

Carlos
López
Cavada



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Tratamiento de la Autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción

Autor: Carlos López Cavada
Director: Rafael Jódar Anchía

TRATAMIENTO DE LA AUTOCRÍTICA A TRAVÉS DE LA TERAPIA
FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN



MADRID | Abril 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a los dos responsables de que me terminara por decidir a comprometerme con este trabajo, Rafa y Ciro, que en aquella primera formación me iluminasteis y apasionasteis con una forma de entender la terapia y al ser humano que encajaba con algo de mí que aún no conocía. En concreto, a Rafael Jódar, mi director de tesis, gracias por expresar en tus primeras palabras confianza en mi capacidad para acometer esta empresa y por querer involucrarte en ella, por pensar que había un cierto nivel de conexión que nos conduciría a un buen trabajo conjunto y, especialmente, por todo el apoyo intelectual y emocional posterior, que han dejado dos profundas huellas. A Ciro Caro por ayudarme con algunos aspectos logísticos, pero también con reflexiones, siempre más profundas. Igualmente, gracias por tus palabras de ánimo en cada encuentro.

Por otro lado, quiero dirigir un afectuoso agradecimiento a Leslie S. Greenberg y Laco Timulak, por prestaros a colaborar con la supervisión del trabajo, permitiéndonos beber de vuestra sabiduría. A Paul Gilbert y Jaskaran Basran por darnos permiso para traducir la escala y por ofreceros a ayudarnos con la misma. Gracias a Simon B. Stiles, Jan Stiegler y Golan Shahr por compartir con generosidad vuestro trabajo.

Tenemos que agradecer la viabilidad de este proyecto al Programa de Ayudas a Proyectos de Investigación Aristos Campus Mundus (ACM 2017_26) debido a que parte del mismo ha sido financiado por habernos concedido la beca para la investigación. Implicados también en este proyecto, quiero agradecer a Leire Iriarte (Universidad de Deusto) y Sergi Corbella (Universidad Ramón Llull) por querer colaborar en el estudio, mostrando interés en el proyecto y por haber estado disponibles para dar orientaciones. Gracias a Leire y a Marta Herrero (Universidad de Deusto) por haber compartido vuestro conocimiento estadístico en el estudio 1.

También en relación a la viabilidad del Proyecto, agradecer a Virginia Cagigal, directora de la UNINPSI, que nos permitiera el empleo de las instalaciones y medios audiovisuales para las sesiones de evaluación e intervención. Gracias al resto de los trabajadores de UNINPSI que nos reservaron las salas, resolvieron dudas y/o que simplemente preguntaron “¿qué tal va?”.

Debido a que el proyecto del doctorado no es solo los estudios de investigación concreta y la escritura de la tesis, gracias a Elena Gismer, Gonzalo Aza, Juan Pedro, María Prieto y Pedro Cabrera, por haber aportado ideas o ayudado a afrontar algún aspecto concreto en este camino. En la misma dirección, gracias a los compañeros que comenzaron la tesis de forma simultánea (sobre todo a Ángela, María y Sandra).

No quiero dejar de agradecer a M^a Ángeles Quiroga Estévez, profesora durante mi licenciatura en la U.C.M., porque fue la primera en sembrar la semilla de la curiosidad por la investigación. También a M^a Dolores Avia, que contribuiste en aquel periodo en hacerme conocer la investigación de una forma tan bella y personal.

A Marina Bueno, profesora de la U.C.M., por facilitarme el acceso a participantes de este estudio de forma gentil y desinteresada, y por darme coraje en el momento inicial. Como no dirigir una mención a Alicia “Peque” por tu amistad de

tantos años y por habernos hecho de espejo en este proceso que empezamos casi en paralelo, porque tus charlas también eran terapéuticas; además, por tu contribución al trabajo realizado en el proceso de traducción en el primer estudio. A todos los amigos y conocidos que se han prestado a ayudar en la difusión del estudio o incluso se han participado en la recogida del material (destacar a Esther Martín Íñigo). A Iñaki y a Juan gracias por el apoyo informático y técnico respectivamente.

También un agradecimiento espacial a mis compañeros de TFE (Almu, Carlota, Tere, Yuri y Blanca) que os habéis implicado en todo lo que habéis podido (y más), incluso cuando el tiempo os apremiaba a vosotros mismos. Almu, gracias por prestarme tu ayuda en los momentos precisos.

Por supuesto, un fuerte agradecimiento a Mónica que me acompañó tan afectivamente en la investigación más importante, mi autoconocimiento. Y no podía ser de otra manera: a Antonia y a los “Hijos de Hortaleza” (Carlos, Carlota, David y Patri) porque con vosotros he aprendido a ser terapeuta, a revisarme y porque siempre me hacéis saber más.

Respecto al mundo de los Centros de Ejecución de Medidas Judiciales, gracias al equipo directivo del centro El Lavadero (Juana, Álex, Pablo y Sabina) y previamente, al del centro El Laurel (Juan, Álex y María) por haberme facilitado que me pudiera volcar en este proyecto, pero también porque cada uno en vuestro momento me habéis brindado la oportunidad de ser psicólogo, fortaleciendo mi autoconfianza y el placer por esta profesión. A mis compañeros, especialmente a Ana, Bea, Beni, Elena, Estefanía, Espe, Lorena, Marco, María, Sofía, Susana y Paz, que en el día a día os habéis interesado, empujándome, validándome y dándome fuerzas en el proceso.

Y en último lugar, a los que más tiempo os ha robado esta aventura y que más habéis vivido la dureza de la misma: mi familia y amigos. A mis cuñadas, a mi abuela y a mis hermanos, por vuestro apoyo siempre y por creer en mí; a mis sobrinos, por ser la mejor distracción que podía tener; a mi madre y a mi padre, que me han inculcado el valor del esfuerzo, de la persistencia y me han transmitido la confianza en que, al final, todo sale; gracias, papá por tus opiniones directas sobre este trabajo.

A mi otro yo, Rocío, a Míriam, Miren y Paz por recibir las llamadas de emergencia o por hacer una cena urgente; es inefable lo que me aportáis. A Eva, amiga, maestra y compañera porque en cada conversación me enseñas algo nuevo, que trasciende a nada que se pueda leer en los libros. A mis amigos que me habéis apoyado en cada “no puedo estar”, todas las veces que desaparecía antes o cuando las fuerzas flaqueaban; Ángel, Belén, Cos, César, Diego, Fede, Enrique, Iñaki, Juan, Maitetxu, Matas, Movi, Silvia, Sergi y Sevi, ahora empieza el baile.

A mi yo crítico, que apretó; a mi yo tranquilizador y compasivo, que aprendió a cuidarme en este largo trabajo.

RESUMEN

El estudio de la autocrítica ha ganado atención en los últimos años debido a su influjo marcado en diferentes manifestaciones psicopatológicas (Kannan y Levitt, 2013; Shahar et al., 2012; Werner, Tibubos, Rohrmann, y Reiss, 2018), así como la peor respuesta al tratamiento que ofrecen las personas que presentan una elevada autocrítica (Marshall, Zuroff, McBride, y Bagby, 2008; Rector, Bagby, Segal, Joffe, y Levitt, 2000).

Además, hasta donde hemos podido conocer, no hemos encontrado pruebas específicas de evaluación de las formas de autocrítica en población española.

Debido a estas circunstancias, nuestro interés está puesto en la adaptación a castellano (estudio 1) de dos escalas de autocrítica (Forms of Self-Criticism/ Attacking and Self-Reassuring Scale, FSCRS, y Functions of Self-Criticism/ Attacking Scale, FSCS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, y Irons, 2004). La escala FSCRS es ampliamente utilizada con objetivos de investigación. Los resultados obtenidos nos permiten contar con una escala que mide tanto la intensidad de la crítica como sus formas, además de un factor que evalúa la capacidad de ser autotranquilizador (FSCRS). La estructura factorial obtenida en la escala de formas de autocrítica apoya los resultados del estudio original, así como en otras adaptaciones y estudios posteriores (Halamová et al., 2018). Igualmente, nuestros datos replican los de Gilbert, Clarke et al. (2004) en cuanto a la estructura factorial de la escala de funciones. Ambas escalas han mostrado una adecuada consistencia interna. Además, el estudio de mediación apoya que la función más patógena a la autocrítica (Autopersecución) actúa sobre la depresión a través de los tres factores de autocrítica, mientras que la función Autocorrección genera cambios en la sintomatología depresiva por una vía más específica. El análisis de resultados revela que la capacidad de ser autotranquilizador modera el impacto de la autocrítica sobre la depresión, mientras que puntuaciones altas en autocompasión pueden hacer una moderación de mayor magnitud.

También, hemos evaluado la eficacia de un tratamiento dentro del marco de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) en un diseño de ensayo completamente aleatorizado (Randomized Control Trial, RCT) (Estudio 2). Se hicieron sesiones de

terapia individual (10-12 sesiones) con el objetivo de suavizar o resolver los problemas con la autocrítica, por lo que se ha hecho especial énfasis en el trabajo de la tarea de las dos sillas. Además de la autocrítica, se ha tomado como medidas de resultado la depresión (BDI-II), la capacidad de ser autocompasivo (SCS), la sintomatología general (CORE-OM) y los problemas interpersonales (IIP-32).

Nuestros resultados revelan que la intervención TFE es eficaz para el tratamiento con pacientes autocríticos, rebajando la forma de autocrítica que genera sentimientos de inadecuación a los 3 meses de seguimiento y produciendo una mejora continua en la autocompasión desde la finalización del tratamiento hasta en el seguimiento a los 3 meses. Además, las puntuaciones de autotranquilizarse y de depresión se modifican de forma estadísticamente significativa como efecto del tratamiento, aunque no se mantiene dicho efecto a los 3 meses. Los tamaños del efecto son comparables a los referidos por otros estudios de corte humanista-experiencial (Angus, Watson, Elliott, Schneider, y Timulak, 2015; Ellittott, Watson, Greenberg, Timulak, y Freire, 2013). También hemos analizado la capacidad predictiva de la alianza terapéutica, informada por paciente y terapeuta, en los cambios de las puntuaciones de las medidas de resultados.

ABSTRACT

The study of self-criticism has gained attention in recent years due to its marked influence on several psychopathological manifestations (Kannan and Levitt, 2013; Shahar et al., 2012; Werner, Tibubos, Rohrmann, and Reiss, 2018), as well as the worse response to treatment offered by people with high self-criticism (Marshall, Zuroff, McBride, and Bagby, 2008; Rector, Bagby, Segal, Joffe, and Levitt, 2000).

Also, as far as we know, we have not found specific evidence to assess the intensity and forms of self-criticism in Spanish population.

Due to these circumstances, our interest is in the adaptation to Spanish (study 1) of two scales of self-criticism (Forms of Self-Criticism / Attacking and Self-Reassuring Scale, FSCRS, and Functions of Self-Criticism / Attacking Scale, FSCS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, and Irons, 2004). The FSCRS scale is widely used for research purposes. The results obtained allow us to have a scale that measures both the intensity of the criticism and its forms, as well as a factor that evaluates the ability to be self-reassurance (FSCRS). The factor structure obtained in the scale of forms of self-criticism supports the results of the original study, as well as in other adaptations and later studies (Halamová et al., 2018). Likewise, our data replicates Gilbert, Clarke et al.'s (2004) factorial structure of functions' scale (FSCS). Both scales have shown adequate internal consistency. In addition, the mediation study supports that the most pathogenic function of self-criticism (Self-persecution) impacts on depression through the three factors of self-criticism, while Self-correction generates changes in depressive symptomatology by a more specific route. The analysis of results reveals that the ability to be a self-reassurance makes a moderation of the impact of self-criticism on depression, while high scores on self-compassion can make higher magnitude moderation than self-reassurance.

Also, we have evaluated the efficacy of a treatment within Emotion-Focused Therapy (EFT) framework. We performed a Randomized Control Trial (RCT) design. Individual therapy sessions (10-12 sessions) were made in order to soothe or solve problems with self-criticism, because of that special emphasis has been placed on the two-chair work. In addition to self-criticism, we measured depression (BDI-II), self-

compassion (SCS), general symptomatology (CORE-OM) and interpersonal problems (IIP-32).

Our results reveal that the EFT intervention is an effective treatment for self-critical patients, reducing the form of self-criticism that generates inadequacy emotions at 3 months of follow-up and producing a continuous improvement in self-compassion at the end of treatment and in the 3 months follow-up. In addition, the self-reassurance and depression scores are statistically significantly modified as a treatment effect, although this effect is not maintained at 3 months follow-up. The effect sizes are comparable to those reported by other humanistic-experiential studies (Angus, Watson, Elliott, Schneider, and Timulak, 2015; Ellittott, Watson, Greenberg, Timulak, and Freire, 2013). We have also analyzed the predictive capacity of the therapeutic alliance, informed by patient and therapist in the changes in the scores of the outcome measures.

INTRODUCCIÓN

Sobre el origen de este trabajo

El propósito de este trabajo es evaluar la eficacia de un tratamiento dentro del marco de la Terapia Focalizada en la Emoción (Elliott y Greenberg, 2017; Elliott, Watson, Goldman, y Greenberg, 2004; Greenberg, 2011; Greenberg, Rice, y Elliott, 1996) con personas altamente autocríticas. Empleamos el marco de la TFE debido a que esta ha demostrado su eficacia para reducir la intensidad de la crítica en otros países (Choi, Pos, y Magnusson 2016); Kannan y Levitt, 2012, B. Shahar et al., 2012; Shahar, 2015; Stiegler, 2018; Stiegler, Molde, y Schanche, 2018; Werner et al., 2018).

Más allá de los aspectos científicos que respaldan el empleo del modelo de la TFE (Greenberg y Watson, 1998; Goldman, Greenberg, y Angus, 2006; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, y Steckley, 2003), el interés que moviliza este estudio tiene que ver en primer lugar con aspectos de mi vivencia como terapeuta. Gracias a esta experiencia, he podido observar como la autoestima y el bienestar en el devenir diario de las personas que he tenido el placer de acompañar en su crecimiento personal, se ha visto amenazada por fuertes sentimientos de inseguridad que parecían responder, más que a simple sentimiento de desconfianza en sí mismos, a una potente estructura crítica que lastraba su propio desarrollo. Incluso, en mi trabajo en el ámbito de la ejecución de medidas judiciales con menores y en las terapias familiares, he podido apreciar como la dificultad para sostener la crítica, propia o reflejada por otros, despertaba fuertes reacciones emocionales displacenteras. Además, en mi propio proceso de análisis personal he podido ver cómo esta parte crítica de mi existencia también ha puesto trabas en momentos en los que una forma más amable de relación habría allanado el terreno.

En segundo lugar, de forma paralela al inicio de mi actividad como terapeuta, tuve la oportunidad de conocer la TFE de mano de Rafael Jódar y Ciro Caro en uno de los cursos de fin de semana que se imparten en la UNINPSI, lugar que posteriormente ha proporcionado los medios para poder llevar a cabo este proyecto. Esta formación me permitió encontrarme con un modelo, no solo terapéutico, sino de comprensión del ser humano que, por fin, me hacía entrar en conexión con una reflexión que me rondaba

pero aún no me era tangible: por un lado, que el cambio de los problemas emocionales se puede realizar a través de las propias emociones y por otro, la complejidad de la experiencia del sí mismo no se puede encorsetar en identidades rígidas. Con esto último, comienzo a decantarme por la idea de la multiplicidad del self como forma de comprender la experiencia del sí mismo y, en lo relativo a la autocrítica, me inclino a considerarla un aspecto en el que yo me configuro de esta manera, y así es como me relaciono conmigo mismo.

Así, leyendo autores como Mearns y Thorne (2009), Rowan (2009) y la propia TFE (por ejemplo, Greenberg, 2011) que defienden la multiplicidad del yo, he podido reflexionar sobre la autocrítica, no como un rasgo fijo y estable, que engloba y define de manera rígida la personalidad del individuo, sino como un aspecto del sí mismo que nace alrededor de experiencias vitales, por lo que cuenta “con su propia historia de vida”, con toda probabilidad, ostenta con una función subyacente, y es susceptible de ser modulado si comprendo suficientemente (pero no de una manera racional) aquello que lo sustenta (principalmente, sus necesidades existenciales y las emociones primarias).

De esta reflexión deriva que el proceso terapéutico debe facilitar que la persona pueda transitar por todos los aspectos de su experiencia de sí mismo, con la profundidad que pueda alcanzar, bajo el acompañamiento amoroso, aceptante y empático del terapeuta. Así, el modelo TFE que hace que realiza un énfasis especial sobre las condiciones terapéuticas (Rogers, 1957), me resultó idóneo para orientarme en el trabajo con personas autocríticas. Si bien es verdad, que la intervención nos acerca al debate en torno a qué hace efectiva la psicoterapia, contraponiendo los factores comunes a los factores específicos de la terapia (Wampold e Imel, 2015), nuestro diseño no permite pronunciarnos sobre esta cuestión, pero como un estudio inicial, señalamos esta línea de investigación.

Así, esta investigación ayuda a asentar una de las primeras bases de estudio dentro de la terapia humanista-experiencial, en concreto dentro de la TFE, en España. Este modelo se encuentra en un proceso de consolidación y expansión, sin embargo son pocos los estudios realizados en población española. Igualmente, pretendemos apoyar la

eficacia de las intervenciones desde otros modelos, con los que otros profesionales se pueden encontrar en consonancia. Retomando lo que hemos referido anteriormente, también tenemos el objetivo de poder dar solidez a un enfoque que emplea intervenciones con el fin de favorecer el cambio del individuo a través de un trabajo con énfasis en las respuestas emocionales de las personas. Por último, para llevar a cabo este estudio tuvimos que traducir y validar una medida de autocrítica, motivo por el cual esta investigación aporta material con el que no se contaba previamente.

Sobre la estructura de la tesis

Con el objetivo de facilitar la lectura y comprensión de este trabajo, ofrecemos en este apartado una descripción de lo que se va a encontrar en las siguientes páginas. Esta tesis consta de seis capítulos, los cuatro primeros conforman el estado de la cuestión, mientras que el quinto y el sexto son la parte experimental.

En el **Capítulo 1** encontramos una descripción de la autocrítica, junto a una diferenciación de algunos conceptos cercanos, que pueden llevar a confusión, como por ejemplo, el perfeccionismo. Asimismo, se exponen las conceptualizaciones que realizan los distintos marcos teóricos que se han acercado al concepto con mayor o menor detenimiento. Posteriormente, se describen pruebas de evaluación en las que existía al menos un factor de autocrítica, algunos de ellos recogidos en el estudio que realiza Golan Shahar (2015) sobre la autocrítica. En este capítulo podemos encontrar una adecuada descripción de la escala Forms of Self-Criticism/ attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) y Functions of Self-Criticism/ attacking Scale (FSCS), las cuales son adaptadas en el capítulo 5.

En el **Capítulo 2** se expone la información recabada acerca del influjo de la autocrítica sobre múltiples formas de psicopatología, mostrando que su efecto va más allá de la depresión, que comúnmente ha sido el principal diagnóstico con el que se ha relacionado la autocrítica. Además, del impacto sobre la psicopatología, se expone la relación de la autocrítica con el desarrollo psicoevolutivo y el proceso de socialización, así como, su relación con las emociones y la importancia de estas en el proceso autocrítico. Por último, se exponen algunos resultados encontrados acerca de la

repercusión que la autocrítica tiene tanto en la alianza terapéutica como en los resultados de la intervención.

En el **Capítulo 3** se describen aquellos factores comunes que se encuentran esenciales para trabajar con personas altamente autocríticas, la propuesta sistematizada de intervención de Shahar (2015) y las principales formas de intervención que han comenzado a recibir apoyo científico, dejando la descripción de la TFE para el Capítulo 4.

Debido a que el marco terapéutico que ha guiado la investigación ha sido la TFE, en el **Capítulo 4** se describe la base que sustenta esta teoría, los principios de intervención que los autores proponen (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg, 2011), su conceptualización de la autocrítica, la tarea específica para intervenir sobre ella y las actuaciones que el terapeuta puede realizar para facilitar el cambio emocional y, con ello, resolver la autocrítica. Al final de este capítulo, se desglosan los principales estudios que dan soporte a este modelo, así como estudios que apoyan la eficacia de la TFE para trabajar la autocrítica.

A lo largo del **Capítulo 5** se muestran los datos de la adaptación de las escalas FSCS y FSCRS. Además, de analizar la estructura factorial, presentamos los datos de fiabilidad y validez de las escalas, que han mostrado una adecuada consistencia interna. Además, se han realizado estudios de mediación y moderación entre las formas de autocrítica, sus funciones, así como con el factor autotraquilizar que contiene el FSCRS y la Autocompasión medida por la escala de autocompasión de Neff (2003). La escala FSCRS nos permite medir la intensidad de la crítica en el estudio 2, que se presenta en el capítulo 6.

En el **Capítulo 6** se muestran los resultados obtenidos en un ensayo completamente aleatorizado (RCT), en el que se ofrecieron sesiones de terapia individual (10-12) a personas con una elevada autocrítica, contando con otro grupo de participantes como control. Las medidas de resultados fueron la autocrítica, síntomas depresivos, sintomatología general, la autocompasión y los problemas interpersonales. Debido a la importancia de la alianza terapéutica, esta fue reportada tanto por el paciente como por el terapeuta. Los resultados se discuten al final de este capítulo.

Finalmente, se ofrece una discusión general con los hallazgos de ambos estudios, las conclusiones a las que llegamos, señalando asimismo las limitaciones y una propuesta de futuras líneas de investigación.

