot (1996).

## ANEXO II.

II. TAREAS ESPECÍFICAS EN SESIÓN (Solo las correspondientes al conflicto de autocrítica o escisión autoevaluativa).

1	2	3	4	5	6	7
En absoluto		En cierto modo		Moderadamente		Extensamente

1. Cuando el cliente comunica que dos aspectos del self están en oposición entre sí, ¿ayuda claramente el terapeuta al cliente a separar los dos aspectos del sí mismo?
2. Una vez que el cliente ha separado claramente los dos aspectos opuestos del sí mismo del cliente, ¿crea el terapeuta contacto entre ellos?
3. Cuando el cliente ha separado claramente los dos aspectos opuestos, ¿promueve el terapeuta conciencia y diferenciación de un aspecto coercitivo o crítico del sí mismo y lo que le está haciendo a la otra parte?<sup>[SEP]</sup>
4. Una vez el cliente ha tomado conciencia de aspectos críticos del sí mismo, ¿ayuda el terapeuta al cliente a hacerse consciente de sentimientos más profundos que le surgen en reacción al yo crítico?
5. Cuando el cliente ha tomado conciencia de aspectos críticos del sí mismo, ¿anima el terapeuta a poner voz a deseos y necesidades del self asociados a sentimientos a los que se acaba de acceder?
6. Una vez el cliente ha especificado las críticas, ¿focaliza el terapeuta al cliente en los sentimientos ocultos, valores y necesidades subyacentes a la autocrítica?
7. Cuando el cliente toma conciencia de la experiencia de aspectos opuestos dentro de sí, ¿fomenta el terapeuta la negociación o integración entre éstos?

Traducido de Goldman, y Greenberg, (n.d.). *Experiential therapy adherence measure* (Unpublished material).

## ANEXO III.

Rejilla de observación obtenida de la escala de Adherencia a la tarea, el visionado de vídeos de terapeutas de TFE, y el debate y corrección de los dos interjueces y mi tutor profesional del TFM.

Código de paciente:		Juez n°:	
N° de sesión:			
<b>Ítem 1: Separar</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cambia de silla al cliente.</li> <li>· Define y explica bien/ágilmente las dos partes del sí mismo, sin entrar en explicaciones demasiado detalladas. Utiliza frases del estilo:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Hazte aquí lo que te haces”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> <li>· Evita que el cliente mezcle los dos personajes del yo-experiencial y el yo-crítico. Si se mezclan en una silla, el terapeuta los separa (no refleja emociones mientras la persona se está criticando, redefine la función de la silla en la que se encuentra la persona, etc.).</li> </ul> </li> </ul>		<b>Puntuación (0-7):</b>	
<b>Ítem 2: Contacto</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Utiliza expresiones del tipo                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Díselo”, “Dile cómo te hace sentir eso”, “Hazlo”, “Háztelo”, “Hazle ver el dolor”, “Dile cómo duele”, “Déjale ver el dolor”, “Dile lo que te molesta”, “Dile lo que te hace estar resentido/a con él/ella”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> <li>· Evita que la persona hable al terapeuta y redirige a que le hable a la otra silla.</li> </ul> </li> </ul>		<b>Puntuación (0-7):</b>	
<b>Ítem 3: Especificar la crítica</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nombra o hace referencia a la voz crítica.</li> <li>· Especifica y diferencia la crítica. Utiliza frases del estilo:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Dile qué debería hacer”, “Dile qué te da</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			