Índice

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
ÍNDICE DE TABLAS	17
ÍNDICE DE FIGURAS	20
<u>CAPÍTULO 1</u>	
MODELOS EXPLICATIVOS EN TORNO A LA AUTOCRÍTICA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	22
1. Modelos explicativos de la autocrítica	28
1.1. Teoría de vulnerabilidad a la depresión de Sidney J. Blatt	28
1.2. La conceptualización de la autocrítica desde el modelo cognitivo de la depresión de Aaron T. Beck	32
1.3. Terapia centrada en la persona. La perspectiva humanista de Carl Rogers .	35
1.4. La terapia centrada en la compasión (CFT) y su visión sobre la autocrítica	40
1.5. Golan Shahar: autocrítica, autenticidad, autoconocimiento y su convergencia en el Modelo del Eje de la Autocrítica (ACRIM).....	49
2. Instrumentos de medida de la autocrítica	64
2.1. DEQ: Cuestionario de Experiencias de Depresión (Depressive Experiences Questionnaire)	65
2.2. LOSC: Escala Niveles de AutoCrítica (Levels Of Self-Criticism).....	68
2.3. DAS: Escala de Actitudes Disfuncionales (Dysfunctional Attitudes Scale)	72
2.4. PSI: Inventario de Estilo Personal (Personal Style Inventory)	75
2.5. ATS: Escala de Actitudes Hacia Uno Mismo (Attitudes Toward the Self) .	78
2.6. FSCRS y FSCS: Escala de Formas de AutoCrítica/Ataque y Autotranquilizarse y Escala de Funciones de la AutoCrítica/ataque (Forms of Self-criticizing/attacking and Self-Reassuring Scale y Functions of Self-Criticising/Attacking Scale)	81
<u>CAPÍTULO 2</u>	
LAS REPERCUSIONES DE LA AUTOCRÍTICA	89
1. El papel de la autocrítica en la psicopatología	89
1.1. Autocrítica y depresión.....	89

1.2.	Autocrítica y malestar psicológico	91
1.3.	Autocrítica y ansiedad social	92
1.4.	Autocrítica y trastorno de estrés postraumático	94
1.5.	Autocrítica y trastornos de la conducta alimentaria	95
1.6.	Autocrítica y conducta suicida	98
1.7.	Autocrítica y conductas autolesivas	101
1.8.	Autocrítica y esquizofrenia	102
1.9.	Autocrítica y trastorno bipolar	102
1.10.	Autocrítica y enfermedades psicosomáticas	104
1.11.	Autocrítica y abuso de drogas	107
1.12.	Autocrítica y trastornos de la personalidad	109
2.	La autocrítica en el desarrollo psicoevolutivo y las relaciones interpersonales	111
2.1.	Autocrítica y el desarrollo evolutivo	111
2.2.	Autocrítica y relaciones interpersonales	113
2.3.	Autocrítica y conductas violentas	117
3.	Autocrítica y emoción	118
4.	La autocrítica en psicoterapia	121
4.1.	Autocrítica y resultados terapéuticos	121
4.2.	Autocrítica y alianza terapéutica	123

CAPÍTULO 3

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA AUTOCRÍTICA		125
1.	Principios de intervención con pacientes autocríticos	125
2.	Orientación sobre intervenciones y pautas para el tratamiento de la autocrítica	129
2.1.	Instalación activa de calidez	131
2.2.	Psicoeducación sobre autocrítica y emoción expresada crítica	132
2.3.	Inmersión empática en heridas parentales	133
2.4.	Análisis de múltiples roles y análisis de proyectos personales	134
2.5.	Técnicas de Mindfulness	135
2.6.	Participación y Compromiso (PAREN; por sus siglas en inglés)	136
2.7.	Reestructuración cognitiva basada en juicios	139
2.8.	Transferencia, contratransferencia y rupturas terapéuticas	140

2.9. La presencia del terapeuta: La introducción intencional.....	141
3. Los tratamientos basados en la evidencia.....	142
3.1. Psicoanálisis: la terapia de la voz.....	143
3.2. Terapias cognitivas.....	148
3.3. Meditación de la Bondad-Amorosa (Loving-Kindness Meditation; LKM)	155

CAPÍTULO 4

TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN	157
1. Terapia focalizada en la emoción: caracterización y principios generales.....	157
2. Caracterización de la autocrítica en la TFE.....	164
3. Marcadores de autocrítica: cómo identificar la autocrítica	167
4. Cómo se produce el cambio mediante la tarea de las dos sillas.....	169
5. Fases en la tarea de las dos sillas	172
6. La intervención del terapeuta en la tarea.....	178
7. Investigaciones previas sobre el tratamiento en TFE.....	181

CAPÍTULO 5

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LAS FORMAS DE AUTOCRÍTICA/ATAQUE Y AUTOTRANQUILIZARSE (FSCRS) Y FUNCIONES DE LA AUTOCRÍTICA/ATAQUE (FSCS).....	187
1. Método.....	187
1.1. Participantes.....	187
1.2. Medidas	189
1.3. Procedimiento	192
1.4. Análisis de resultados.....	193
2. Resultados.....	195
2.1. Estadísticos descriptivos.....	195
2.2. Diferencias por sexo en las formas y funciones de autocrítica, niveles de depresión.	195
2.3. Relación de la autocrítica, depresión y autocompasión con la edad	196
2.4. Estructura Factorial de la Escala de Formas de Autocrítica	197
2.5. Estructura Factorial de la Escala de Funciones de Autocrítica.....	200
2.6. Consistencia interna	201
2.7. Validez concurrente y predictiva	201

2.8.	Análisis del efecto mediador.....	202
2.9.	Análisis del efecto moderador	203
3.	Discusión	206
<u>CAPÍTULO 6</u>		
EFICACIA DE LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESCISIONES AUTOCRÍTICAS		
212		
1.	Método.....	212
1.1.	Diseño.....	212
1.2.	Participantes.....	212
1.3.	Psicoterapeutas.....	216
1.4.	Tratamiento	217
1.5.	Medidas	218
1.6.	Procedimiento	220
1.7.	Análisis de datos	223
2.	Resultados.....	223
2.1.	Correlaciones de las medidas de resultados en el momento inicial de la intervención	223
2.2.	DEPRESIÓN: eficacia del tratamiento atendiendo a las puntuaciones en BDI 225	
2.3.	AUTOCRÍTICA: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en Autocrítica y Autotranquilizar.....	229
2.4.	MALESTAR PSICOLÓGICO: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en el malestar psicológico	236
2.5.	AUTOCOMPASIÓN: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en Autocompasión	242
2.6.	PROBLEMAS INTERPERSONALES: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en los Problemas Interpersonales.....	247
2.7.	ALIANZA TERAPÉUTICA: relación de la Alianza Terapéutica con los resultados en las variables BDI, HS, IS, RS, CORE, Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness.....	256
2.8.	Correlaciones entre las variables de cambio de cada factor para cada uno de los factores de las medidas de resultados.....	261
3.	Discusión	264
DISCUSIÓN GENERAL.....		
272		

CONCLUSIONES FINALES	277
BIBLIOGRAFÍA	280
ÍNDICE DE ANEXOS.....	301
ANEXO 1. Cuestionario de datos del participante y consentimiento informado.....	302
ANEXO 2. Inventario de Depresión de Beck, BDI-II.....	303
ANEXO 3. Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS. 307	
ANEXO 4. Escala de funciones de la Auto-Crítica/Ataque, FSCS.....	309
ANEXO 5. Escala Niveles de Auto-Crítica, LOSC.....	311
ANEXO 6. Escala de Auto-compasión, SCS.....	312
ANEXO 7. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIO 2).	314
ANEXO 8. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.	315
ANEXO 9. CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION – OUTCOME MEASURE, CORE –OM (VERSIÓN MUJER).....	316
ANEXO 11. INVENTARIO DE RELACIONES INTERPERSONALES, IIP-32.	320
ANEXO 12. INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA, VERSIÓN ABREVIADA, WAI-S (PACIENTE).....	323
ANEXO 14. VALORACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.....	328

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 5

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes y formato de aplicación de los cuestionarios.

Tabla 2. Media y desviación típica de los cuestionarios BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS.

Tabla 3. Diferencias por sexo en cada uno de las medidas de resultados (BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS).

Tabla 4. Correlación de los factores de las escalas BDI, FSCRS, FSCS y SCS con la edad.

Tabla 5. Comparación e Indicadores de Ajuste de los Modelos IRT de las Escalas de Formas y Funciones de Autocrítica (n=242).

Tabla 6. Índice de fiabilidad de los factores de Formas y Funciones de autocrítica.

Tabla 7. Correlaciones de Pearson entre los factores de las medidas de resultados BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS.

Tabla 8. Información Resumida del Modelo de Múltiples Mediadores en Paralelo.

Tabla 9. Análisis de Regresión para examinar el Modelo de Moderación que la capacidad para Autotranquilizarse (RS) y la Autocompasión (AUTOC) tienen sobre el Efecto de las Formas de Autocrítica (IS y HS) en la depresión (BDI).

CAPÍTULO 6

Tabla 10. Datos demográficos (medias y desviaciones típicas) de los Participantes TFE y Grupo Control en la línea base.

Tabla 11. Número de sesiones de terapia y sesiones en las que se emplea la tarea con las sillas por cada uno de los participantes en el grupo de participantes TFE.

Tabla 12. Correlaciones entre las medidas de resultados en el momento previo a la intervención (momento Pre) (n=43).

Tabla 13. Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para la medida BDI.

Tabla 14. Correlación de las puntuaciones totales en BDI en cada tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 15. Tamaño del efecto en BDI para el grupo de participantes.

Tabla 16. Número de recuperaciones según las puntuaciones en BDI-II.

Tabla 17. Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para los factores HS, IS, RS del FSCRS.

Tabla 18. Correlación de las puntuaciones totales en los factores HS, IS y RS en cada tiempo de medida para el grupo de Participantes TFE (n=20).

Tabla 19. Tamaño del efecto para HS, IS y RS en el grupo de participantes.

Tabla 20. Número de participantes según las puntuaciones en HS e IS.

Tabla 21. Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para la medida CORE.

Tabla 22. Tamaño del efecto CORE-OM para muestras emparejadas en el grupo de participantes TFE.

Tabla 23. Puntuaciones totales en cada momento del tratamiento. Cambio realizado en los periodos pre-post (ch_pp) y pre-seguimiento 3 meses (ch_preseg).

Tabla 24. Proporción de recuperaciones por debajo de lo clínico en el CORE-OM según el tiempo de medida.

Tabla 25. Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para los factores Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness del SCS.

Tabla 26. Correlaciones de los factores Autocompasión (AUTOC), Humanidad Común (HComun) y Mindfulness (Mindf) para el grupo de participantes (n=20).

Tabla 27. Tamaño del efecto para el grupo de participantes en los factores del SCS.

Tabla 28. Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para cada uno de los factores del IIP-32.

Tabla 29. Tabla de correlaciones para el factor Inhibido según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 30. Tabla de correlaciones para el factor Distante según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 31. Tabla de correlaciones para el factor No Asertivo según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 32. Tabla de correlaciones para el factor Autocentrado según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 33. Tabla de correlaciones para el factor Dominante según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 34. Tabla de correlaciones para el factor Autosacrificado según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 35. Tabla de correlaciones para el factor No Autoafirmativo según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 36. Tabla de correlaciones para el factor Demasiado Abierto según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 37. Tamaño del efecto para muestras emparejadas para para los factores de la escala IIP-32 en el grupo de participantes TFE.

Tabla 38. Correlaciones del WAI con BDI, HS, IS y RS cuando informa el paciente (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

Tabla 39. Correlaciones del WAI con CORE, Autocompasión (Autoc), Humanidad Común (HComún) y Mindfulness (Mindf) cuando informa el paciente (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

Tabla 40. Correlaciones del WAI del terapeuta (Ali) con BDI, HS, IS y RS cuando informa el terapeuta (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

Tabla 41. Correlaciones del WAI del terapeuta (Ali) con CORE, Autocompasión (Autoc), Humanidad Común (HComún) y Mindfulness (Mindf) cuando informa el terapeuta (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

Tabla 42. Correlaciones entre las variables de cambio para cada una de las medidas de resultados. Periodo PrePost. Grupo de participantes TFE (n=20).

Tabla 43. Correlaciones entre las variables de cambio para cada una de las medidas de resultados. Periodo PreSeguimiento. Grupo de participantes TFE (n=20).

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

Figura 1. Esquema de la mente autocrítica.

CAPÍTULO 5

Figura 2. Resultados estandarizados del modelo final de la escala de formas de autocrítica. FSCRS 1-FSCRS 22 denotan los ítems de la escala. Los pesos factoriales fueron significativos a $p < .001$.

Figura 3. Modelo estructural de la escala de Funciones. FSCS 1-FSCS 21 denotan los ítems de la escala. Todos los pesos factoriales fueron significativos a $p < .001$.

Figura 4. Recta de regresión de BDI en función de IS para diferentes valores de RS.

Figura 5. Recta de regresión de BDI en función de IS para diferentes valores de Autocompasión.

CAPÍTULO 6

Figura 6. Diagrama de flujo CONSORT.

Figura 7. Medias en BDI-II según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 8. Porcentaje de participantes con puntuaciones en BDI-II superiores a 9.

Figura 9. Medias en Yo odiado (HS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 10. Medias en Yo Inadecuado (IS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 11. Medias en Autotranquilizar (RS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 12. Porcentaje de participantes con puntuaciones en HS superiores a 4.93.

Figura 13. Porcentaje de participantes con puntuaciones en IS superiores a 19.03.

Figura 14. Medias en las puntuaciones de sintomatología general (CORE) según el grupo y momento de intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 15. Medias en puntuaciones de Autocompasión (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 16. Medias en puntuaciones de humanidad común (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 17. Medias en puntuaciones de mindfulness (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 18. Medias en puntuaciones en la subescala de Inhibición (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 19. Medias en puntuaciones en la subescala Distante (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 20. Medias en puntuaciones en la subescala No Asertivo (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 11. Medias en puntuaciones en la subescala Autocentrado (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 22. Medias en puntuaciones en la subescala Dominante (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 23. Medias en puntuaciones en la subescala Autosacrificado (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 24. Medias en puntuaciones en la subescala No Autoafirmativo (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

Figura 25. Medias en puntuaciones en la subescala Demasiado Abierto (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

CAPÍTULO 1

MODELOS EXPLICATIVOS EN TORNO A LA AUTOCRÍTICA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En este apartado vamos a exponer aquellas conceptualizaciones que han ido surgiendo en torno a la autocrítica en los últimos 40 años.

En este sentido cabe destacar que el modelo que más investigación ha generado en torno a este concepto es el que inicia Sidney J. Blatt (1974) desde una perspectiva psicoanalista y del desarrollo. De esta manera, en el primer apartado (modelos explicativos) nos vamos a encontrar una exposición de sus principales postulados sobre la autocrítica dentro de su conceptualización de la vulnerabilidad a la depresión.

Seguido, presentamos el modelo cognitivo de Beck, que, a pesar de no haber nacido para explicar específicamente la autocrítica, sí tiene aportaciones importantes para la comprensión de la misma y que, curiosamente, nos encontraremos que no es tan distante de algunas de las proposiciones de Blatt, especialmente, las que tienen que ver con los rasgos de personalidad que propone cada uno.

Después de estos dos modelos, introducimos la perspectiva humanista de Rogers. Si bien este apartado tampoco constituye un modelo explicativo de la autocrítica, también expone aportaciones para la comprensión de la misma. Concretamente, la construcción de la identidad, la importancia del autoconocimiento y la falta de consciencia sobre las discrepancias del yo, son elementos claves para conceptualizaciones posteriores de la autocrítica como las de Shahar y las escisiones autocríticas (del yo) de las que habla la Terapia Focalizada en la Emoción.

Posteriormente, explicaremos dos modelos que han surgido más recientemente. En primer lugar, el modelo evolucionista que sustenta la Terapia Centrada en la Autocompasión de Paul Gilbert, el cual también nos ha brindado una abundante cantidad de investigación y, entre ella, uno de los cuestionarios que desde nuestro punto de vista tiene mayor relevancia, tanto por su estructura factorial como por su empleo en distintas investigaciones dentro del marco de la Terapia Focalizada en la Emoción.

En segundo lugar, expondremos el modelo de Golan Shahar sobre la autocrítica. Este modelo teórico se sustenta sobre una exhaustiva revisión de la bibliografía, así como en una amplia investigación propia, que da como resultado un refinado modelo explicativo sobre la autocrítica, las bases de su génesis, sus consecuencias, así como las variables que mantienen y exacerba. Además, ofrece un engranaje de estos factores en la construcción y conocimiento de la propia identidad. Por tanto, ofrece una visión amplia de los conocimientos de la autocrítica, donde se aprecian las aportaciones de Blatt, Gilbert y Rogers, las cuales son integradas, ampliadas y desarrolladas dentro del modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner, aspecto que consolida la visión de una relación interactiva y moldeadora de la autocrítica con el medio.

En el siguiente apartado de este capítulo realizamos un resumen de los inventarios, escalas y cuestionarios de autocrítica de mayor relevancia, haciendo especial hincapié en las escalas de Funciones y Formas de Autocrítica/ataque y Autotranquilizar (FSCS y FSCRS respectivamente; Gilbert, Clarke et al., 2004), que cuentan con nuestra adaptación a español y cuyos resultados se ofrecen en el **Capítulo 5**. El orden de exposición está en relación al modelo teórico que más influjo ha tenido en su construcción (detallado en cada cuestionario), aunque cabe señalar que la mayoría giran en torno a los modelos de Blatt y de Beck. De esta manera el orden de los cuestionarios será primero aquellos, influidos por Blatt, posteriormente los basados en la visión de Beck y finalmente, el FSCS y el FSCRS de Gilbert, Clarke et al. (2004).

Sin embargo, antes de iniciar esta exposición de modelos y cuestionarios, es preciso que introduzcamos aspectos definitorios generales en torno a la autocrítica, realizando una breve diferenciación con otros conceptos cercanos, que a lo largo de la investigación han llevado a confusión.

Respecto a la autocrítica, es preciso señalar que, a lo largo de la historia, no siempre se ha conceptualizado como un aspecto negativo (Chang, 2008). De hecho, Platón valoraba que la falta de autocrítica era lo que provocaba en el mito de la caverna, que las personas no pudieran discernir las opiniones de la verdad; por ello, al haberse acostumbrado a ver las sombras en la cueva, no se cuestionaban las distorsiones que ellos percibían. Sin embargo, cuando salen de la cueva, la luz del sol les provoca un

dolor agudo en los ojos, pero solo posteriormente conocen que habían percibido erróneamente los objetos. Platón hace la comparación de esto con el dolor de involucrarse con el proceso autocrítica, que, a pesar del desafío, tiene la contrapartida de poder llegar a conocer la verdad. Por tanto, Platón pone en valor la autocrítica como forma para que los individuos racionales alcancen un verdadero y esencial conocimiento de sí mismos, siendo un proceso constructivo.

Por el lado contrario, visiones modernas, más orientadas a la psicopatología, valoraron que los esquemas negativos sobre uno mismo contribuyen o causan la enfermedad mental. De esta manera Freud (1933/1965, citado en Chang, 2008), señala al superyo estricto e implacable como el responsable de ahogar el deseo de alcanzar el objeto deseado, lo que provoca perturbaciones emocionales. Horney (1950, citado por Chang, 2008), refiere que la *tiranía del debería* induce a la neurosis a las personas porque se encuentran impulsadas a satisfacer una imagen idealizada del yo. Posteriormente, Maslow (1954, citado en Chang, 2008) y Rogers (1961) explican que las percepciones negativas de uno mismo como deficiente o indeseable inducen a la mala salud mental porque impiden el máximo potencial y la tendencia a la actualización.

Ni siquiera en el momento actual se puede decir que la autocrítica sea únicamente algo pernicioso, es decir, también podría contener aspectos benignos (Whelton y Henkelman, 2002). De hecho, diversos autores consideran que la autocrítica se puede considerar un continuo entre un polo más saludable y otro más dañino (por ejemplo, Chang, 2008; Kannan y Levitt, 2013; Shahar, 2015; Werner et al., 2018).

Por un lado, el extremo positivo refiere a un proceso autorreferencial que permite la evaluación consciente de uno mismo como forma de un comportamiento sano y reflexivo (Kannan y Levitt, 2013) que, además, puede facilitar el impulso para la consecución de metas (Gilbert, Clarke et al., 2004).

Por otro lado, el extremo desadaptativo, entorno al que se desarrolla nuestra investigación, es aquel en el que se da una forma de dirigirse hacia uno mismo caracterizada por la dureza y por adoptar una connotación punitiva, realizando atribuciones negativas sobre fracasos y contravenciones (Gilbert, 2014; Kannan y

Levitt, 2013). Shahar (2015) añade que esta relación, intensa y persistente, resulta perjudicial si implica el establecimiento de estándares y metas que se entrelazan con la expresión de hostilidad cuando no son alcanzados. En este sentido diferentes autores (Gilbert, Clarke et al., 2004; Shahar, 2015; Whelton y Greenberg, 2005) apuntan que cuando la autocrítica se lanza desde sentimientos de hostilidad, asco y odio es cuando esta tiene un resultado más dañino.

Esta forma de autocrítica puede llevar a las personas a sostener creencias negativas sobre sí mismas, que pueden mantenerse de forma consistente a lo largo del tiempo o que pueden surgir en diferentes momentos de sus vidas (Blatt, 1974; Whelton, Paulson, y Marusiak, 2007).

Además de esta distinción entre una autocrítica más saludable y otra más perjudicial para las personas, también se ha encontrado que la autocrítica es un proceso universal, que adopta diferentes formas (es un constructo polifacético), alcanza distintos grados de severidad y que tiene unas consecuencias distintas para cada individuo (Whelton y Henkelman, 2002).

A pesar de existir estos aspectos definitorios de la autocrítica, no hemos encontrado una clasificación claramente compartida de la autocrítica más allá de la establecida por Thompson y Zuroff (2004) en la elaboración de su escala Levels Of Self-Criticism, y las distintas formas de autocrítica descritas por Gilbert, Clarke et al. (2004), que serán descritas a continuación y nos pueden servir como guía para identificar las principales formas de mantener una relación crítica con nosotros mismos. Aunque en una revisión realizada por Stinckens, Liater y Leijessen (2013a) describen una taxonomía que incluye seis formas de autocrítica (autocrítica degradante/socavadora; punitiva/acusatoria; el crítico exigente/controlador; la crítica servil/negligente; el crítico distante/evitativo; y el dominante/compesador) esto no supone una evidencia de una teoría sistematizada, con suficiente apoyo empírico y respaldada por diversos autores. Además, Sinckens et al. (2013a) refieren la importancia de no atender a la crítica de una forma rígida y estática en la práctica clínica, por ello, es importante no reificarse en la mera descripción de las formas.

En cuanto a la diferencia con otros conceptos, podemos señalar que si atendemos a la literatura existente (por ejemplo, Dunkley, Zuroff, y Blankstein, 2006; Shahar, 2015), resulta del todo inadecuado emplear de forma intercambiable los términos de autocrítica y perfeccionismo. Esto es debido a que se ha observado que el principio activo del perfeccionismo inadaptado es la autocrítica y, específicamente, el verdadero culpable de la inadaptación es el ataque personal activo, en lugar de la búsqueda de perfección. Por ello, no son el mismo concepto. Por ejemplo, un artista puede buscar la perfección de su obra con sus cánones de perfección, pero no implica que esta búsqueda termine en un trato dramático hacia sí mismo por no alcanzar ese canon.

Con objeto de ahondar más en esta relación, Powers, Koestner, Zuroff, Milayavskaya y Gorin (2011) estudiaron los efectos diferenciales de la autocrítica y el perfeccionismo. Encontraron que la autocrítica se asocia con una disminución de los logros de metas importantes (por ejemplo, el control del peso o el éxito académico). Sin embargo, al controlar la autocrítica, la relación entre el perfeccionismo y la búsqueda de metas es positiva. Por este motivo, Powers et al. (2011) valoran que los altos estándares, cuando están dados de la mano de una actitud punitiva hacia uno mismo, pueden jugar un papel positivo en el esfuerzo de la persona.

Otro constructo importante en la investigación y que ha recibido atención en torno a la autocrítica es el neuroticismo (Costa y McRae, 1992). Teniendo en cuenta la repercusión que tiene este rasgo de personalidad de orden superior sobre la psicopatología, así como la fuerte correlación encontrada con la autocrítica (Bagby y Rector, 1998; Thompson y Zuroff, 2004) nos resulta importante señalar que estos constructos están diferenciados estadísticamente.

El neuroticismo refiere a la sensibilidad temperamental a estímulos negativos, inestabilidad emocional y desajuste. Encontramos que ambas dimensiones de personalidad, autocrítica y neuroticismo, pueden predecir psicopatología e incluso capturan una cuestión temperamental y psicofisiológica en la regulación del afecto (Shahar, 2015) pero existe independencia entre ellos. Más allá de confundirlos, hay estudios que señalan que es más apropiado incluir la autocrítica y el neuroticismo

conjuntamente en los modelos para predecir la sintomatología depresiva (Cox, Enns, y Clara, 2004; Clara, Cox, y Enns, 2003).

Acerca de la relación entre la autocrítica y la rumia, cabe destacar que ambas implican dirigir el foco de atención hacia uno mismo, pero, mientras la autocrítica pertenece a una estructura de personalidad, a una organización del yo, la rumia por su parte es un proceso cognitivo que sirve para lidiar con la angustia emocional, aunque sea de forma desadaptativa (Shahar, 2015). En este sentido, Shahar (2015) describe que la autocrítica incide en la rumiación, incrementándola, fomentando esto la propensión a la ansiedad, depresión y suicidio. Ahondaremos un poco más en el **Capítulo 2**, al describir las repercusiones de la autocrítica en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Respecto a la relación de la autocrítica y la autoestima, no es tanto el hecho de poder realizar una diferencia por solapamiento de conceptos, sino indicar la relación existente entre ellas. Shahar (2015) señala que la autocrítica y la autoestima no son lo mismo, que la presencia de una no tiene por qué suponer la ausencia o los niveles bajos de la otra. Es decir, plantea que puede haber personas que presentan una tendencia a elevar continuamente el listón, pueden ser exitosas y al mismo tiempo, conscientes de sus éxitos. Por tanto, como señala Blatt (1995) autocrítica y autoestima no son redundantes; de hecho, la correlación entre la autocrítica y la autoestima oscila entre -44 y -68, en función de la medida empleada (por ejemplo, Abela, Webb, Wagner, Ho, y Adams, 2006, citado en Shahar, 2015; Dunkley y Grilo, 2007).

Además de ser aspectos diferenciados, se ha observado que la interacción de la autocrítica y la autoestima impacta en otras variables: Por ejemplo, las personas con baja autoestima y elevada autocrítica refieren elevaciones en la sensación de malestar (Abela et al., 2006, citado en Shahar, 2015). En niños se observa que esta interacción predice el incremento del ánimo depresivo (Abela y Taylor, 2003, citado en Shahar, 2015).

En cuanto a la autoeficacia, entendida como un rasgo motivacional respecto a contextos amplios (no específicos), se ha encontrado que en adolescentes varones la interacción de la baja autocrítica y autoeficacia predice síntomas de externalización

como la agresión o la delincuencia (Shahar, Gallagher, Blatt, Kuperminc, y Leadbeater, 2004, citado en Shahar, 2015).

Llegados a este punto de caracterización y diferenciación de conceptos, comenzamos con la exposición de los modelos explicativos.

1. Modelos explicativos de la autocrítica

1.1. Teoría de vulnerabilidad a la depresión de Sidney J. Blatt

La teoría psiconalítica de Sidney J. Blatt (1974, 1990; Blatt, D'Afflitti, y Quinlan, 1976; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, y Zuroff, 1982; Blatt y Shichman, 1983; Blatt y Homman, 1992; Blatt y Zuroff, 1992) es uno de los modelos explicativos que más investigación ha generado en torno a la autocrítica (Kannan y Levitt, 2013; B. Shahar et al., 2012). Es un modelo psicoanalítico que recoge y combina la influencia de las teorías del desarrollo cognitivo (Chang, 2008; Shahar, 2015) con la pretensión de encontrar una adecuada diferenciación de los subtipos de depresión.

Blatt y sus colaboradores desarrollan este modelo teórico que está en la línea de otros modelos de personalidad (normal y psicopatológica) contemporáneos (por ejemplo, Angyal, 1951; Bakan, 1966; Beck, 1983). Estos modelos, denominados modelos de personalidad de dos polaridades (Luyten y Blatt, 2013), señalan que el desarrollo psicoevolutivo tiene dos líneas de crecimiento complementarias y sinérgicamente unidas.

Estas dos líneas tienen que ver, por un lado, con la necesidad de desarrollar relaciones interpersonales estables y de apoyo, por otro lado, la necesidad de construir un sentido de sí mismo estable, coherente y esencialmente positivo. Es decir, existe una búsqueda de fusión con los otros en la organización de la personalidad que procura la relación interdependiente con los demás pero también hay una tendencia hacia la separación e individuación (Mahler, Pine, y Bergman, 1975, citado en Blatt y Zuroff, 1992) que busca la propia autodefinición y el logro de la autonomía.

Blatt y sus colaboradores (1990; Blatt y Shichman, 1983) señalan que el desarrollo normal de la personalidad tiene lugar en la interacción de estas dos líneas de

desarrollo. Sin embargo, dentro del rango de la normalidad, los individuos tienden a poner más énfasis en uno de los dos aspectos (Blatt y Zuroff, 1992). Desde esta versión psicoanalítica y cognitiva también plantean (Blatt y Luyten, 2009; Blatt y Shichman, 1983; Luyten y Blatt, 2013) que el desarrollo del sentido del sí mismo permitirá un crecimiento que posibilitará el establecimiento de relaciones más maduras con los demás y esto a su vez permitirá una mayor diferenciación e integración en el desarrollo del self.

Así, el énfasis en una línea u otra va a determinar dos configuraciones básicas de personalidad, cada una con sus particularidades en cuanto a la forma en que tendrá la experiencia, los pensamientos, los mecanismos de defensa y, por ende, su forma de adaptación al medio (Blatt y Shichman, 1983; Blatt y Zuroff, 1992).

Blatt (1974) denomina a estas dos líneas de desarrollo *anaclítica* (búsqueda de relaciones) e *introyectiva* (autodefinición). En función de la línea en la que se produzca la interrupción del desarrollo tendrá lugar un tipo de depresión u otra, siendo también más sensibles las personas a un tipo de eventos estresantes u otros. Emplea las etiquetas de subdepresión *dependiente* para la vía anaclítica y subdepresión *autocrítica* para la vía introyectiva (Blatt et al., 1976).

Atendiendo a los orígenes del desarrollo las características de personalidad que han podido predisponer, las manifestaciones clínicas y los conflictos inconscientes conceptualizan los subtipos de depresión de la siguiente manera (Blatt, 1974; Blatt y Zuroff, 1992; Luyten y Blatt, 2013):

La depresión anaclítica (*dependiente*) se caracteriza por sentimientos de soledad, impotencia y debilidad. El conflicto de base es el miedo intenso y crónico al abandono por parte de los demás, así como la falta de protección y cuidado. De este miedo nace la necesidad de permanecer en contacto físico cercano con los otros significativos, de manera que pueda recibir el amor, cuidado y protección deseada. Sucede que a lo largo del desarrollo estas personas no han podido internalizar suficientemente la experiencia de gratificación o las cualidades del otro significativo, por ello, evalúan a los demás en función del grado de cuidado y bienestar que aportan, al tiempo que sufren una considerable dificultad en la expresión de ira por temor a la pérdida del otro y la

gratificación que aporta. Debido al temor a la separación o pérdida del otro, emplea como mecanismos de defensa la negación y/o la búsqueda de sustitutos. Por tanto, las personas con este tipo de depresión serán más vulnerables ante las experiencias de pérdida y abandono.

En cambio, en la depresión introyectiva (*autocrítica*) predominan sentimientos de inutilidad, inferioridad, de ser indigno, de fracaso y culpa. Estos sentimientos están acompañados de una sensación de no haber estado a la altura de las expectativas propias y de los demás. Bajo su percepción de inferioridad, estas personas luchan continuamente por el logro excesivo y la perfección, viéndose influidos por el miedo a la desaprobación de los otros significativos. A pesar del trabajo duro y el logro obtenido, por lo general, no logran mucha satisfacción por sus éxitos o esta es poco duradera. Están expuestos a su propio escrutinio y evaluación continua, viéndose expuestos a su propia crítica, la cual también es dirigida a los demás, hacia los que se dirigen en forma de ataque desde una elevada competitividad. Mediante mecanismos de compensación buscan con empeño la aprobación y aceptación de los demás. Estos individuos son más vulnerables a los eventos relacionados con el fracaso.

Si a una persona le fallan las estrategias, como sucede habitualmente, en el proceso de autodefinición como ser individuado, autónomo y valorado positivamente, puede sufrir depresión, así como otras dificultades y manifestaciones psicopatológicas (Blatt y Shichman, 1983). Entre estas dificultades se detecta que, en el plano social, las personas con depresión autocrítica reciben un menor apoyo social (Dunkley, Zuroff, y Blankstein, 2003; Mongrain, 1998; Priel y Besser, 2000) y las relaciones con otras personas significativas también son deficientes.

Unido a este deseo de perfección y éxito, que les lleva a luchar por objetivos y logros excesivos, puede coexistir un deseo de que otros parezcan débiles o deficientes. De esta forma, permanecen muy vulnerables a críticas externas e internas (Blatt, 1995). Agravando la situación, derivado de sus dificultades interpersonales, bien no pueden bien no quieren recibir la ayuda de otros.

Además, Zuroff, Igreja y Mongrain (1990) recogen otras dificultades que se han detectado en este tipo de depresión, relacionadas con el sentimiento de autovalía y

autoestima, así como con temas relacionados con el fracaso y la culpa. Blatt (1974, 1995) propone que, debido a la elevada autocrítica y a los sentimientos de culpa e inutilidad, en esta forma de depresión existe un mayor riesgo de intentos de suicidio.

Sea cual sea la configuración que desarrolle el niño, estas tienen lugar como resultado de la interacción de las vicisitudes de la relación padres-hijo, la carga genética, la interacción con su desarrollo cognitivo y las tensiones externas (Blatt y Homann, 1992; Blatt y Zuroff, 1992).

En cuanto a los factores distales de la experiencia en la relación con los padres parece que la depresión introyectiva puede darse con padres severos, exigentes y críticos. Cuando esta estructura es internalizada, esto pasa a formar parte de la estructura de la personalidad del niño. Blatt (1974) indica que la incorporación de estos esquemas podría llevar a una degradación de los sentimientos de autoestima del niño y una posterior autocrítica excesiva en el adulto.

La investigación (Luyten y Blatt, 2011) ha encontrado que este modelo, como también los demás modelos de dos polaridades, pone en relación los trastornos de personalidad con las dos configuraciones. De este modo, trastornos de personalidad dependiente, histriónico y límite parecen estar más relacionados con una configuración anaclítica, mientras que los trastornos paranoide esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y evitativo se relacionan con una configuración de personalidad introyectiva.

En lo relativo al tratamiento, también existen diferencias entre la depresión anaclítica y la introyectiva (Shahar, 2015). Parece que los pacientes introyectivos y autocríticos necesitan una terapia orientada psicoanalíticamente intensiva y a largo plazo (Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, y Pilkonis, 1998). De esta forma se pretende cambiar las autorrepresentaciones negativas arraigadas en la estructura de personalidad. De manera que primero es preciso formar una relación terapéutica sólida y de apoyo con el paciente para luego realizar cambios en las rígidas estructuras internalizadas en las experiencias con los progenitores (Auerbach y Blatt, 2001). Si el tratamiento es exitoso la persona logra internalizar los aspectos amorosos y menos críticos de los progenitores.

Parece que el tratamiento breve no es eficaz con los pacientes con depresión autocrítica, posiblemente debido a las características crueles, críticas y juiciosas de este tipo de depresión (Blatt, Quinlan, Pilkonis, y Shea 1995; Blatt, Zuroff, Quinlan, y Pilkonis, 1996). En este aspecto, el perfeccionismo, factor relacionado en la autocrítica y central en la depresión introyectiva, juega un papel importante en la respuesta al tratamiento: personas con altos niveles de perfeccionismo son menos receptivos a distintas formas de tratamiento breve.

Otra diferencia que se ha encontrado (Blatt y Ford, 1994) es que mientras las primeras muestras de cambio en pacientes anaclíticos se dan en las relaciones interpersonales, los pacientes introyectivos se observan mejoras en la intensidad de los síntomas y en el funcionamiento cognitivo.

Finalmente, señalar que Rector, Bagby, Segal, Joffe y Levitt (2000) han referido que parece que los pacientes introyectivos reaccionan de forma negativa al tratamiento breve y manualizado para la depresión.

1.2. La conceptualización de la autocrítica desde el modelo cognitivo de la depresión de Aaron T. Beck

Descontento con los resultados terapéuticos de la corriente psicoterapéutica en la que se había formado, Beck comienza a fundar los cimientos de la escuela cognitiva (Ruiz, Díaz, Villalobos, y González, 2012). Con una participación potente en la investigación psicopatológica, Beck describe los componentes cognitivos en la génesis y mantenimiento de la depresión. En este sentido, Beck no se ha ocupado específicamente de la autocrítica, pero sus aportaciones son importantes para conceptualizar nuestro objetivo de estudio (Shahar, 2015). Concretamente los conceptos de la triada cognitiva (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979), los rasgos de sociotropía y autonomía (Beck, 1983) y la teoría de los modos (Beck, 1996).

Este paradigma conceptualiza en términos de procesamiento de la información: es decir, cómo las estructuras y operaciones cognitivas actúan en la selección, transformación, codificación, almacenamiento, recuperación y generación de información y comportamiento (Chang, 2008; Sanz, 1993). Por tanto, el procesamiento

de la información presenta una serie de mecanismos que median en la cognición, el afecto y el comportamiento (Chang, 2008).

Así, Beck señala que en los trastornos emocionales se da una distorsión o sesgo de carácter sistemático en el procesamiento de la información (Sanz, 1993). Concretamente en la depresión hay un sesgo hacia las experiencias que suponen una pérdida o deprivación en alguna forma. Por ello, las personas que sufren depresión sobrevaloran estas experiencias negativas, dotándoles de globalidad, irreversibilidad y son vividas como frecuentes, resultando en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, es decir, los elementos que constituyen la triada cognitiva (Sanz, 1993).

Con independencia de la etiología, el procesamiento distorsionado o sesgado es intrínseco al síndrome emocional, actuando como desencadenante (factor próximo) y mantenedor del mismo. Además, el pensamiento distorsionado o sesgado conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos.

Beck emplea el término esquema para hablar de las estructuras (cognitivas) que contienen las representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior (p. 382, Clark y Beck, 1988, citado en Sanz, 1993). Estas estructuras que guían los procesos de percepción, codificación, almacenamiento y recuperación de la información se diferencian en su contenido y estructura de los esquemas que poseen las personas sin cuadros afectivos. En concreto, en las personas con depresión contienen reglas, creencias tácitas y estables sobre el sí mismo y el mundo con carácter disfuncional, alejado de la realidad y están conectados con recuerdos relevantes en el desarrollo y formación de esa creencia (Sanz, 1993).

De estos tres esquemas que componen la triada cognitiva, es la visión negativa del sí mismo la que indica que Beck ya ponía la atención en las opiniones negativas de uno sobre sí como un síntoma principal de la depresión (Chang, 2008). La visión negativa de uno mismo hace que la persona se perciba como alguien incompetente e inadecuado (Ruiz et al., 2012). Es decir, aunque no lo llame autocrítica, estos pensamientos acogen un juicio crítico (valoración negativa) sobre el individuo.

Debido a que los esquemas son estructuras que permiten que los datos sean procesados rápida y eficientemente con el fin de atender a la información relevante, estos también tienden a rellenar la información con aquello que es consistente con las creencias y la estructura del esquema (Chang, 2008; Segal, 1988). Por tanto, Beck (1967) plantea que la presencia de esquemas negativos sobre uno mismo hace que la información negativa sobre el yo sea seleccionada, al mismo tiempo que son rechazadas las alternativas positivas, reforzando un autoesquema negativo que influye en la visión del sí mismo y, por ende, en el incremento del malestar emocional.

Así, los esquemas que contengan creencias críticas y despectivas sobre la persona serán codificados por su congruencia con el autoesquema negativo (ej., Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). Además, este proceso tiene un carácter automático, es decir, es un esfuerzo que se lleva a cabo sin esfuerzo consciente y es relativamente duradero (Beck, 1967).

Beck señala que la consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información es probable que venga de la infancia (Ruiz et al., 2012). Además, otro factor que influye en la vulnerabilidad para la consolidación o activación de los esquemas negativos referentes a uno mismo tiene que ver con las dimensiones (categoriales para Beck) de personalidad que denomina *sociotropía* y *autonomía* (Beck, 1983).

La *sociotropía* se relaciona con necesidades de cuidado y aprobación por parte de los demás. Estos esquemas acogen creencias que implican la necesidad de una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales, así como una elevada dependencia social a la hora de valorar la propia valía. La autonomía supone la necesidad de una fuerte independencia y de logro. Atendiendo a estos dos factores existirían estresantes para cada tipo de esquema: de esta forma podrían reforzarse el autoesquema negativo ante contratiempos en las relaciones personales (*sociotropía*) o ante la no consecución de metas personales (*autonomía*), provocando una valoración negativa (crítica) sobre el sí mismo.

Si recordamos las dos vías de desarrollo evolutivo planteadas por Blatt (1974), encontramos un fuerte paralelismo entre la personalidad anaclítica y sociotrópica por un lado, y entre la personalidad introyectiva y la definida por el constructo de autonomía.

Debido a las críticas que ha recibido la teoría y con la intención de avanzar de un plano cognitivo a una teoría de la personalidad y la psicopatología, Beck revisa y reformula la misma en términos de *modos* (Shahar, 2015). Estos refieren a conjuntos de esquemas estrechamente vinculados, así como a procesos afectivos, motivacionales y conductuales relacionados (Beck, 1996).

En relación a los modos beckerianos, Shahar (2015) reescribe la definición de la autocrítica de la siguiente manera:

Un conjunto de esquemas compuestos de características cognitivas, afectivas, comportamentales, motivacionales y rasgos psicológicos.... sus características cognitivas incluyen tanto puntos de vista negativos sobre el yo como un ataque interno activo y el escrutinio constante de los propios defectos... también podría estar relacionado con emociones tales como la ira y el desprecio autodirigido (p.46).

1.3. Terapia centrada en la persona. La perspectiva humanista de Carl Rogers

Para conceptualizar algún aspecto o tema concreto desde un marco humanista nos resulta imprescindible exponer algunos de los conceptos propuestos por Carl Rogers (Rogers, 1966).