<p>vergüenza”, “Dile en qué te decepciona”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Especifica lo avergonzante.</li> <li>· Invita a que el cliente se critique más con frases del estilo: “hazlo un poco más [critícate] porque creo que es lo que haces dentro de ti”.</li> <li>· Recoge/especifica el tono de la crítica (desprecio, <i>coach</i>, etc.). Utiliza frases del tipo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Así que oyes el tono de regañina, como desaprobación que va con ello, ¿no?”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> <li>· Define el “aguijón” de la crítica (aquellas palabras con las que el cliente suele hacerse daño con la crítica, son muy personalizadas y se las lleva repitiendo toda su vida).</li> <li>· Devuelve el “aguijón” de la crítica cuando el paciente se ha distraído de la crítica o expresa las críticas de forma suavizada. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliza frases del estilo:</li> <li>▪ “Eres una vergüenza”, “Levántate...”, “Quiero que ahora hagas esto: cuestiona todo lo que hace. Hazle sentir que no es perfecto/a”, “Hazle sentir que no tiene ningún valor”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Puntuación (0-7):</b></p>
<p><b>Ítem 4: Sentimientos profundos del yo-experiencial</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Incluye un elemento corporal (Focusing). Utiliza frases del estilo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “¿Cómo se siente por dentro?”, “eso duele dentro”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hace conjeturas empáticas del estilo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Te sientes tan indigna...éste es un sentimiento horrible”.</li> </ul> </li> <li>· Explora los sentimientos profundos que le emergen al yo-experiencial en reacción al yo-crítico (generalmente miedo, pena y/o vergüenza profunda).</li> <li>· Reenfoca empáticamente: hace resumen o recoge la información aportada por el cliente y refleja el dolor que hay en sus palabras.</li> <li>· Emplea un tono de voz emocional, metáforas cortas.</li> </ul>	<p><b>Puntuación (0-7):</b></p>
<p><b>Ítem 5: Necesidades</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pregunta al cliente “¿Qué necesitarías de él/ella (yo-crítico)?”. Otras preguntas por las necesidades podrían ser:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “¿Puedes pedirle lo que realmente quieres?”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> <li>· Devuelve lo esencial. Manifiesta una alta capacidad de síntesis en sus reflejos empáticos.</li> <li>· Nombra las necesidades.</li> <li>· Valida las necesidades que afloran en el yo-experiencial.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Puntuación (0-7):</b></p>
<p><b>Ítem 6: Sentimientos ocultos/Valores</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Explora las necesidades que hay en el yo-crítico que subyacen a las críticas.</li> <li>· Resume y devuelve los valores subyacentes a las críticas. Utiliza frases del estilo:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Así que sería algo así como necesito alguna garantía de que...” (el cliente está en la silla del yo-crítico), “Es como que necesito que me asegures que no lo harás otra vez...que no harás...porque...”, “¿Qué sientes, qué emoción acompaña a esas palabras (cuando el cliente se está criticando)?”, “¿Qué esperas de él/ella (hablándole al yo-crítico)?”.</li> <li>▪</li> <li>▪</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Puntuación (0-7):</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>· Ha facilitado la exploración de los valores subyacentes a la voz crítica de forma contingente a la aparición emociones en esta silla, y no en otros momentos de la tarea (o al menos en la 1ª ó 2ª ronda de cambio de sillas).</li></ul>	
<b>Ítem 7: Negociación/Integración</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- El terapeuta:<ul style="list-style-type: none"><li>· Nombra la autocompasión, si ésta emergiera.</li><li>· Hace repetir frases que contienen autocompasión hacia la “voz” de la otra silla. Por ejemplo:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ “Muy bien, ajá, ¿puedes decírselo a ella: te quiero...?”, “¿Puedes intentar decírselo a ver si encaja? porque algunas veces perdonarse es un proceso...”.</li><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul></li><li>· Utiliza reflejos empáticos del tipo “Entiendo, sí, así que sientes hacia ella como una emoción más compasiva...”.</li><li>· Utiliza frases del estilo:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ “Dile, dile lo que has comprendido”, “Cuando te dijo (la “voz” de la otra silla) que te quería, ¿puedes dejar que eso entre en ti?”, “Si no haces esto que te digo, entonces ¿qué le cabe esperar? (negociando)”.</li><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul></li></ul></li></ul>	<b>Puntuación (0-7):</b>