Entre aquellos conceptos de la Terapia Centrada en el Cliente que son importantes para lograr una adecuada comprensión del self desde este marco y, en particular, las escisiones del sí mismo, así como la influencia de este modelo sobre otras conceptualizaciones teóricas posteriores, se encuentran el autoconcepto, la tendencia a la actualización, el proceso de evaluación organísmica y las condiciones de valía.

En lo referido a la formación de la personalidad, Rogers (1966) comienza describiendo del mundo experiencial de los individuos que las personas viven en un mundo privado que se puede denominar *campo fenoménico o experiencial*. Este mundo

se caracteriza por componerse de experiencias cambiantes, de las cuales el individuo es el centro.

Estas experiencias pueden ser percibidas de manera consciente o no; según Angyal (1941, citado en Rogers, 1966) la toma de consciencia depende de si las experiencias son simbolizadas. Pero para que todos los impulsos o sensaciones que experimentamos en el día a día puedan ser accesibles y no formen parte del fondo de la experiencia, se tienen que dar ciertas condiciones.

Continúa explicando que existe en las personas una necesidad fundamental, que es la *tendencia a la actualización* (Mosher, Goldsmith, Stiles, y Greenberg, 2008; Rogers, 1966) o lo que es lo mismo, una tendencia innata a actuar de manera constructiva y autónoma de manera que se promueva la autopreservación y la mejora del autoconcepto, favoreciendo la autorrealización. Esto es, el individuo avanza satisfaciendo sus necesidades, en el sentido de alcanzar una progresiva independencia y responsabilidad sobre sí mismo, lo que implica un mayor nivel de madurez.

Así, todas las necesidades tienen relación entre ellas. Esta relación es la necesidad básica de mantener y desarrollar el organismo. De modo que cuando de forma consciente o no consciente, surge una necesidad en forma de tensión fisiológica emerge una conducta con la finalidad de reducir esa tensión. Es preciso destacar que todas las necesidades surgen en forma de tensión fisiológica con independencia de si la necesidad es física o de otra índole, sin embargo, estas se elaboran y canalizan a través del condicionamiento cultural en necesidades que se basan mínimamente en la tensión fisiológica subyacente.

Esta tendencia a la actualización se ve promovida por un continuo *proceso de evaluación organísmica* de la experiencia (Rogers, 1966). Esta evaluación se realiza, por ejemplo, en términos de agrado-desagrado o valoraciones positivas, negativas o neutrales de las experiencias (Mosher et al., 2008).

El resultado de la evaluación es único para cada persona, igual que lo es el de la tendencia a la actualización (Mosher et al., 2008). Esto es fácilmente comprensible porque la percepción, comprendida como una hipótesis de futuro relacionada con las

necesidades del individuo, tiene lugar en relación al individuo y sus necesidades individuales (Greenberg et al., 1996). A su vez, estas necesidades están ligadas con su percepción, personal y no absoluta, de la realidad (Rogers, 1966). Por ello, estas percepciones están sometidas a una evaluación que realiza el propio individuo.

Por tanto, de las percepciones que se producen del organismo y del organismo en contacto con el ambiente, más concretamente, resultado de la interacción valorativa de los demás, se va construyendo el self, es decir, el sí mismo en el sentido de tener conciencia de ser o de funcionar de tal manera (Rogers, 1966).

De esta forma, Rogers (1966) define el self, como

El cuadro organizado, que existe en la conciencia ya sea como figura o como fondo, de sí mismo y de sí mismo en relación, junto con los valores positivos o negativos que se asocian con esas cualidades y relaciones, tal como se percibe que existen en el presente, pasado o futuro (p. 425).

Prosigue en el mismo texto (Rogers, 1966), explicando que tanto aquellos valores que están unidos a las experiencias como aquellos ligados a la propia estructura, en ocasiones son experimentados directamente por el organismo y, en otras son valores introyectados, es decir, interiorizados de otros, pero percibidos de forma distorsionada, como si la experiencia hubiera sido directa.

Con el fin de ofrecer un mejor entendimiento, exponemos el siguiente ejemplo, uno percibe de manera directa que el fuego da calor y es una valoración objetiva del organismo. Sin embargo, si un niño no puede satisfacer la tensión a través del llanto porque supone la desaprobación del entorno significativo, siendo calificado como “eres débil”, esto supone una amenaza para el desarrollo del niño, dado que a través del reproche pierde su condición de ser amado (aspecto indispensable en la formación del sí mismo).

En estas circunstancias, emerge en el niño el conflicto siguiente: si en mi conciencia surge la admisión de que esta conducta me satisface y al mismo tiempo, están presentes los valores aprendidos, ambos aspectos son incompatibles con su concepto de sí mismo como merecedor de amor. Luego, para poder eliminar esta

disonancia, el menor distorsiona su experiencia, introyectando la percepción de la conducta de llorar como insatisfactoria.

Estos valores introyectados que constituyen el sí mismo, se ven perpetuados a través de la conducta, produciéndose un sí mismo que no es aprendido mediante las reacciones sensoriales o viscerales propias, puesto que estas no son aceptadas en la conciencia a no ser que estén presentes de forma distorsionada (Rogers, 1966).

Como veníamos diciendo, la experiencia puede ser percibida, simbolizada y asimilada en relación al sí mismo, sin embargo, puede que esto no tenga lugar y se dé una de las siguientes alternativas. Por un lado, la experiencia es ignorada (proceso de negación de la simbolización) al no hallar relación entre ella y la estructura del self o, por otro, es simbolizada de forma distorsionada debido a que la experiencia no es compatible con la estructura del self.

Entonces cabe preguntarse de qué manera se niega o distorsiona la simbolización de la experiencia. Rogers, basado en los estudios de percepción como los de McCleary y Lázarus (1949, citado en Rogers, 1966), explica que la forma por la que esto tiene lugar es debido a un proceso de subcepción. Aplicado a este ámbito de la personalidad, la subcepción sería un proceso por el cual las personas perciben, antes de ser consciente de la experiencia, una respuesta orgánica fisiológica y discriminativa que señala una amenaza para la organización del self en caso de simbolizar determinada experiencia, por ello, la consciencia de la experiencia es negada o distorsionada.

En este marco, el ajuste psicológico y, en particular, la tendencia a la actualización, se pueden ver perturbados por las *condiciones de valía* (Mearns y Thorne, 2009; Rogers, 1951, 1959, citado en Mosher et al., 2008). Estas condiciones emergen cuando la persona siente que tanto el amor y estima como la evaluación por parte de un otro significativo dependen de si su comportamiento es contingente con el marco de referencia de este otro, en lugar de con el marco de su propio self.

Por tanto, cuando las condiciones de valía son introyectadas en el autoconcepto y las experiencias pueden ser evaluadas en el marco de otros, en lugar de su propia experiencia personal, lo que sucede es que las experiencias son mal representadas,

pueden permanecer sin simbolizar, por lo que la tendencia a la actualización se ve comprometida y el crecimiento personal inhibido (Mosher et al., 2008).

En este sentido, Mearns y Thorne (2009) señalan que la necesidad de valoración positiva, en especial para aquellos que han sufrido condiciones de valor punitivas, puede llegar a tener mayor impulso que la tendencia a la actualización. Esto puede generar una fuerte confusión en el proceso de valoración organísmica, de modo que este no resulta fiable, provocando la duda a la persona sobre este proceso y llegando a desplazar el locus de control sobre el proceso de evaluación en el exterior. En consecuencia, el individuo realiza conductas poco congruentes con el sí mismo como medio de ganar aceptación. A su vez, este hecho puede provocar que a la larga la persona se critique por expresar rasgos congruentes consigo mismo pero no aprobados por el medio.

Respecto al mal ajuste psicológico, Rogers (1966) también refiere que este sucede debido a una percepción incorrecta tanto del self como de la experiencia puesto que una percepción adecuada podría permitir tomar consciencia de la discrepancia del self y la experiencia. El efecto de esta situación es la elevación de estados de ansiedad cuando esta discrepancia no es percibida o de amenaza en caso de tener conciencia de ella. Por ende, para resolver esta situación se produce una distorsión de las representaciones de las experiencias que permiten reducir la experiencia.

Nos parece preciso introducir una breve aclaración por nuestra parte. Cuando las experiencias organísmicas son negadas o distorsionadas para reducir la disonancia, se produce una escisión del self. Estas escisiones conducen a la aparición de *voces* críticas que mantengan alejadas esas partes que son incongruentes con las condiciones de valía introyectadas. Sin embargo, cuanto mayor sea el número de experiencias no simbolizadas de manera *precisa*, mayor será la experiencia de amenaza puesto que esto implica que el individuo tiene que hacer un esfuerzo cada vez más grande para mantener una estructura "falsa" (Mosher et al., 2008).

Por el contrario, el ajuste psicológico tiene lugar cuando el sí mismo admite todas las experiencias posibles, para que sean asimiladas en el concepto del sí mismo

(Mosher et al., 2008; Rogers, 1966). Es decir, cuando la distancia entre la voz crítica y el resto de voces se ve disminuida.

1.4. La terapia centrada en la compasión (CFT) y su visión sobre la autocrítica

1.4.1. Las mentalidades sociales y su implicación en la autocrítica

Gilbert (1989, 1995, 2005a, 2009) junto a sus colaboradores (Gilbert y Procter, 2006) han partido desde un enfoque evolucionista, en el que conceptualizan al ser humano como varias *mentalidades sociales*.

Esta teoría de corte cognitivo-evolucionista establece relaciones entre la ciencia neurocognitiva y la práctica clínica (Gilbert, 2014; Shahar, 2015). De hecho, Longe et al. (2010) estudian los correlatos neuronales de la autocrítica y la capacidad para ser tranquilizador con uno mismo mediante imágenes de resonancia magnética funcional (IRMf), llegando a encontrar bases neurales que relacionan la autocrítica con el procesamiento y la resolución de errores, así como con la inhibición conductual.

La teoría de las mentalidades sociales mantiene que las personas tienen sistemas de procesamiento social, que surgen en el proceso evolutivo mediante la particular organización de nuestro cerebro, que nos permiten percibir los signos sociales que emiten los otros (Castilho y Gouveia, 2011; Gilbert, 2014). Estas mentalidades sociales nos dan la capacidad de buscar y formar los distintos tipos de relación: desde las relaciones de tipo sexual, a la necesidad de cuidado o su complementario ser cuidado por y las relaciones de dominación-sumisión, por ejemplo.

La aparición de este tipo de relaciones da lugar a que los seres humanos podamos orientar nuestro comportamiento hacia la consecución de metas y motivos biosociales, necesarios para la supervivencia (Gilbert, 1989, 2000, 2005a, 2005b, 2014). Entre estas metas y motivos están el establecimiento de lazos sexuales, formación de amistades, generar sentimiento de pertenencia, competir por un cierto estatus... (Gilbert, 2014).

Así, Gilbert (2014) define la mentalidad social como la forma en que diferentes competencias y módulos (por ejemplo, estilos de atención, formas de pensar y

tendencias de acción) se organizan y son guiados por motivos de distinta índole, para asegurar tipos específicos de relación social. Gilbert (2014, p.41) ejemplifica de la siguiente manera: si estamos en la mentalidad de ofrecer cuidado, se activa nuestra competencia para dirigir la atención a la angustia o necesidad del otro, también se activa nuestra preocupación por los demás, entra en juego un proceso de valoración acerca de cómo podemos dar lo que el otro necesita, dirigimos nuestra conducta para ejecutar esto y, como consecuencia, nos sentimos gratificados por esto.

Para alcanzar el rol social deseado, es necesario que las personas tengan capacidad para enviar y decodificar las señales sociales. Mientras emitimos un rol social, aparecerán algunos signos de éxito o fracaso que provocarán bien emociones positivas o bien emociones negativas que respectivamente reforzarán de manera natural/innata, mientras que el fracaso en la emisión de un determinado rol social será aversivo y se evitará. Es decir, si existe atracción por alguien y nos sentimos deseados, nos sentiremos bien, si por el contrario somos rechazados o abandonados, nos sentiremos mal (Castilho y Gouveia, 2011; Gilbert, 2005a).

Estos sistemas de procesamiento social son la base del desarrollo del sistema motivacional, cognitivo, afectivo y comportamental (véase Gilbert, 2014; Buss, 2003; McGuire y Troisi, 1998, citados en Castilho y Gouveia, 2011). Pero este sistema no funciona de manera individual, sino que de manera conjunta a los demás se cocrean los roles sociales. Cuando estamos en presencia de los demás, nuestros esfuerzos se dirigen a intentar estimular un estado específico en su mente (Castilho y Gouveia, 2011). Por tanto, la forma en que se desarrollan, entrecruzan y activan las distintas mentalidades sociales es en función de los genes de cada individuo, el entorno y las demandas sociales de ese momento en concreto, y que darán lugar a una determinada expresión fenotípica (Castilho y Gouveia, 2011; Gilbert, 2014).

Las mentalidades sociales se solapan, unas son más conscientes que otras y a veces algunas se inhiben en pro de otras (por ejemplo, puedo anular mi capacidad de atender a la angustia de otra persona si estoy en una situación de competencia, a la vez que estímulo los actos de agresividad). Incluso algunas de ellas se pueden vincular a la identidad, por ejemplo, de la mentalidad de “ser cuidador” a incorporar en tu identidad

“quiero ser una persona solidaria” (Gilbert, 2014). El hecho de que las mentalidades se puedan cambiar, como de un contexto a otro, es un síntoma de salud (Gilbert, 2014).

También se ha encontrado que las mentalidades sociales se dirigen a la relación de uno consigo mismo y no solo coordinan las relaciones sociales con el otro externo (Gilbert, 2000a; Gilbert y Irons, 2005). Por tanto, las competencias que permiten la formación de roles se pueden orientar internamente realizando autoevaluaciones y competencia de uno consigo mismo (Gilbert, Clarke et al., 2004). Baldwin y Fergusson (2001) indican que del esquema interpersonal existente se derivan las autoevaluaciones y los sentimientos que estas producen.

De esta manera, la autocrítica se puede dar porque las personas dirigen hacia sí mismas sistemas de procesamiento de información y patrones de respuesta específicos, adoptando una orientación de amenaza y defensa en relación al yo o de tolerancia y compasión (Castilho y Gouveia, 2011). De las distintas mentalidades sociales existentes las que tienen más relación con la autocrítica son la de rango social (mentalidad de competición) y la de cuidado (Castilho y Gouveia, 2011; Shahar, 2015).

La mentalidad de rango social está en relación a la necesidad de ganar estatus y también con la necesidad de ser atractivo para los demás, por lo que también está en sus raíces el miedo por el rechazo y el sentimiento de vergüenza (Castilho y Gouveia, 2011; Shahar, 2015). Por tanto, se da un proceso de comparación social en el que se valora la posición del rival, si es preciso entrar en competición y, finalmente, si hay que adoptar una posición agresiva (Shahar, 2015). Esta mentalidad social es la más efectiva para combatir las amenazas y también permite la cohesión grupal (Castilho y Gouveia, 2011).

Las personas con esta mentalidad sobredesarrollada se vuelven vulnerables a la psicopatología porque están expuestas a experimentar sentimientos de derrota, inferioridad, subordinación, rechazo, vergüenza, persecución y, por ello, estar defendidos (Castilho y Gouveia, 2011). Además, desde esta posición les resulta más difícil generar en la mente de los demás un afecto positivo, por lo que hay una atención elevada en la búsqueda de filiación, quedando muy vulnerables al rechazo y al sentimiento de fracaso (2005a; Gilbert, McEwan, Catarino, y Baião, 2004). Para

defenderse de estas situaciones y amenazas, se pueden colocar en una posición de sumisión (comportamiento defensivo) para crear un sentimiento de seguridad que en realidad no evoca los sentimientos ni los comportamientos relacionados con la seguridad (por ejemplo, la capacidad para tranquilizarse) (Castilho y Gouveia, 2011).

Para ejemplificar la importancia de la relación dominante-sumiso tomaremos el siguiente ejemplo (Gilbert, Clarke et al., 2004). Los padres, bajo la búsqueda del mayor bien para su hijo, pueden amenazarles y castigarles por errores o por no intentar de manera suficiente alcanzar determinados logros, metas, hitos... (“Si no consigues esto, nadie te va a querer”). Si los hijos internalizan esta forma de relación y *autorregulación* del binomio dominante-sometido, pueden releer su forma atacante, punitiva y castigadora de relacionarse consigo mismos como la forma de evitar los propios errores o como una forma de dirigirse a sí mismo en búsqueda del propio bien. Aquí, la relación dominante-subordinado hace que el otro se comporte de otra manera, como una persona obediente, como una persona que se presiona para lograr metas.

Sin embargo, también hay otra forma de relación en forma de ataque en la que la razón del mismo no es la coacción del subordinado. Es una forma de odio y aversión como la que se tiene hacia un enemigo o hacia alguien o colectivo marginado (véase, durante la Segunda Guerra Mundial, los judíos) (Gilbert, Clarke et al., 2004). Evolutivamente esta relación se puede dar porque uno valora a ese individuo o grupo de individuos como dañino para sí mismo o el endogrupo. En este tipo de relación, la adopción de un comportamiento sumiso, que procura apaciguar al dominante, no es útil, no frena el ataque. De esta manera, las emociones que emergen cuando esta relación se vuelve intrapersonal son las de desprecio y odio, sentimientos que pueden haber evolucionado de la evitación de sustancias nocivas (Shweder et al., 1997, citado en Gilbert, Clarke et al., 2004). Así, si un padre trata de esta manera a su hijo y lo constituye como algo malo, será un foco de asco y desprecio (no un subordinado que se comporta como yo-padre quiero). Las personas que se autolesionan o quieren destruir partes de sí mismo (Strong, 1998) parecen haber interiorizado esta forma de relación.

De otro lado, el sistema de cuidado también es importante. Aunque ante situaciones de fracaso, o cuando las cosas van mal, puede activarse esta relación

autocrítica, puede darse una respuesta alternativa, de autocuidado y ayuda, que despierte la autocompasión (Gilbert, 2000). Un elemento de resiliencia (Whelton, 2000) en esta forma de relación es poder prestar atención a los aspectos positivos, a la capacidad de afrontamiento y resistir de manera activa (ser tranquilizador con uno mismo).

En relación a la capacidad para autotranquilizarse, los individuos serán más o menos capaces de emitir este tipo de respuestas, en parte, según haya sido la relación con los padres en los momentos de fracaso o desilusión. Es decir, si han sido capaces de ser sostenedores, han podido cuidar y no avergonzarse (por ejemplo, Bowlby, 1980; Kohut, 1971, citados en Gilbert, Clarke et al., 2004).

Existen resultados prometedores en distintas investigaciones (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, y Palmer, 2006; Gilbert y Irons, 2004; Gilbert y Procter, 2006; Kelly, Zuroff, y Shaphira, 2009; Kelly, Zuroff, Foa, y Gilbert, 2010; Keltner, Kogan, Piff, y Saturn, 2014) acerca del empleo de la autocompasión por parte de personas con alta autocrítica y sentimientos de vergüenza.

Entonces, partiendo de la idea de que las competencias van evolucionando para adoptar un rol u otro, se pueden adoptar estos roles en la relación con uno mismo (Gilbert, 2000). En función de las diferencias individuales, se puede ser más cálido y reconfortante con uno mismo o, por el contrario, se puede ser más crítico para corregirse y buscar el bien para sí mismo, o lanzar aversión activa y odio hacia uno mismo (Gilbert, 2004).

1.4.2. Las diferentes formas y funciones de la autocrítica

La CFT considera un foco importante de trabajo dentro de la terapia psicológica centrar la atención en los sentimientos autoconscientes. Del trabajo de Tracey, Robins y Tangney (2007, citado en Gilbert, 2014), recoge que las tres principales emociones autoconscientes son la vergüenza, culpa y humillación. Se ha encontrado que, de estas tres, en la vergüenza se encuentra frecuentemente la autocrítica (Gilbert, 2014). Esta emoción se relaciona con el deseo de generar en la mente del otro un sentimiento positivo hacia uno mismo, frente al miedo a ser rechazado o de encontrarse solo (Gilbert, 2014), por lo que podemos inferir que en esta emoción se pone en juego lo

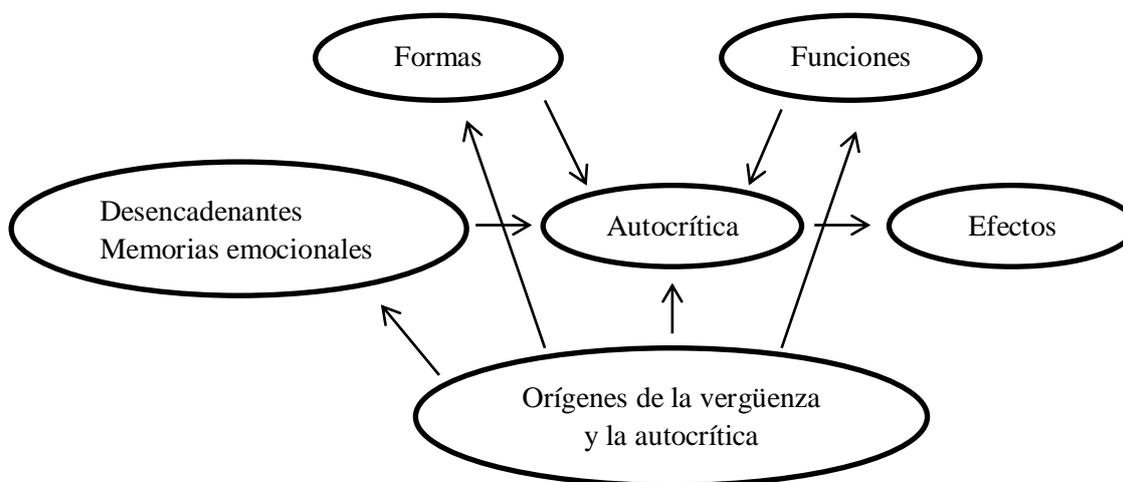
relacionado con el apego y la capacidad para generar vínculos, aspecto especialmente relevante para el desarrollo personal y emocional.

Para poder comprender la autocrítica de cada individuo, Gilbert (2014) señala que es preciso poder conocer su historia, más concretamente, las amenazas presentes en el momento en que la persona se da cuenta que empieza la autocrítica. Esto incluye la exploración, no solo de lo que pudiera estar pasando, sino de la desilusión por los sueños y metas frustradas y la importancia de esos sueños y metas para esa persona (debido a la necesidad subyacente). Por tanto, la mente autocrítica es también una mente centrada en la amenaza (de nuestras metas biosociales) porque se activan aspectos como el miedo al rechazo o ser criticado por otros con la consiguiente falta de conexión con los demás (amenaza externa) o el miedo al fracaso, ansiedad por la propia inadecuación (amenaza interna).

Debido a que de forma frecuente la autocrítica emerge y ataca cuando surgen situaciones relacionadas o parecidas a la amenaza original (es decir, las primeras memorias emocionales en relación a los sentimientos autocríticos de vergüenza, humillación, soledad...), surge la importancia de relacionar el desencadenante de la autocrítica actual con estos orígenes y recuerdos (Gilbert, 2014).

Esto mismo también tiene su importancia debido a la premisa, ya señalada anteriormente, de que la autocrítica tiene orígenes diversos y también diversas funciones, las cuales se encuentran presumiblemente en relación con estos orígenes (Gilbert, 2014; Gilbert, Clarke et al., 2004). Previamente Driscoll (1989) ya señalaba que el autoataque y la autocrítica presentan diferentes funciones; entre ellas, corregir los fallos o errores, la prevención de errores en el futuro e incluso, el beneficio secundario de lograr la simpatía de los demás. En su investigación Gilbert y su equipo (Gilbert, Clarke et al., 2004) encuentran que la autocrítica tiene una función subyacente y unas formas determinadas de manifestarse. A modo de ilustración, Gilbert desarrolla un esquema de la mente autocrítica que se puede observar en la siguiente figura (adaptada de Gilbert, 2014, p. 118):

Figura 1. Esquema de la mente autocrítica



Específicamente Gilbert, Clarke et al. (2004) identifican dos formas de autocrítica. Una de ellas se relaciona con los sentimientos de inadecuación (Yo Inadecuado) en relación con los sentimientos de decepción e inferioridad. La segunda forma tiene que ver con el odio hacia uno mismo (Yo Odiado); esta forma tiene una mayor presencia en poblaciones clínicas (es más patogénica) y escasa presencia en poblaciones no clínicas. Gilbert señala que esta forma pudiera relacionarse con un pasado más abusivo pero que no existe aún una evidencia clara (Andrews, 1998, citado en Gilbert, 2014).

La manera en la que se experimenta la crítica, según Gilbert, adquiere una forma de diálogo interno, es decir, como una especie de conversación entre distintos aspectos del yo (Gilbert, 2014; Gilbert, Clarke et al., 2004). Esto es, una conversación entre la mentalidad social dominante que hace la crítica y el complementario sumiso que la sufre. Esta idea de la identidad como diferentes yoes, no es novedosa, sino que distintas conceptualizaciones, mantienen esta visión del self como una multiplicidad de yoes (ej., Mearns y Thorne, 2003, 2009; Stiles, 1997, 2011; Rowan, 2009). Como veremos más adelante, esto es compartido por la Terapia Focalizada en la Emoción que emplea la tarea de las dos sillas para poner en diálogo estas dos partes escindidas del yo (Greenberg et al., 1996).

Este diálogo crítico, de ataque e incluso de odio, de uno consigo mismo puede estar dirigido a distintos aspectos del sí mismo; desde una parte del propio cuerpo, a la conducta, los pensamientos y los propios sentimientos (Castilho y Gouveia, 2011; Gilbert, 2014).

Congruente con la investigación realizada por Whelton y Greenberg (2005) que llega a la conclusión de que la importancia de la autocrítica, en relación a la aparición de la psicopatología, no pasa tanto por el contenido (cognitivo) de los mensajes críticos como por las emociones de ira y desprecio, Gilbert propone la evaluación de cómo se siente la parte crítica con uno mismo, esto es, cuáles son las emociones subyacentes hacia uno mismo (Gilbert, 2014). Esto lo podríamos llevar a preguntas del estilo “¿cómo se siente la crítica hacia ti?” y “¿Cómo se dirige hacia ti?”.

Al mismo tiempo que en la investigación (Gilbert, Clarke et al., 2004) encuentran las formas previamente citadas, también aprecian una serie de funciones o, lo que es lo mismo encuentran un para qué sirve la autocrítica. Para la forma Yo Inadecuado, que presenta sentimientos de decepción e inferioridad encuentra una función que nombran como Autocorrección, que procura que la persona no cometa errores e intentar mejorar. Para la forma de autocrítica que expresa odio hacia uno mismo (Yo Odiado), encuentran una función que busca una expresión agresiva de odio, incluso una especie de búsqueda de venganza; a esta forma le designan el nombre de Autopersecución.

Gilbert (2014) señala que es muy importante realizar un análisis funcional de la autocrítica para poder entender para qué sirve. Aunque también hay que tener en cuenta que no siempre cumple una función más allá de una respuesta a un evento particular, por ejemplo, uno se puede enfadar o sentir frustrado consigo mismo por haber fracasado o haber fallado.

En los casos que sí cumple una función más profunda, la persona puede pensar que si desaparece su autocrítica se puede volver arrogante, perezosa o fuera de control. Ante esta circunstancia, la crítica se hace necesaria para controlar que no cometa errores otra vez y estar alerta ante dicha posibilidad. Si ahondamos un poco más, encontraremos que debajo de este “estar alerta” puede aparecer un miedo como “si no logras este

objetivo o no logras triunfar, no te querrá nadie” (Gilbert, 2014). Este pensamiento, responde a la polaridad sumiso-dominante que señalábamos en el apartado de las mentalidades sociales.

Observando la exposición de este modelo, podemos pensar que, bajo un falso cuidado, encontramos un mensaje (con cogniciones y emociones) dañinas. De esta forma, la CFT intenta acercar una forma más compasiva de dirigirse a uno mismo como medio de autocorrección para llegar a una mejora (Gilbert, 2014).

Entre otras emociones (y funciones) sumergidas bajo la autocrítica Gilbert, Gilbert y Irons (2004) encuentran emociones de rabia. Debido a que yo como individuo no puedo procesar mis sentimientos de rabia y hostilidad hacia los demás, el miedo me conduce a inhibirlos y dirigir el odio y la crítica hacia mí.

También encuentran otra función que tiene que ver con el poder (Gilbert, 2014). En este sentido, aunque hemos señalado que la autocrítica se da en la vergüenza, el sentimiento de culpa también está estrechamente relacionado con la autocrítica (Gilbert, 2014). Cuando las personas viven situaciones de abuso y/o de trauma puede aparecer el siguiente mecanismo como estrategia de seguridad: ante situaciones en las que aparece un otro poderoso, impredecible y cuya conducta se escapa a nuestro control, la víctima se reorienta hacia sí misma; se vuelve más autoobservadora y lleva a construir estrategias de autocontrol y autorregulación que surgen del sistema de autoprotección y están relacionadas con la autocrítica.

Para mayor comprensión de este mecanismo, podemos pensar que, si una persona ha sufrido una violación o ha crecido con una figura parental abusiva, no va a poder controlar la conducta del otro. Sin embargo, sí puede controlar la suya propia (¡únicamente la suya!), observando de manera meticulosa cada uno de sus actos y autoculpabilizándose (criticándose) si con alguno de ellos despierta un nuevo resultado aversivo (un nuevo abuso) hacia sí mismo. Por tanto, esta función de autocrítica la conceptualiza como un mecanismo de autoprotección.

En estos casos, expresar el miedo y luego la rabia permite actuar sobre las estrategias de sumisión-miedo y permite implicarse en desarrollar una estrategia

autoprotectora más dominante. Si en el trabajo terapéutico hay compasión o perdón a la figura que ha perpetrado el abuso, podría venir más adelante (Gilbert, 2014).

Finalmente, es inevitable recoger en torno a los aspectos patógenos de la autocrítica. En diferentes estudios (Gilbert, Clarke et al., 2004a; Greenberg y Whelton, 2005) encuentran que la capacidad patogénica de la autocrítica está en relación al grado de hostilidad, desprecio y repugnancia que de forma subyacente la persona se envía a sí misma, con mediación de la capacidad para ser autotranquilizador, dar calor a uno mismo y, por tanto, ser autocompasivo. Aunque la reducción del nivel de crítica es importante, Gilbert y Procter (2006) refieren que es igual de importante el desarrollo de competencias autocompasivas.

1.5. Golan Shahar: autocrítica, autenticidad, autoconocimiento y su convergencia en el Modelo del Eje de la Autocrítica (ACRIM).

Para comenzar la exposición del modelo explicativo de la autocrítica que realiza Golan Shahar (2015), nos parece esclarecedor nombrar en inicio los conceptos clave. Entre ellos, la propia definición de autocrítica, la recuperación del concepto de vulnerabilidad (en relación a un modelo diátesis-estrés), la autenticidad y el autoconocimiento y, finalmente, el aspecto que para nosotros engloba de forma holística todos estos conceptos, lo que el autor ha etiquetado como Modelo del Eje de la Autocrítica (por sus siglas en inglés, ACRIM).

Shahar (2015), en la línea de lo que explicábamos en la introducción de este apartado de modelos explicativos, comienza exponiendo que existe una autocrítica que adopta una forma de autoataque pero que no es tomada en serio por la propia persona, es menos dañina. Explica que esta forma de autoataque es como si de alguna manera la crítica expresase algo pero a las personas les resulta fácil suavizarlo o tranquilizarlo. Incluso, puede darse el caso que esta autocrítica tenga la función de búsqueda de cumplidos (que puede verse como una ganancia secundaria de la autocrítica).

Más centrado en la autocrítica que tiene que ver con nuestro objeto de estudio, es decir, la que el autor identifica como una autocrítica más dañina o patológica, Shahar indica que “la autocrítica es una relación intensa y persistente con uno mismo

caracterizada por (1) exigencia intransigente de altos estándares de rendimiento y (2) expresión de hostilidad y derogación dirigidas hacia el sí mismo cuando los estándares son inevitablemente no satisfechos” (Shahar, 2015, p.6).

Esta definición puede recordar a las formas de autocrítica que contemplan Gilbert, Clarke et al., 2004), especialmente la que viene descrita y recogida por el factor *Yo Inadecuado*. Además, en esta definición se hace presente la influencia de la conceptualización de Blatt (1974). La primera parte de la autocrítica implica una tendencia constante a subir el nivel de los estándares pero con una consiguiente sensación de insatisfacción de los logros alcanzados, que va acompañada de una segunda parte: una voz interna estimulada por los fracasos, que se dirige al yo de manera punitiva.

El hecho de subir los estándares o expectativas no tiene por qué ser necesariamente patológico en la medida en la que uno pueda ser compasivo o autotranquilizador con uno mismo. Es decir, en la medida en que no invoco a la expresión de hostilidad, no autogenero una trampa en la que me castigo después de haberme empujado a fracasar por elevar continuamente los estándares.

La aceptación de esta conceptualización implica la asunción de que el yo no es un concepto unitario, sino que la identidad está conformada por múltiples yoes. Estos yoes se encuentran en interacción mediante un diálogo (por ejemplo, Stiles, 1997, 2013) que en el caso de esta forma de autocrítica implica un diálogo dañino entre una o más partes del yo, donde hay una parte más activa (la parte crítica) que ataca a otra más pasiva. Shahar (2015) añade que esta conceptualización de diálogo entre distintas partes también implica una visión no estática de la autocrítica, sino que las mismas circunstancias que se establecen en las relaciones, también se dan en la relación con uno mismo.

Shahar (2015) continúa caracterizando la autocrítica señalando que a pesar de que se han realizado investigaciones en las que se observa que la autocrítica precede a la depresión, infiriendo una relación causal, en realidad la investigación dota de probreza a estos argumentos. Por ello, recupera el modelo de diátesis-estrés para señalar la autocrítica como un factor de vulnerabilidad estableciendo un círculo vicioso.

El modelo de diátesis-estrés (Monroe y Simons, 1991) mantiene que la aparición de la psicopatología se debe a la superposición de una vulnerabilidad interna y al estrés vital. Shahar explica la vulnerabilidad interna tomando como marco de referencia las dos configuraciones de personalidad que propone Blatt (1974) en su teoría: la anaclítica/dependiente y la introyectiva /autocrítica.

Recuperando lo expuesto en el apartado de la teoría de Blatt, la configuración anaclítica supone la necesidad de establecer relaciones cercanas y nutritivas pero que en el extremo del continuo supone una dependencia patológica, mientras que en la configuración introyectiva nace la necesidad de establecer una consolidación positiva de la propia identidad que, al poner un énfasis excesivo en los logros, adopta la forma de la autocrítica como rasgo de personalidad.

Para que de estos rasgos surjan síntomas (depresivos) es preciso que los eventos de vida sean congruentes con la configuración de personalidad (esto es denominado hipótesis de la congruencia; Hammen, Marks y, DeMayo, 1985). Esto se debe a que la relación vulnerabilidad-síntomas no surge de manera directa. Es decir, no es el estrés o evento estresante en sí, los autocríticos necesitan ver en riesgo sus metas, logros y percibir la posibilidad de un fracaso, mientras que los dependientes manifestarán síntomas depresivos cuando surge un estrés interpersonal, por ejemplo, un rechazo o un abandono.

No obstante, Shahar indica que aunque la hipótesis de la congruencia es sólida y existe investigación en torno a ella (por ejemplo, Shahar y Zuroff, 1992; Coyne y Whiffen, 1995, citados en Shahar, 2015) también han sido desaprobados algunos resultados (Shahar, 2015). Si bien se ha encontrado una vulnerabilidad más específica en las personas dependientes, no ocurre lo mismo en personas autocríticas. Más bien, parece que en el caso de los autocríticos existe una interacción entre los eventos estresantes de corte interpersonal y aquellos relacionados con el rendimiento, por tanto, la vulnerabilidad autocrítica es general y amplia en lugar de específica y de alcance limitado.

Esto implica que la autocrítica como constructo de personalidad, se constituye como una vulnerabilidad que es general y amplia. Además, otra limitación en estos

modelos diátesis-estrés es que la persona autocrítica no solo es vulnerable, sino que también puede ser resiliente. Es decir, aunque una persona sea vulnerable a una serie de eventos, puede ser invulnerable a otro conjunto (Shahar, 2015).

Otro aspecto que asume la teoría de la vulnerabilidad y que limita a la misma es el presupuesto de que los sujetos somos en un grado elevado pasivos en relación a los eventos que surgen en el entorno, reaccionando en lugar de generar dichos eventos. Sin embargo, las distintas teorías de la acción (Shahar, 2006b, citado en Shahar 2015) comparten la visión y resaltan el impacto que las personas ejercen en su entorno social como recoge el principio de determinismo recíproco de Bandura (1978, en Shahar 2015).

De manera similar al determinismo recíproco de Bandura, Watchel (1977, 1994, 1997, en Shahar, 2015), desde un marco integrador, desarrolla el modelo psicodinámico cíclico, que describe la formación de círculos viciosos por los que las personas externalizan sus conflictos inconscientes en el espacio interpersonal, provocando las mismas circunstancias que temen. De esta manera, personas que sufren una determinada patología, por ejemplo, depresión, pueden moldear en el medio elementos mantenedores de esos estados depresivos (Shahar, 2015).

Al amparo de estas ideas se ha realizado la investigación en torno a la vulnerabilidad a la depresión y, en concreto, el efecto de los rasgos de dependencia y autocrítica en el entorno social. Se ha podido observar que la autocrítica tiene su efecto sobre las relaciones cercanas y favorece la aparición de eventos vitales negativos. No solo esto, sino que no genera factores de protección: apoyo social (Dunkley, Sainslow, Grilo, y McGlashan, 2006; Priel y Shahar, 2000) y eventos vitales positivos (Shahar y Priel, 2003).

En relación a esto, Shahar (2015) señala algunos resultados de estudios como ejemplo de que la autocrítica es un factor de vulnerabilidad, que media en la vulnerabilidad interpersonal y afecta al medio en el que la persona se desarrolla (Shahar, 2015). Por ejemplo, Blatt et al. (1995) encuentran en su estudio que los participantes con niveles de autocrítica más elevada presentan una mejoría menor en la sintomatología que los pacientes con menos autocrítica. Estos mismos autores,

encuentran que la autocrítica precede a la depresión (Hawley et al., 2006, en Shahar, 2015).

También se observa que existe una relación perniciosa entre autocrítica y éxito terapéutico, principalmente debido a la mayor dificultad de las personas autocríticas para establecer una adecuada alianza terapéutica (Zuroff et al., 2000). Este impacto sobre las relaciones significativas de sus vidas y sobre la terapéutica, también implica una agravación de los síntomas, precisamente por no poder construir relaciones ni dentro ni fuera de la terapia (Shahar, Blatt, Zuroff, Krupnik, y Sotsky, 2004).

Otro ejemplo tiene que ver con la forma en que la autocrítica afecta directamente al dolor crónico. La investigación encuentra que al poner en relación medidas de depresión, autocrítica y del componente afectivo del dolor con la evaluación médica del pronóstico en relación al dolor y al funcionamiento, la autocrítica se convierte en el único predictor de pronóstico pesimista (Rudich, Lerman, Wexler, Gurevich, y Shahar, 2008). Seguidamente la existencia de un pronóstico pesimista predice un incremento en depresión y el componente afectivo del dolor (Rudich, Lerman, Gurevich, y Shahar, 2010).

A la hora de atender el dolor, la relación médico-paciente es de una importancia fundamental para el diagnóstico y tratamiento. Debido a que los síntomas son vagos y difíciles de localizar con exactitud, por lo que las personas pueden sentir vergüenza al unirlo con un producto “de su cabeza”. Por tanto, si los médicos no muestran habilidades como la amabilidad, sensibilidad, paciencia, además de ofrecer información, el éxito de tratamiento se puede ver amenazado (Diesfeld, 2008; Frantsve y Kerns, 2007, citados en Shahar, 2015).

En paralelo a estos resultados, Shahar (2015) señala que las personas autocríticas moldean un contexto social patógeno por dos vías. Por un lado, la autocrítica (“perfeccionismo autocrítico” según Dunkley et al., 2003) se relaciona con estrategias de afrontamiento poco adaptativas, caracterizadas por la evitación (por ejemplo, desahogo emocional sin abordaje del problema). Por otro lado, los estudios encuentran que la autocrítica predice baja motivación autónoma y bajos niveles de eventos positivos debido a que las personas autocríticas evitan hacer cosas que quieren hacer

(Shahar, Henrich, Blatt, Ryan y Little, 2003; Shahar, Kalnitzki, Shulman, y Blatt, 2006; Shulman, Kalnitzki, y Shahar, 2009).

De esto se deriva que la autocrítica añade una parte de vulnerabilidad relacionada con la ausencia de procesos protectores, por no poder realizar actividades que realmente quieren, así como por el deterioro de las relaciones, por ejemplo, al no involucrarse en actividades placenteras o por hacer manifiesta la crítica interna en lo interpersonal. La ausencia de factores de protección se convierte en un aspecto más peligroso que la propia presencia de factores de riesgo (Shahar, 2015).

Aunque se establece la autocrítica como un factor predictivo de la depresión, Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc y Leadbeater (2004) encuentran en un estudio longitudinal que en adolescentes mujeres existe una relación recíproca entre ambos componentes (depresión y autocrítica) pero no en varones. En esta relación se puede observar que la depresión deja efectos duraderos en el autoconcepto de la personalidad (fomenta la crítica), dejando una señal como secuela de la herida de la depresión (hipótesis de la cicatrización de Lewinshon, Larson y, Franklin, 1981, en Sahar, 2015).

Por tanto, si recogemos los datos expuestos en relación a la vulnerabilidad a la depresión, encontramos que la vulnerabilidad a la crítica funciona como un círculo vicioso y una cascada autocrítica (Shahar, 2015). Así, las personas autocríticas que mantienen diálogos internos punitivos impactando en el medio social, ya sea por la aparición de factores de riesgo o por la ausencia de factores de protección. Esto deviene en la aparición de malestar emocional, como podría ser la depresión, que a su vez impacta en el propio autoconcepto incrementando y perpetuando la crítica, y en consecuencia aumenta el riesgo depresivo.

1.5.1. Sobre la autenticidad y el autoconocimiento (ASK)

En este apartado describimos la autenticidad, tal y como la entiende el autor, así como la importancia del autoconocimiento. Entre estos dos conceptos se instala la autocrítica, fomentando el malestar y encadenando a las personas en su propia vulnerabilidad, eclosionando el diálogo interno crítico y consolidándolo como forma de

relación intrapersonal (esta parte será descrita con mayor precisión en el siguiente apartado).

Shahar (2015) define el yo auténtico de la siguiente manera:

“la autenticidad propia pertenece a un conjunto de talentos innatos (de base biológica) e inmutables, intereses y tendencias fisiológicas, cognitivas y emocionales que toman forma a través de las transacciones entre el individuo y su contexto interpersonal, social y cultural. La autenticidad del sí mismo se experimenta a través de la atención del momento presente y la acción dirigida a un objetivo de futuro. Una búsqueda activa del yo auténtico conduce a la afirmación ("Esto es lo que soy"), la curiosidad ("Esto me importa, me gustaría ponerme en contacto con esto / resolverlo / hacer más de esto"), y entusiasmo ("Tengo energía para hacer esto"; "Esto me hace sentir vivo"), pero no necesariamente tranquilidad o felicidad” (pp. 61 - 62).

Si desglosamos los elementos de esta definición encontramos lo siguiente: los talentos, intereses e inclinaciones fisiológico-cognitivo-emocionales refieren a las diferencias individuales en aspectos como los umbrales de dolor, lo referido a los ciclos circadianos... También a los distintos estilos cognitivos y estilos emocionales (umbrales de afecto negativo y positivo, expresividad y complejidad emocional...). Estos talentos, intereses e inclinaciones adquieren forma a través del desarrollo de la persona en su contexto, en el intercambio con este. Así, desde talentos, intereses e inclinaciones similares se puede llegar a expresiones diferentes debido a las diversas presiones y desafíos que presente el contexto, así como por la manera de interactuar distintiva de cada niño con los cuidadores y los demás.

En relación a esto, Buss (1987, en Shahar 2015) ya había señalado que las personas no están expuestas al azar a todas las situaciones posibles, sino que los individuos las buscan y evitan selectivamente. Además, la interacción que las personas producen en el medio, producen respuestas diferentes en su entorno social. A este fenómeno descrito, Buss lo denominó interacción estadística.

En cuanto a lo que refiere esta definición del momento presente, Shahar (2015) esclarece que es en el presente donde podemos poner de manifiesto y propulsar la actualización de nuestro potencial, siempre dirigido al siguiente elemento de la definición, un objetivo en el futuro.

Shahar (2015) refiere que el futuro está en el aquí y ahora en la medida que el futuro es el nexo de la actividad mental. Es decir, las personas se encuentran en cambio constante dirigiéndose a metas, planes y proyectos a los que se quiere llegar en un futuro a corto y largo plazo. Así, la persona desde el pasado (lugar en el que se encuentra las “*materias primas*” que ejercen un profundo impacto en la manera en la que realizamos a nuestro yo auténtico) tiene la intención de crear un futuro que aún no ha llegado. Shahar (2015, p. 66) utiliza la etiqueta de *proyectualidad* para definir el proceso de convertirse en lo que la persona pueda, siempre que no surjan *eventualidades*, que refieren a los factores estresantes (agudos o crónicos) que nos impiden la realización de nuestro “verdadero yo”.

La parte final de la definición de yo auténtico señala que la búsqueda de éste conduce a la afirmación, a la curiosidad y al entusiasmo pero no tiene por qué implicar tranquilidad o felicidad, sino que en consonancia con Rogers (1966) y Maslow (1968, en Shahar 2015), Shahar (2015) indica que la búsqueda del yo verdadero es en sí un refuerzo para uno mismo.

Pero, ¿qué dificultades nos encontramos a la hora de llegar a conocer nuestro yo verdadero? Aunque Rogers (1966) señala que lo necesario para conocer la valoración organísmica de uno mismo es una actitud empática y de aceptación incondicional por parte de los padres, en realidad la tarea de conocerse es más compleja y realizamos/encontramos fallos en el camino.

Por un lado, encontramos la dificultad de la naturaleza polifacética del yo, es decir, la presencia de múltiples yoes. Además, a lo largo de la vida se presentan distintas eventualidades que, sean del carácter que sean, cuando estamos inmersos en situaciones de estrés, la carga mental que supone no da lugar a poder reflexionar sobre los intentos de actualización del yo.

Finalmente, otra dificultad que surge en el proceso de conocerse tiene que ver con el otro y el reflejo que los demás nos devuelven. En este esfuerzo del autor por señalar la importancia de la Autenticidad y el AutoConocimiento (Authenticity and Self-Knowledge, ASK; Shahar, 2015), recoge la idea ya existente de que, dada nuestra naturaleza interpersonal, es inevitable que aprendamos quiénes somos a través de la visión que los demás tienen de nosotros.

Así, apoyándose en el pensamiento de Winnicott (1971, citado en Shahar, 2015) sobre el reflejo (mirroring), señala el fracaso en el conocimiento del verdadero yo cuando el bebé percibe una brecha entre la expresión de la madre y su experiencia real, experiencia que codifica como un choque (impingement). Sin embargo, cuando una madre es “suficientemente buena” y logra verlo tal y como es, en lugar de proyectar su estado de ánimo, su estrés y/o las esperanzas sobre su hijo, el bebé se puede ver a sí mismo e ir conociendo su verdadero yo.

Sin embargo, a pesar de lo costoso del autoconocimiento, trabajar y llegar a poseer una mayor claridad del autoconcepto (Self-Concept Clarity, SCC; Campbell, 1990, citados en Shahar, 2015), se asocia negativamente con la depresión, el neuroticismo y la rumia mientras que se relaciona de forma positiva con la autoestima. Sin embargo, las personas tienden a buscar evidencia que verifique su autoconcepto, por ello las personas con elevada autocrítica podrían sintonizar con mayor facilidad con las expresiones faciales que muestran enfado como forma de confirmar su autopercepción como alguien defectuoso. En relación a esto, varias investigaciones sobre reconocimiento facial han encontrado que la autoeficacia generalizada se asocia con la percepción y recuerdo de expresiones felices, mientras que en la autocrítica se empieza a observar una mayor precisión en el reconocimiento de la expresión facial de enfado en adultos (Tanzer, Shahar, y Avidan, 2013; Tanzer, Shahar, y Avidan, en preparación, citados en Shahar, 2015).

Llegados a este punto podemos preguntarnos por el nexo de unión de la Autenticidad (A) y el AutoConocimiento (SK) con la autocrítica. Estos dos conceptos, A y SK, están unidos en una relación cuya intersección reflejaría el momento en el que actúo acorde con mi naturaleza y sabiendo que lo hago. La consecuencia de estar en este

punto es que estoy en un estado de autoafirmación y de dejarme ser. Cuanto más sé sobre mí, más puedo priorizar, demorar gratificaciones y diseñar planes futuros. Shahar (2015) denomina Modelo Particularizado de Adaptación (PMA) cuando autenticidad y conocimiento se superponen.

Es precisamente en este caso, PMA, cuando la autocrítica interviene, abriendo una falla entre la autenticidad y el autoconocimiento preciso. La autocrítica, entendida como una parte del yo que le manda mensajes de insuficiencia, inadecuación y desprecio a otra parte, hace que sus mensajes sean vividos como verdades absolutas. Sin embargo, estos mensajes son arbitrarios y generalizados, pero con el poder de impregnar toda nuestra identidad verdadera (Shahar, 2015). La realidad es que somos de una naturaleza compleja y multifacética pero la generalidad y contundencia del mensaje negativo no da lugar a poder plantearse que si soy malo en algo, no tengo por qué serlo en todo. En otras palabras, expresábamos antes: si tengo un factor de riesgo, también puedo tener de protección en otros aspectos. En este aspecto si soy malo o insuficiente en algo puedo ser bueno o suficientemente bueno en algo.

Esta forma de actuar de la crítica también conlleva lo siguiente: la autocrítica genera afecto negativo que centra y dirige la atención hacia dentro de uno mismo (por ejemplo, Barnett y Gotlib, 1988, en Shahar 2015). Debido a esto obtenemos como resultado la obligación de centrarnos en el sentimiento de ser malos, consolidando con esta postura la distorsión del autoconocimiento, que como se describía en la parte referida a la vulnerabilidad, potencia la crítica.

Además, esto trae un nuevo problema, un nuevo círculo vicioso. Debido a la seguridad que ofrece la autoclaridad, cuando soy autocrítico sé quién soy, aunque sea defectuoso. Si rechazo mi crítica, se retorna a una confusión insoportable. De esta manera, la crítica se vuelve, en algún sentido, adictiva.

La autocrítica también nos perjudica en nuestro autoconocimiento al capar la posibilidad de experimentar (Shahar, 2015). Es decir, la persona autocrítica se centra en defenderse y sostener los ataques de la crítica, reduciendo la propia energía. De esta forma, las personas perdemos los recursos que nos indican en qué somos buenos (talentos), lo que nos importa (intereses) y cómo se regulan (sus inclinaciones).

Unido todo esto, Shahar señala que la crítica se va conformando en una brújula mal calibrada. Recogiendo la noción de selección ambiental de Buss (1987, en Shahar, 2015), Shahar dice lo siguiente:

“la autocrítica nos guía a entornos evaluativos y competitivos para demostrarnos que no somos tan malos/deficientes como nos valoramos. Cuando nos lleva a este estado nos lleva a enfocarnos en la evaluación y la competencia más que en la autenticidad. Incluso cuando el entorno social putativo posee características que son altamente compatibles con nuestro ser auténtico, nuestra voz crítica nos engaña al rechazarlas y prestar atención exclusiva a las actitudes de juicio severas. Por lo tanto, genera una brecha entre la autenticidad y el autoconocimiento...también crea una brecha entre A y SK al elegir el tipo incorrecto de información de los demás sobre quiénes somos” (Shahar, 2015, p. 80).

1.5.2. El Modelo del Eje de la Crítica (ACRIM)

Aunque a lo largo de los apartados anteriores se ha podido vislumbrar como se entrelazan los elementos que Shahar emplea para elaborar su modelo, así como la importancia y formación de los círculos viciosos, en este apartado se integran incorporándose a la teoría ecológica de Bonfenbrenner, obteniendo como resultado un modelo explicativo sobre el desarrollo y mantenimiento de la crítica.

En torno a la génesis de la autocrítica, Shahar (2015) señala el principio de equifinalidad que viene a explicar que dados muchos medios potenciales diferentes se puede llegar a un mismo estado final.

Todas estas interacciones cíclicas que se han descrito en torno a la autocrítica, Shahar (2015; Shahar y Henrich, 2013) las recoge bajo el nombre de Modelo del Eje de la Crítica (ACRIM). Este modelo hace énfasis en la ecología social, motivo por el cual vamos a escribir un pequeño resumen de la teoría de Urie Bonfenbrenner. Basado en esta teoría, Shahar (2015) enfatiza que la red de relaciones sociales, cambiantes en el tiempo, son precursoras de los graves efectos de la autocrítica patológica y además, atrapan a las personas (especialmente niños y adolescentes) en su propia vulnerabilidad.

Estas relaciones pueden afectar a la brecha entre la autenticidad (A) y el autoconocimiento (SK).

Según la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1977, 1979, 1994, citado en Shahar, 2015) la persona (el niño) se desarrolla dentro de cinco sistemas socioambientales, siendo sistemas que están uno dentro del otro. Así, el microsistema se refiere a grupos e instituciones que impactan directamente dentro del niño, personificado por la familia e incluyendo a sus pares, vecinos, escuelas e instituciones religiosas. El mesosistema es el nexo existente entre varios de estos microsistemas. El exosistema impacta al niño desde fuera: por ejemplo, el estrés que el padre pueda sufrir dentro del trabajo. El macrosistema son las normas, expectativas, actitudes de la cultura de la sociedad en la que el niño se está criando. Finalmente, el cronosistema se relaciona con el cambio y las transformaciones que experimentan los individuos a lo largo de la vida, incluidos los acontecimientos históricos.

Así, dentro del microsistema, se incluyen las propensiones genéticas (Longe et al., 2006). Además, la autocrítica patológica nace de la necesidad de autoconocimiento mezclada con la crítica paterna o materna. La importancia de la crítica paterna se ha demostrado en diversos estudios como precursora de la autocrítica (Amitay, Mongrain y Faza, 2008; Koestner, Zuroff, y Powers, 1991; Lassri y Shahar, 2012), incluidos estudios neuropsicológicos (Hooley, Gruber, Scott, Hiller, y Yurgelun-Tood, 2005; Hooley et al., 2009). En relación a la crítica paterna, Shahar (2015) explica que los niños que están expuestos a críticas parentales muy tóxicas se pueden volver autocríticos, por poco centrados en el autoconocimiento que estén.

Sin embargo, también existe la posibilidad de que los niños desarrollen la autocrítica, aunque los padres no sean especialmente críticos o presenten una marcada desaprobación parental. Esto es el caso de niños que están muy orientados hacia su interior y son especialmente sensibles a formas leves de instrucción porque pueden percibirlos como una crítica.

Debido a esto, Shahar (2015) especula que niños con la atención puesta hacia su interior, con fuerte anhelo de autoconocimiento, quizá unido al neuroticismo, pueden desarrollar una postura autocrítica. Si en medio de esto, surge estrés dentro de la

familia, esta tendencia personal se puede ver agravada, iniciándose la siguiente cascada o círculo vicioso: el estrés activa el afecto negativo que acapara y bloquea la atención de los niños y adolescentes, por su parte, los padres saturados por el estrés, se ven superados en la supervisión y establecimiento de límites y estándares. De esta manera, los padres no pueden manejar el conflicto emocional de sus hijos y contribuye a que la experiencia del niño sea crítica, volviéndose autocrítico.

Por tanto, en las relaciones padres-hijo basadas en la crítica sucede que los niños autocríticos evocan la crítica parental, sean críticos inicialmente los padres o no, incrementando la propia voz crítica. En toda su dureza, parece ser que es la propia necesidad de expresarse, es decir, la búsqueda de autoconocimiento y la expresión de la autenticidad lo que favorece este tipo de relación. Cuando la expresión de autenticidad es percibida como una amenaza, cada manifestación que se haga es probable que conduzca al fracaso.

Así, aunque la propia expresión de autenticidad en los niños autocríticos sea censurada, esta busca expresarse (Rogers, 1966). Sin embargo, en los niños autocríticos, las expresiones son, en palabras de Shahar (2015), inevitablemente ineptas, extraviadas y no coordinadas, evocando más crítica de los padres, sobre todo, si estos están más sobrecargados por preocupaciones como factores económicos, de salud, etc.

En los casos menos graves, es probable que los niños y adolescentes continúen expresando su autenticidad. Sin embargo, como es predecible en los círculos viciosos, generará invariablemente respuestas invalidantes también en otros miembros de la familia, puesto que estos intentos de expresión llevan la carga de las relaciones pasadas con los padres y la crítica termina por involucrar a otros miembros. La única forma de salir de este círculo vicioso sería encontrar a alguien que reconozca y afirme su autenticidad.

Conforme vamos creciendo, las amistades toman un papel importante para el desarrollo de la persona. Los iguales pueden compensar las fallas de las relaciones padres-hijo. Sin embargo, las relaciones de los niños autocríticos es probable que activen estos círculos viciosos, conformándose como relaciones autocríticas. Por esto, con bastante seguridad, las expresiones de autenticidad vuelvan a ser ineptas y confusas

(Fichman, Koestner, y Zuroff, 1994; Leadbeater, Kuperminc, Blatt, y Herzog, 1999; Shahar y Priel, 2003; Yu y Gamble, 2009, citado en Shahar, 2015).

Así, los padres que emplean la adaptación con iguales como un termómetro de normalidad, podrían ver las dificultades como evidencia de los fracasos de sus hijos, incrementando la crítica y haciendo más consistente la autocrítica (Shahar, 2015).

Si bien en momento de estrés los maestros podrían compensar la falta de apoyo en otros ámbitos, es probable que el niño se relacione con el profesorado igual que lo hace en otras relaciones (Shahar, 2015). Esto hace que los círculos viciosos coman terreno, alarmando nuevamente a los padres por el fracaso en la escuela, produciéndose una nueva vuelta a empezar respecto a la crítica.

En conclusión, respecto al nivel de microsistema y el mesosistema: la crítica se acumula a lo largo del tiempo a través de intercambios sociales. Así, el niño permanece atrapado dentro de un sistema social caracterizado por la confrontación, el rechazo, la carencia de relaciones sociales de apoyo y, por supuesto la crítica (Shahar, 2015).

Rescatando el estrés como un factor importante dentro del eje de la autocrítica (ACRIM), encontramos que los eventos estresantes activan la crítica de los otros significativos. Además, la crítica de por sí ya es un evento estresante (Shahar, 2015), por lo que es probable que active la vulnerabilidad psicológica a todas las formas de sintomatología y comportamiento problemático con las que la autocrítica se relaciona (Capítulo 2).

Adelantábamos unos párrafos anteriores que el estrés, por ejemplo, en el trabajo, afecta a la capacidad de los padres de sintonizar con la autenticidad de los hijos. Además, los padres menos funcionales pueden descargar sus frustraciones en los hijos. También se encuentra que los niños más sensibles pueden percibir la angustia como un sinónimo de desaprobación. Esta es la forma en la que afecta el exosistema sobre el desarrollo de los niños y adolescentes y los círculos viciosos de autocrítica (Shahar, 2015).

Respecto a la influencia del macrosistema, este ejerce su acción de manera directa pero también a través de los microsistemas (Shahar, 2015). La diversidad

cultural se refleja en los medios que están de forma prominente en la vida de los niños y adolescentes. Estos reflejan la mayor o menor importancia que se atribuye a la autenticidad, al logro y a la autoevaluación, calando en los niños y su aprendizaje. Debido a la presencia de los medios el cambio social es más rápido, con ello también es más rápido y amplio su alcance y, por ello, más profunda su influencia en el comportamiento (Giddens, 1991, citado en Shahar, 2015).

Igualmente, Strenger (2011, citado en Shahar, 2015) señala que la globalización empuja a aumentar las expectativas para ser el mejor, el más brillante, el más útil... engrosando el miedo a no conseguirlo.

Aunque esto deja de lado las diferencias individuales entre las personas, bien es cierto que las personas autocríticas reflejan fielmente la cultura transmitida por este modelo de sociedad (Blatt, 1995). ¿Por qué? Buscando reducir el malestar y aliviar los sentimientos de vergüenza e inadecuación, las personas (autocríticas) se entregan a la búsqueda de éxito que se vuelve insatisfactorio, haciendo más hondos estos sentimientos.

Sin embargo, el Modelo de Eje de la AutoCrítica (ACRIM) también funciona en sociedades colectivistas (Shahar, 2015). Como el yo se activa en función de relaciones (Markus y Kitayama, 1991, en Shahar 2015), la activación de la autocrítica se puede extender a la percepción que tiene la gente de los demás como crítica hacia uno mismo, aumentando la autocrítica. La investigación intercultural sobre el modelo está en curso (por ejemplo, Abu-Kaf, Henrich, y Shahar, en preparación, en Shahar, 2015).

Finalmente, nos podemos preguntar cómo afecta el cronosistema. La forma en que las personas se adaptan a los distintos contextos en los que nos encontramos a lo largo de la vida depende de los propios esquemas cognitivo-afectivos del sí mismo, de los demás y las relaciones establecidas en las dos primeras décadas de la vida.

Estos contextos frecuentemente serán la universidad, la vida laboral, quizá una vida sentimental y parental. En estos contextos, la autocrítica interactúa con el medio dando lugar a situaciones y contextos que facilitan la activación de ciclos de autocrítica que redundan en el malestar y las experiencias de fracaso.

1.5.3. Una síntesis del modelo

Shahar expone lo siguiente (Shahar, 2015): la autenticidad, el autoconocimiento y el Modelo del Eje de la Autocrítica explican como la autocrítica instaurada, a través de las primeras relaciones, en el conocimiento de uno sobre sí mismo abre una brecha entre la autenticidad en evolución y el autoconocimiento preciso. El impacto negativo de la autocrítica sobre el autoconocimiento lleva a que los intentos de conocerse sean de forma insegura, torpe y desincronizada, ampliando la brecha. Esto a su vez provoca las voces críticas de los otros que también incrementan esta brecha. Cuanto mayor sea la distancia entre autenticidad y autoconocimiento, más fácil será la susceptibilidad a la crítica, incluso en comentarios benignos, autoseleccionando respuestas evaluativas.

Este movimiento de selección se lleva a cabo en un esfuerzo por alinear la tendencia principal de su personalidad (la crítica propia) con valores y normas ambientales, a la vez que explora el verdadero yo, buscando que se desarrolle y sea validado por los otros. Sin embargo, esto solo expone a más situaciones de fracaso, competencia y de dura evaluación.

En última instancia, los círculos viciosos (basados en la crítica) se suceden a lo largo de la vida, volviéndose continuos, repetitivos y reiterados, revirtiendo con toda seguridad en la aparición de una mayor proporción de psicopatología.

2. Instrumentos de medida de la autocrítica

En este apartado presentamos los instrumentos de medida de la autocrítica que hemos encontrado en más investigaciones durante nuestra revisión bibliográfica. Además de las expuestas a continuación, Shahar (2015) nombra dos instrumentos más, uno de ellos es un instrumento computarizado que forma parte del proyecto de tesis de Michael Pinus, que está mostrando resultados prometedores, pero aún no está publicado (Shahar, comunicación personal, 27 de septiembre, 2018).

El segundo instrumento es el resultado de la revisión del Test de Relaciones Objetuales, y recibe el nombre de Self-Criticism subscale of the Objects Relations Inventory (ORI; Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer, y Wein, 1988, citado en Shahar, 2015). Está diseñado para evaluar las representaciones internas de las personas a través

del análisis de las descripciones del sí mismo y de las de los otros significativos, concretamente las de las figuras parentales. Se desconoce la asociación con otras medidas de autocrítica.

2.1. DEQ: Cuestionario de Experiencias de Depresión (Depressive Experiences Questionnaire)

Blatt et al. (1976) diseña un estudio con el objetivo de encontrar la forma de evaluar una serie de experiencias variadas y amplias que han sido descritas en relación a la depresión (Blatt et al., 1976). Este estudio se desarrolla dentro del contexto de investigación sobre la depresión como un estado afectivo normal (no necesariamente psicopatológico), que puede tener continuidad con las diversas manifestaciones de depresión clínica.

El estudio de creación de la escala (Depressive Experiences Questionnaire, DEQ; Blatt et al., 1976) también persigue el objetivo de probar si dichas experiencias también se dan en participantes no clínicos, agrupadas de la misma forma que en las observaciones clínicas.

El fundamento teórico del cuestionario se basa en las observaciones que él realiza en los pacientes depresivos. Blatt (1974) plantea que la interrupción en cualquiera de las dos líneas de desarrollo psicoevolutivo puede desembocar en dos formas de depresión: (a) anaclítica, definida por sentimientos de impotencia y debilidad que derivan de la insatisfacción de sus deseos de ser cuidado y amado, sobresaliendo un temor a ser abandonado, y (b) autocrítica, caracterizada no solo por ser más avanzada en el desarrollo, sino que se caracteriza por sentimientos intensos de inferioridad, culpa e inutilidad, unido a la sensación de que no ha estado a la altura de las expectativas y los estándares (Blatt et al., 1976).

Los autores revisaron 150 afirmaciones que no son síntomas directos de la depresión, pero de manera frecuente están asociados a ella en las verbalizaciones de los pacientes. Después de la revisión, se obtuvieron 66 ítems cuyos contenidos giraban en torno a temas como la dependencia, la impotencia, el miedo a la pérdida, la culpa, las dificultades para el manejo de la ira, la pérdida de autonomía, un sentido distorsionado

y despreciado de sí mismo, de la familia y de los demás. Las respuestas se dan en una escala de 7 puntos que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se administró a 500 mujeres y 160 hombres, estudiantes de universidad (Blatt et al., 1976).

El análisis de los resultados revela que el cuestionario está conformado por tres factores principales.

El primer factor recoge los ítems que están enfocados a factores externos, como son las relaciones interpersonales y la preocupación por el abandono, los sentimientos de soledad e indefensión, la necesidad de proximidad y dependencia de los otros y también, el miedo a ofender a los demás y miedo a controlar el enojo y la agresión por perder a los demás. El factor 1 recibió el nombre de Dependencia y está íntimamente relacionado con la depresión anaclítica.

El factor 2 está compuesto por ítems que reflejan un aspecto más avanzado en el desarrollo, es decir, están más enfocados de forma interna. Reflejan preocupaciones sobre sentirse culpable y autocrítico, mostrando ambivalencia sobre sí mismo y los demás. También recoge los sentimientos de vacío, falta de esperanza, inseguridad e insatisfacción, así como la sensación de cumplir con las expectativas y los estándares. Además, señala el sentimiento de incapacidad sobre sus recursos para asumir responsabilidades y el miedo al cambio. Este factor fue etiquetado como Autocrítica y su descripción apunta claramente a su relación con la depresión introyectiva.

El último factor, etiquetado como Eficacia, incluye ítems referidos al sentimiento de confianza sobre sí mismo en cuanto a sus recursos y capacidades. Este factor es sobre el que menos información se ha aportado, estando centrada la investigación en torno a los dos primeros.

Respecto a las relaciones con otras pruebas de depresión, cabe señalar que mientras el factor de Autocrítica ha mostrado una correlación estrecha, en el caso del factor Dependencia esta correlación ha sido significativamente más baja. Los autores concluyen que el factor dependencia parece evaluar una dimensión de la depresión que, en otras medidas de depresión, no se suele enfatizar (Blatt et al., 1976).

En este sentido, los autores encuentran más diferencias entre los dos factores. El factor de Dependencia parece estar menos diferenciado que el de Autocrítica, relacionándolo teóricamente con que el hecho de que la dependencia ocurre en una fase de desarrollo más temprana y menos diferenciada (Blatt et al., 1976).

Además, se aprecia que la Autocrítica está más asociada a ítems psicológicos (cognitivos) de otras escalas. Por el contrario, el factor Dependencia está más relacionado con preocupaciones somático-vegetativas y las expresiones no cognitivas de la depresión (Blatt et al., 1976). No obstante, es importante destacar que la existencia de estos dos factores diferenciados, no implica que sean factores mutuamente excluyentes, de hecho la combinación puede que sea prevalente en muestras.

Esta escala ha sido fuente de investigación (por ejemplo, Viglione Jr, Clemmey, y Camenzuli., 1990; Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers, y Franko, 1983). En una investigación posterior, Rudich, Lerman, Gurevich, Weksler, y Shahar (2008) elaboran una escala breve, en la cual aparece una versión de 6 ítems del factor de Autocrítica del DEQ, que llaman DEQ-SC6.

Para su creación, Rudich et al. (2008) eligieron 6 ítems en base a dos criterios: una buena validez aparente (que el contenido refleje de forma clara e inconfundible la autocrítica como rasgo: tendencia a establecer altos niveles de autoestima y adoptar una actitud punitiva hacia el yo) y que estuviesen libres de adjetivos sobre el estado de ánimo.

Bajo estas condiciones, los ítems de la escala original elegidos fueron el 7 (“Usualmente me ocurre que no cumplo mis propias metas o ideales”), 13 (“Hay una diferencia considerable entre lo que ahora soy y como me gustaría ser”), 17 (“Tiendo a no estar satisfecho/a con lo que tengo”), 57 (“Raramente pienso en mi familia”), 64 (“Tiendo a criticarme mucho”) y 66 (“Muy frecuentemente me comparo con metas propuestas) (ver Rudich et al., 2008).

Para la validación de la escala se llevaron a cabo 6 estudios (Rudich et al., 2008) que demostraron que la consistencia interna es adecuada ($\alpha=.73$). Además, la

correlación con el factor autocrítica de la escala inicial ($r=.80$) y con constructos que miden constructos como la angustia emocional y depresión.

Shahar (2015) señala que para evaluar la autocrítica y para realizar el seguimiento del paciente durante el tratamiento y después del mismo, la mejor forma es el empleo del cuestionario DEQ y de forma más precisa, el DEQ-SC6. Sin embargo, nosotros encontramos que si pretendemos ahondar en la distinción de las posibles distintas formas de autocrítica este cuestionario podría no ser suficiente, al contemplar la autocrítica como un proceso unitario. Por ello, encontramos igualmente útil las escalas FSCRS (Gilbert, Clarke et al., 2004) y LOSC (Thompson y Zuroff, 2004) para realizar la evaluación de la autocrítica (estas escalas son explicadas a continuación).

2.2. LOSC: Escala Niveles de AutoCrítica (Levels Of Self-Criticism).

También dentro de la conceptualización psicoanalítica de Blatt (1974), se ha desarrollado la escala Niveles de AutoCrítica (Levels Of Self-Criticism, LOSC; Thompson y Zuroff, 2004) para evaluar distintos niveles de autocrítica. En el cuestionario DEQ (Blatt et al., 1976) se evalúa la autocrítica, pero Thompson y Zuroff (2004) refieren que la conceptualización de los dos factores (Dependencia y AutoCrítica) es muy genérica. Hasta ese momento, solo se había intentado tratar de diferenciar formas de Dependencia en un estudio anterior (Rude y Burnham, 1995, en Thompson y Zuroff, 2004). Además, destacamos que hasta el año 2004, con la creación del LOSC (Thompson y Zuroff, 2004) y del FSCRS (Gilbert, Clarke et al., 2004), las escalas que se habían creado solo medían la intensidad de los síntomas, pero no distintas formas o niveles.

De esta forma, en función de la caracterización que Blatt y Bass (1992) proponen de la personalidad introyectiva, Thompson y Zuroff (2004) elaboran una definición de dos niveles de autocrítica. Atienden a los componentes de la vía introyectiva, es decir, la internalización de estándares, la autorregulación afectiva, la búsqueda de un sentido del yo integrado y coherente, además de un sentimiento de competencia personal con prueba de realidad y creciente.

Pero en el desarrollo madurativo de la vía introyectiva parece haber un continuo en la autocrítica: en un extremo, surge una forma de autocrítica que tiene más relación con una serie de normas que han sido externalizadas, matizan los autores, como una presencia de un otro dominante. En el extremo contrario, surge una forma de autocrítica autogenerada, con el matiz de una sensación de carácter crónico en la que la persona no alcanza o está por debajo de sus propios ideales, realizando continuos esfuerzos por lograr objetivos, con frecuencia, excesivamente amplios (Thompson y Zuroff, 2004).

Continúan su caracterización de la autocrítica, indicando que está ligada a ella una sensación de incompetencia en relación a las metas y estándares que existen de manera externa a la propia persona. Junto a esta sensación de incompetencia se da una sensación de hostilidad y crítica por parte de los demás. También se dan sentimientos de inferioridad y de no llegar en relación a los demás, así como inferioridad en cuanto a la percepción de la propia capacidad de poseer estrategias de afrontamiento de los problemas que surgen en la vida (Thompson y Zuroff, 2004).

Desde el lado de los estándares internalizados, surge una forma autogenerada de criticarse por no alcanzar los ideales propios, así como intentos reiterados de alcanzar metas que resultan difícilmente alcanzables (Thompson y Zuroff, 2004).

Así, en base a todo este conocimiento definen las dos formas de autocrítica, la comparativa y la internalizada. La primera forma de autocrítica, denominada Autocrítica Comparativa (Comparative Self-Criticism, CSC; Thompson y Zuroff, 2004), está definida en base a una visión negativa de sí mismo en comparación con los otros, los cuales son vistos de forma superior, hostil o cruel. De manera consecuente, hay una sensación de malestar por la posibilidad de ser evaluado por los otros. Los sentimientos que emergen son de inferioridad y autodenigración al salir perdiendo en la comparación.

La segunda forma de autocrítica, que ha sido denominada Autocrítica Internalizada (Internalized Self-Criticism, ISC), refiere a una visión negativa de uno mismo, en comparación con los estándares autogenerados. Estos estándares tienden a ser altos y son elevados cada vez que se acercan o alcanzan, de ahí brota una sensación de fracaso continua. La clave de la diferencia con CSC es que la comparación no se da con el otro, sino en la propia percepción de deficiencia (Thompson y Zuroff, 2004).

Thompson y Zuroff (2004) ponen en relación los dos niveles de autocrítica que ellos desarrollan con las tres formas de perfeccionismo que previamente Hewitt y Flett (1991) habían definido. Observan que la Autocrítica Comparativa refleja matices del concepto de perfeccionismo prescrito socialmente que implica que la persona deposita en la visión de los demás una exigencia hacia el sí mismo irracional. Mientras la Autocrítica Internalizada se puede relacionar con el perfeccionismo autoorientado que conlleva una fuerte motivación por ser perfecto, en el sentido de luchar por estándares autoimpuestos que pueden ser poco realistas y enfocados a los defectos.

Respecto al establecimiento de estándares personales hacia los que dirigirse, se puede decir que esto no es un problema per se. Esto se torna problemático en realidad cuando los estándares se arraigan en la crítica (Thompson y Zuroff, 2004). De hecho, un enfoque positivo hacia el establecimiento de estándares se puede relacionar con aspectos como la autoestima, el esfuerzo de logro y la eficacia (Thompson y Zuroff, 2004).

Además, el cambio continuo de estos estándares se relaciona con la dificultad para experimentar el éxito. En realidad, el problema se encuentra en dos aspectos: la definición poco realista del éxito y la respuesta que se da cuando se alcanza dicho éxito (Thompson y Zuroff, 2004). La autopunibilidad asociada a la falta de sensación de éxito puede conllevar una respuesta profunda de fracaso que no facilita la elaboración de un plan de ruta para actuar en el futuro, germinando un sentimiento de inutilidad que es sensible a cualquier situación y sensación confirmatoria de que efectivamente la persona es inútil (Thompson y Zuroff, 2004).

En cuanto al proceso de construcción de la escala, los autores (Thompson y Zuroff, 2004) contaron con una muestra de 282 estudiantes. Obtuvieron un total de 22 ítems, 12 para el factor CSC y 10 para ISC. Ambos factores obtuvieron una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.81$ para CSC y $\alpha=0.87$ para ISC). Se analizaron las diferencias de género, obteniendo que las mujeres adolecen de sentimientos de autocrítica internalizada más elevados que los hombres.

Los autores (Thompson y Zuroff, 2004) llevan a cabo un segundo estudio, en el que la consistencia interna alcanza puntuaciones similares (0.92 para CSC y 0.93 para ISC). Además, no se aprecian diferencias de género.

En ese segundo estudio estudiaron la validez convergente mediante la relación de las puntuaciones con autoestima, autocrítica, perfeccionismo y estrés psicológico. El estudio de la validez discriminante se dirigió a través del análisis de las diferentes relaciones que se dan entre ISC y CSC con los Cinco Grandes constructos de personalidad (Thompson y Zuroff, 2004).

Los resultados demuestran la relación de los dos factores con el estrés psicológico pero la relación de ISC con el estrés psicológico es explicable a través de la variación en las puntuaciones de neuroticismo. También se encuentra relación significativa con autoestima y con las variables de autocrítica y dependencia del DEQ. Sin embargo, la relación de ISC con dependencia también parece explicada por su asociación con el neuroticismo.

En relación a las variables de perfeccionismo (Autoorientado, Orientado a otros y Socialmente prescrito), es más estrecha con ISC que CSC, desapareciendo la relación del factor CSC con ellas si se controla ISC.

Respecto a la relación con los Cinco Grandes, destaca la relación positiva de CSC con Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad. La baja correlación entre CSC y Amabilidad refleja hostilidad interpersonal y la baja Extraversión probablemente indica la renuencia a exponerse al escrutinio de los demás. También se obtiene que ISC no se relaciona con ninguna escala más que con el Neuroticismo y, al controlar dicha relación, sí aparece una relación positiva con Responsabilidad.

Thompson y Zuroff (2004) también analizaron la relación de los dos factores con apego y estilos de afrontamiento. Obtuvieron una relación fuerte entre Autocrítica Comparativa y un estilo de apego preocupado y temeroso-evitativo y una correlación negativa con el apego seguro. Los resultados de ISC van en la misma línea pero la asociación es más débil y atribuible al Neuroticismo.

En cuanto a las estrategias de resolución de conflictos (medidas por The Conflict Styles Inventory; CSI: Levinger y Pietromonaco, 1989, citado en Thompson y Zuroff, 2004), se objetiva que los dos factores se relacionan con estrategias evitativas y acomodaticias. Además, CSC refleja un estilo de comunicación más hostil.

2.3. DAS: Escala de Actitudes Disfuncionales (Dysfunctional Attitudes Scale)

Tal y como hemos descrito anteriormente, el modelo cognitivo de Beck (1979, 1983, 1996) no es un modelo sobre la autocrítica. Sin embargo, su visión de la triada cognitiva de la depresión implica una visión negativa **del yo**, del mundo y del futuro. Esta mirada negativa hacia uno mismo supone un autojuicio negativo del propio sujeto, que es preciso valorar durante el proceso de evaluación del paciente.

Dentro de este marco, que prepondera la importancia de la cognición, así como la influencia de esta misma en la emoción surgen distintas escalas para evaluar la información cognitiva como forma de entender la depresión. En 1978, Weissman y Beck desarrollaron la escala “Dysfunctional Attitudes Scale” (Escala de Actitudes Disfuncionales; Weissman y Beck, 1978) que permite identificar los supuestos comunes a las cogniciones que son características de la depresión (de acuerdo con la teoría de Beck, 1979).

Según Beck (1979), los pacientes deprimidos tienden a mantener ciertos esquemas cognitivos que predominan y conducen a distorsiones cognitivas. Estos esquemas contienen creencias que sostienen la forma que la persona tiene de construir el mundo y mediante las cuales se autoevalúa, pudiendo hacer extensible a los demás dicha evaluación (Weissman y Beck, 1978). De esta forma atribuye un papel central a la triada cognitiva que se caracteriza por una actitud negativa generalizada y comprende una forma de pensar distorsionada.

Es decir, las personas deprimidas de forma idiosincrásica distorsionan sus experiencias de forma automática e involuntaria, encontrándose estas distorsiones de la experiencia en consonancia con su sentido de realidad (Beck, 1966). Este pensamiento distorsionado se manifiesta en tendencias a exagerar o interpretar de forma inadecuada los acontecimientos; sobregeneralizar a otras situaciones lo que ha sucedido en un solo

incidente; realizar juicios extremos ante determinadas situaciones; ignorar características más salientes de una situación en pro de un detalle particular; hacer inferencias en ausencia de evidencia e incluso con evidencia en contra; y extraer significados personalmente relevantes de situaciones desagradables (Weissman y Beck, 1978).

Rastreando los temas comunes en diferentes cogniciones se pueden inferir estas creencias; por ejemplo, en distintas expresiones de sentimiento de fracaso ante expectativas no cumplidas se pueden encontrar demandas de perfección (Weissman y Beck, 1978).

Por tanto, el instrumento busca poder identificar los supuestos comunes subyacentes a esas cogniciones (Weissman y Beck, 1978). Para ello, escribieron diversos ítems que reflejaban las creencias idiosincrásicas que los pacientes deprimidos presentan de manera distorsionada. Tras cumplimentar la escala por 25 residentes de psiquiatría, resultó una escala de 100 ítems que se responden en una escala Likert de 7 puntos que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Se obtiene una puntuación total mediante la suma de todos los ítems: a mayor puntuación, más distorsionada es la forma de pensar.

Respecto a sus propiedades psicométricas (Weissman y Beck, 1978), el cuestionario alcanza una adecuada consistencia interna ($=.91$). También se halló su estabilidad test- re-test con una diferencia de 8 semanas que obtuvo un coeficiente de fiabilidad de $.71$. Encuentran una relación positiva entre el pensamiento distorsionado y el afecto negativo, obteniendo una correlación de $.75$ en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en la primera aplicación y de $.53$ en la segunda; al realizar posteriormente un análisis de panel cruzado, llegan a la conclusión de que los pensamientos negativos son más persistentes que el afecto negativo.

En este mismo artículo de Weissman y Beck (1978) realizan un segundo estudio con el objetivo de equilibrar la brevedad y la fiabilidad de la prueba. Para este fin aplican el cuestionario a 275 participantes y construyen dos formas paralelas de 40 ítems cada una (DAS-A y DAS-B). Posteriormente, aplican nuevamente las dos formas con una semana de diferencia a 70 estudiantes. Cada forma obtuvo una fiabilidad

adecuada (.86 - .87), concluyendo la idoneidad del empleo de las dos formas paralelas sobre la versión de 40 ítems.

Esta escala ha generado múltiples investigaciones (por ejemplo, Dobson y Breiter, 1983; Kuiper, Olinger, y Air, 1985, citados en Cane, Olinger, Gotlib, y Kuiper, 1986) obteniendo adecuadas propiedades psicométricas en lo que refiere a su consistencia interna, fiabilidad test re-test. Asimismo, presenta una adecuada validez de constructo como resultado de mayores puntuaciones en pacientes deprimidos que las personas no deprimidas (Gotlib, 1984, en Cane et al., 1986).

Respecto a su estructura factorial, también existen diversos estudios (Beck, Brown, Steer, y Weissman, 1991; Cane et al., 1986; Oliver y Baumgart, 1985). Con el interés de poder discernir entre distintas variables que puedan subyacer a la puntuación total de la escala y que estas expongan diferentes vulnerabilidades a la depresión, Cane et al. (1986) realizan un análisis factorial que desvela dos factores principales: Evaluación del Desempeño (Performance Evaluation) y Aprobación por parte de otros (Approval by Others). El primero de ellos, explica el 47% de la varianza y el segundo el 14%.

La escala de Evaluación del Desempeño es similar a la autocrítica (Shahar et al., 2015) y también es similar al factor Perfeccionismo que encontraron Oliver y Baumgart (1985) en el estudio de esta misma medida.

Beck, Brown, Steer y Weissman (1991) también realizan un estudio factorial de la escala, pero en su versión larga de 100 ítems. El resto de estudios sobre la composición factorial habían empleado la versión corta (DAS-A y DAS-B; Weissman y Beck, 1985). Los autores (Beck et al., 1991) encuentran un total de 9 factores que giran en torno a la vulnerabilidad, la necesidad de aprobación, el éxito-perfeccionismo, la necesidad de complacer a los demás, la presencia de imperativos, la necesidad de impresionar a los demás, la evitación de la debilidad, el control sobre las emociones y la desaprobación.

De todos estos factores, tres de ellos (vulnerabilidad, perfeccionismo y la evitación de la debilidad) se superponen con la Evaluación del Desempeño de Cane et al. (1986), que a su vez es el factor más relacionado con la autocrítica.

La revisión más reciente de la escala (de Graaf, Roelofs, y Huibers, 2009) señala mediante Análisis Factorial Confirmatorio que el modelo que mejor ajusta para el DAS-A es el que responde una solución de dos factores, Dependencia y Perfeccionismo/Evaluación del Desempeño. Aunque los autores emplean la escala original de 40 ítems señalan que es sólido emplear la versión que ellos obtienen de 17 ítems debido a diferentes motivos: (1) porque estos dos factores se han dado en otras poblaciones, (2) estos dos constructos son más interpretables y (3) otros factores obtenidos previamente no solo son más difíciles de interpretar, sino que podrían haber surgido por extracción excesiva explicable por deficiencias metodológicas. El α de Cronbach fue de .90 para el factor Perfeccionismo/Evaluación del Desempeño, de .81 para el factor Dependencia y para la puntuación total del DAS-A fue .91.

Parte de la relevancia de este cuestionario se encuentra en su objetivo de identificar creencias que podrían interactuar con un factor estresante, congruente con estas creencias, que puede facilitar la aparición de sintomatología. Esto está en la misma línea de los rasgos de Autonomía y Sociotropía que Beck describe como factores de vulnerabilidad y, por ello, también se han creado escalas de medición como se expone a continuación.

2.4. PSI: Inventario de Estilo Personal (Personal Style Inventory)

De la misma forma que Blatt (1974) propone dos vías de desarrollo evolutivo (anaclítica e introyectiva) que podían tener su forma desadaptativa (dependencia y autocrítica) en caso de que algún evento produjese una interrupción en su desarrollo, Beck (1983) propuso las dimensiones de personalidad Sociotropía y Autonomía, que tienen su correlato con las propuestas por Blatt (Blatt et al., 1976). Estas dimensiones de personalidad pueden suponer una vulnerabilidad a la depresión si tienen lugar factores estresantes congruentes con cada una de ellas (por ejemplo, Robins et al., 1994).

En este sentido, una persona con un rasgo de Sociotropía predominante, estará más preocupada por las relaciones sociales, mientras que una persona con un rasgo de Autonomía más marcado, muestra más preocupación por el logro autónomo y la autodefinición.

Aunque ya se han desarrollado otras medidas para medir Sociotropía y Autonomía, como la Escala de Sociotropía y Autonomía (Sociotropy and Autonomy Scale, SAS; Beck, Epstein, Harrison, y Emery, 1983), parece que en la creación del Inventario de Estilo Personal (PSI) intentan solventar algunas de sus debilidades. Concretamente parece que el factor Autonomía presenta deficiencias porque en contra de lo esperable no está relacionado con el nivel de depresión (por ejemplo, Gilbert y Reynolds, 1990; Robins y Block, 1988, citados en Robins et al., 1994). Robins et al. (1994) señalan que quizá esto se pueda explicar porque los tres subfactores que componen el factor Autonomía no se unen bien, ofreciendo también relaciones complejas con otros factores. Por ejemplo, el subfactor Logro Autónomo se correlaciona negativamente con la Sociotropía y por el contrario el subfactor Movilidad/Libertad para el Control se relaciona de manera positiva con Sociotropía. Además, algunos aspectos del factor Autonomía parece que abordan preocupaciones sobre el perfeccionismo o la autocrítica que podrían estar representando un tipo de esfuerzo saludable y por ello, no representaría un tipo de vulnerabilidad psicopatológica (Robins et al., 1994). Además, se aprecia que la redacción de los ítems en la escala SAS no es pura, es decir, muchos ítems recogen aspectos de ambos constructos y por ello correlacionan (Robins et al., 1994).

Los autores del PSI condujeron cinco estudios para elaborar la escala (Robins et al., 1994). En primer lugar, tras la revisión bibliográfica de estos dos constructos y otros afines como los de Blatt, elaboraron ítems con el objetivo de evaluar tres factores que midiesen las necesidades sociotrópicas (preocupaciones excesivas por lo que otros piensan, dependencia excesiva y complacer a los demás) y otros tres factores relacionados con la autonomía (perfeccionismo excesivo/autocrítica, necesidad de control y separación defensiva de los demás). La redacción de los ítems pretendía que estos fueran simples, claros para que evaluaran solo un constructo y que no fueran muy explícitos. Además, buscaron que no reflejasen síntomas del Eje I, es decir, que no

reflejasen como sucede en el Depressive Experiences Questionnaire aspectos afectivos (Robins et al., 1994).

Las respuestas a cada ítem se dan en una escala de 6 puntos que oscilan entre muy en desacuerdo a muy de acuerdo, sin punto medio. Crean un total de 60 ítems (10 por factor) para garantizar la amplitud de la cobertura en cada una de las dos escalas principales (Robins et al., 1994). La puntuación de cada factor se halla mediante la suma de la valoración de cada ítem.

En los tres primeros estudios, Robins et al. (1994) encuentran resultados que permiten valorar la escala como útil para probar la hipótesis de vulnerabilidad. Además, la estructura factorial se ajusta a lo planteado teóricamente, presentando cada factor a su vez una consistencia interna aceptable, así como una adecuada correlación con los síntomas depresivos. Sin embargo, los dos factores principales mostraban una correlación relativamente alta. Además, el factor de Sociotropía mostró una correlación excesivamente alta con el factor de Autocrítica de la escala DEQ, cuando debería ser referencia de validez discriminante.

Por tanto, en los dos estudios subsiguientes modificaron algunos ítems y se descartaron un total de 20. En cuanto a la cantidad de ítem, la única diferencia en la versión revisada (PSI-R) es que el factor de perfeccionismo tiene menos cantidad frente al factor de separación defensiva.

Los resultados de los dos estudios muestran una adecuada estructura factorial (Robins et al., 1994). La consistencia interna para Sociotropía es de $\alpha=.80 - .88$ y para Autonomía oscila entre $\alpha=.86 - .88$. La escala de Autonomía muestra una relación positiva con el factor de Autocrítica de la versión revisada del DEQ. Como también presenta una relación positiva con el BDI, parece que este factor sí mide una vulnerabilidad a la depresión más que una autocrítica que sirva como motivadora de un esfuerzo de logro.

Cabe señalar diferencias de género encontradas: mientras las mujeres obtienen puntuaciones más altas en sociotropía, los hombres en autonomía, aunque las

diferencias son pequeñas e incitan a seguir investigando estas diferencias y su relación con el malestar psicológico (Robins et al., 1994).

Las propiedades psicométricas de esta escala han sido reevaluadas (Bagby et al., 2001). Encuentran que el PSI presenta adecuados índices de fiabilidad y validez. En concreto encuentran para la escala de autonomía un alfa de Cronbach de .85 para el factor Autonomía y .88 para el factor Sociotropía. Encuentran que la escala que los dos factores no se encuentran afectados por la severidad de la depresión y que son dimensiones estables a lo largo del tiempo.

Finalmente, en un estudio posterior centrado únicamente en el factor Perfeccionismo, G. Shahar (2006a) de esta escala encuentra que este factor parece tener una mejor relación con el factor de Autocrítica del DEQ que con otras medidas de Perfeccionismo.

2.5. ATS: Escala de Actitudes Hacia Uno Mismo (Attitudes Toward the Self)

Este cuestionario no responde propiamente a uno de los modelos explicativos de autocrítica que hemos expuesto con anterioridad, pero sí representa variables cognitivas que se relacionan con los contenidos expuestos en las teorías de Blatt (1974) y Beck (1966).

Carver y Ganellen (1983) centran su atención en el hecho frecuentemente observado de que las personas deprimidas tienden a tratarse de una forma dura (Abramson y Sackheim, 1977, en Carver y Ganellen, 1983). Como reflejan los autores, esto también puede decirse de otra forma: el ser autopunitivo es algo característico en la depresión.

Aunque el ser autopunitivo se puede observar como un fenómeno unidimensional, se pueden detectar varios componentes en esta forma de relación intrapersonal (el mantenimiento de altos estándares, la autocrítica y la sobregeneralización). En primer lugar, el mantenimiento de estándares, metas y objetivos altos para la evaluación de uno mismo. Esto es, una forma de autorregular el comportamiento es mediante el establecimiento de objetivos, metas y estándares (por ejemplo, Bandura, 1977, Lewin, Dembo, Festinger, y Sears, 1944, citados en Carver y

Ganellen, 1983). Cabe pensar que la tendencia a la depresión podría surgir por mantener estándares excesivamente altos; no obstante, esto podría ser un revulsivo para esforzarse más y alcanzar la excelencia (Carver y Ganellen, 1983). Así, se puede plantear que quizás sea el perfeccionismo a la hora de alcanzar esas metas lo que suponga una vulnerabilidad a la depresión (Rehm, 1977).

En segundo lugar, las personas reaccionan de manera diferente a los fracasos y contratiempos, de manera que aquellos que valoran de forma inaceptable haber fracasado, en lugar de valorar su esfuerzo y la posible aproximación, pueden estar ante un precursor de la depresión: la intolerancia a la incapacidad o imposibilidad de lograr el estándar propuesto (Carver y Ganellen, 1983).

Por último, encontramos el componente de la sobregeneralización que ya había definido Beck (1966) previamente y refiere a la generalización excesiva de los juicios negativos sobre uno mismo (Carver y Ganellen, 1983). Más concretamente, este aspecto también habla de las diferentes maneras de reaccionar ante un fracaso o contratiempos: una persona puede interpretar un fallo como algo puntual que evoca sentimientos de insatisfacción en torno a esa área de su vida o bien, puede impregnar con este malestar toda la autoestima de la persona, valorándose como un fracaso total.

Con todo esto, se puede apreciar que a pesar de que la autocrítica ha sido identificada como un componente importante en la depresión, en otras escalas (por ejemplo, el Depressive Experiences Questionnaire) no se ha tratado de diferenciar entre estas dimensiones, siendo medidas como un elemento unitario (Carver y Ganellen, 1983).

Por tanto, el ATS se crea con el fin de distinguir entre estas dimensiones y examinar sus relaciones con la depresión (Carver y Ganellen, 1983). En su creación, se examinaron los ítems de estudios previos sobre la autopunitividad, recogiendo los que se referían a aquellas dimensiones y generando los autores ítems nuevos. Al final, obtuvieron una escala de 27 ítems (9 para cada dimensión). Las personas responden en una escala de 5 puntos, en qué grado se sienten descritos por el ítem. Las respuestas se distribuyen entre (1) extremadamente falso y (5) extremadamente verdadero

La escala fue cumplimentada por 1083 estudiantes, datos que se utilizaron para analizar la estructura factorial. De estos, 502 también cumplimentaron el BDI, respuestas que permitieron examinar las relaciones entre los tres factores y la depresión.

El análisis factorial reveló la estructura de los tres factores que esperaban los autores (Carver y Ganellen, 1983). La carga final de ítems fue la siguiente: el factor de Sobregeneralización está conformado por 7 ítems y presenta un alfa de Cronbach de .82. El factor de Mantenimiento de altos estándares también está formado por 7 ítems y su consistencia interna es de $\alpha=.80$. En el factor de Autocrítica cargaron 4 ítems y tiene un alfa de Cronbach de .65.

Respecto a la relación con la depresión, el análisis de regresión señala la sobregeneralización como un predictor significativo de la depresión. En este sentido, se encontró una mayor asociación entre la sobregeneralización y el afecto depresivo en mujeres que en hombres.

Además, se puede observar que la autocrítica por sí sola no predice la depresión. Sin embargo, sí hay un efecto en la asociación de la sobregeneralización y la autocrítica sobre la predicción de la depresión, aunque más bajo que el de la sobregeneralización por sí sola.

Debido a que el estudio es correlacional no pudieron establecer si estas características eran precursoras o concomitantes a la depresión.

Posteriormente, Carver, La Voie, Kuhl, y Ganellen (1988) reformularon el cuestionario, con ítems más enfocados a medir el constructo tal y como es definido (por ejemplo, generalización), procurando eliminar que esos ítems recojan tintes de cualquiera de los otros dos (autocrítica y altos estándares). El análisis factorial confirmatorio resolvió la presencia de tres factores, donde el factor de Altos estándares estaba compuesto por 3 ítems y un α de Cronbach de .79, el factor Generalización está conformado por 4 ítems y un $\alpha=.74$ y, finalmente, el factor Autocrítica está compuesto por 3 factores y un $\alpha=.69$. Con estos factores y sus respectivos ítems, los autores (Carver et al., 1988) formaron la escala ATS-R, donde volvemos a encontrar una escala específica de autocrítica.

Los resultados vuelven a mostrar asociaciones parecidas a las de la escala general. Tanto la asociación de la generalización con los síntomas depresivos del BDI, como la de la interacción de la generalización y la autocrítica con el BDI. Sin embargo, el control de la generalización elimina su asociación con la autocrítica.

También se condujo un estudio de correlaciones cruzadas con los cuestionarios BDI y ATS administrados con un intervalo de 4 a 6 semanas (Carver et al., 1988). No hubo evidencia de que la generalización preceda a la depresión, por lo que no respalda la hipótesis de que sea una causa, sino un concomitante.

Además, estudiaron la relación de la capacidad de desvincularse de objetivos no alcanzables (dejar de perseverar) con el ATS-R y con los síntomas depresivos. Encuentran que la perseverancia no contribuye a la depresión sin la asociación con la generalización y parece también, que la perseverancia es una manifestación de la generalización (Carver et al., 1988).

Debido a que las muestras que participaron en los estudios de validación ATS-R presentaban un mayor rango etario que los del estudio inicial (ATS; Carver y Ganellen, 1983), se pudieron realizar análisis de correlación de las variables de la escala con la edad. Estos datos no arrojaron correlaciones fiables entre los factores del ATS-R y la edad.

La revisión más reciente de esta escala la encontramos en una adaptación a italiano con adultos jóvenes (Innamorati et al., 2013). En este estudio encuentran una estructura factorial de dos factores, la Generalización Negativa, que obtiene un alfa de Cronbach de .81 y el Mantenimiento de altos estándares/Autocrítica, que presenta un alfa de Cronbach de .75.

2.6. FSCRS y FSCS: Escala de Formas de AutoCrítica/Ataque y Autotranquilizarse y Escala de Funciones de la AutoCrítica/ataque (Forms of Self-criticizing/attacking and Self-Reassuring Scale y Functions of Self-Criticising/Attacking Scale)

Gilbert desarrolla el cuestionario Formas de Autocrítica/ataque y Autotranquilizarse (Forms of Self-criticizing/attacking and Self-Reassuring Scale,

FSCRS; Gilbert, Clarke et al., 2004) para evaluar las distintas formas en base al modelo evolutivo que emplea para explicar la autocrítica (Gilbert, 1995, 2000, 2005a, 2009; Gilbert y Procter, 2006). Este modelo teórico propone que de la misma forma que las personas desarrollan sistemas de procesamiento social que nos permiten formar distintos tipos de roles que dirigen las relaciones interpersonales; estos mismos sistemas de relación y roles adquiridos se dirigen a la relación intrapersonal (Gilbert, 2000; Gilbert y Irons, 2005).

De esta manera, nos podemos tratar de forma autoevaluativa y competitiva (Gilbert, Clarke et al., 2004) a nosotros mismos, siendo las formas y las funciones de la autocrítica la reproducción de las competencias que hemos desarrollado en la regulación de las relaciones externas (Gilbert, 2000).

En realidad, su propuesta sobre el concepto de autocrítica no recoge una única escala (FSCRS) sobre las formas en las que esta tiene lugar, sino que también crea una escala (FSCS) en la que intenta describir y evaluar diferentes funciones que se asocian a esa forma de autocrítica (Functions of Self-Criticising/Attacking Scale, FSCS; Gilbert, Clarke et al., 2004).

Para llevar a cabo la creación de las dos escalas Gilbert, Clarke et al. (2004) recogieron las verbalizaciones que observaron en pacientes depresivos como explicación de los motivos que tenían para criticarse y atacarse. El resultado obtenido respecto a la estructura factorial fue el siguiente: tres factores en la escala de formas, de ellos dos formas de autocrítica que llamaron Yo Inadecuado (Inadequate-Self) y Yo Odiado (Hated Self), además de un factor que denominaron Autotranquilizarse (Self-Reassuring). En cuanto a las funciones, hallaron dos factores, la Autocorrección (Self-Correction) y la Autopersecución (Self-Persecution).

El Yo Inadecuado (IS) refiere a una sensación relacionada con sentimientos internos de estar hundido, de menosprecio, así como, con un sentimiento de inadecuación, todo ello, ante los fracasos y las contravenciones (Gilbert, Clarke et al., 2004). A esta forma de autocrítica se le puede asociar con mayor fortaleza una función, es decir, las personas que se critican generando en sí mismos esta prominente sensación de inadecuación, posiblemente tengan la intención de hacerlo para autocorregirse e

inducirse a mejorar (factor Self-correction, traducido como Autocorrección de la escala FSCS). Por ello, esta forma de autocrítica puede ser vista de manera positiva por las personas que se tratan de esta forma por el miedo a no ser suficiente o no ser querido si no llega a ciertos logros (Gilbert, 2014; Gilbert, Clarke et al., 2004).

Los pacientes depresivos refieren que, bajo esta forma de respuesta crítica, se encuentra el temor a convertirse en inadecuados o vagos por no recurrir a la autocrítica y obligarse a entrar en acción. Un ejemplo de esta crítica podría ser el atleta que piensa que, si no se induce a esforzarse más, ejerciendo sobre sí mismo más presión, no podrá superarse y avanzar, sin lograr su propia validación (o quizá, la de otros significativos). En el proceso evolutivo esto podría responder a la internalización de que la persona pone en riesgo su pertenencia al grupo si no cumple con determinadas metas o estándares (Gilbert, Clarke et al., 2014).

La otra forma de autocrítica que encuentran, etiquetada como Yo Odiado (HS), supone en comparación al Yo Inadecuado, una respuesta más destructiva y perversa, basada en la repulsión ante los contratiempos. Esta respuesta también se caracteriza por un desagrado y un deseo de persecución agresiva y sádica hacia uno mismo (Gilbert, Clarke et al., 2004). Es decir, el deseo básico de esta forma de crítica es el de hacerse daño o perseguirse, sin ostentar más función que esta acción agresiva, persecutoria que es hiriente, dañina, quizá, incluso, podría apreciarse una necesidad de venganza. Esta función recibe el nombre de Autopersecución.

Además, encuentran que la emoción más presente suele ser el asco y que aparece el deseo de eliminar o querer hacer desaparecer partes de uno mismo, sea cual sea la cualidad (física, cognitivo-emocional o de la identidad) (Gilbert, 2014).

Cabe señalar que la forma de autocrítica Yo Odiado, tiene una mayor relación con manifestaciones psicopatológicas que el Yo Inadecuado (Baião et al., 2015; Gilbert, Clarke et al., 2004, 2017). Por ejemplo, en el trastorno límite de la personalidad se detecta entre las razones de los individuos para infligir autolesiones, el grado de odio y asco que se siente hacia uno mismo (Strong, 1988). También en pacientes psicóticos se aprecia que las voces que se escuchan tienen un componente malévolo, agresivo, insultante y amenazante (Chadwick y Birchwood, 1994; Nayani y David, 1996, citados

en Gilbert, Clarke et al., 2004). Otros dos ejemplos son, la mayor fortaleza que presenta el factor HS con depresión en la creación de la escala (Gilbert, Clarke et al., 2004) y la predicción de la sintomatología ansiosa (por ejemplo, Gilbert et al., 2010, en Kupeli et al., 2013).

El tercer factor de la escala FSCRS es el que nombran como Autotranquilizarse (RS) (Gilbert, Clarke et al., 2004). Refiere a la habilidad de ser tranquilizador, darse sostén y orientarse a la propia validación emocional, siendo compasivo y capaz de recordarse aspectos positivos del sí mismo ante los fracasos y contratiempos. Como se puede apreciar, implica una orientación hacia uno mismo contraria a la que se da en la autocrítica.

En diferentes estudios (Gilbert, Clarke et al., 2004; Hermananto y Zuroff, 2016; Hermananto et al., 2016) se ha podido asociar la capacidad para ser autotranquilizador con una mejoría en las estrategias de afrontamiento y una mayor resiliencia. Asimismo, se encuentra que cuando las personas tienen capacidad para ser de apoyo y compasivos consigo mismas aparecen beneficios neurofisiológicos (Longe et al., 2010). Dentro de este modelo de la mente autocompasiva, se ha investigado encontrando evidencia de los beneficios de adoptar una actitud compasiva y autotranquilizadora hacia uno mismo (para ver más, Gilbert et al., 2006; Gilbert y Irons, 2004; Gilbert y Procter, 2006; Kelly, Zuroff, et al., 2010; Kelly, Zuroff, et al., 2009; Keltner et al., 2014).

Aunque la autocrítica y la capacidad para ser tranquilizador con uno mismo son procesos contrarios, no implica necesariamente que sean dos extremos de un mismo continuo. Kupeli et al. (2013) aducen principalmente dos argumentos. Por un lado, se fijan que la escala de autocompasión (SCS; Neff, 2003) y el FSCRS muestran ítems comunes a pesar de que el constructo de la autocompasión es más amplio. La autocompasión (SCS) es medida a través de dos factores, la capacidad de ser amable con uno mismo e, inversamente, la medida en la que la persona hace juicios hacia sí mismo. Igual que Gilbert, encuentran que cuanto mayor es la autocompasión, mayor es el bienestar psicológico (Neff, 2004). Por otro lado, Kupeli et al. (2013) recogen que la autocrítica y la capacidad de ser autotranquilizador activan procesos fisiológicos distintos (Longe et al., 2010).

Hasta este punto hemos descrito la estructura factorial de esta escala según el estudio original de Gilbert, Clarke et al. (2004). Pero esta escala ha fecundado una amplia variedad de investigaciones, tanto de validación de la escala (Kupeli et al., 2013; Baião, Gilbert, McEwan, y Carvalho, 2015) como de adaptación a otros idiomas: Portugués (Castilho y Gouveia, 2011; Castilho, Pinto-Gouveia, y Duarte, 2015), Sueco (Lekberg y Wester, 2012), Hebreo (Shahar, Doron, y Szepenwol, 2015), Francés (Gheysen, Katis, Lee, y Delamillieure, 2015), Italiano (Petrocchi y Couyoumdijan, 2016), Eslovaco (Halamová, Kanovský, y Pacúchová, 2017) y Holandés (Sommeers-Spijkerman et al., 2017).

En los estudios de validación de la escala encontramos los siguientes resultados: Kupeli et al. (2013) encuentran mediante un análisis factorial confirmatorio la validez del modelo de 3 factores. Sin embargo, como había estudios que sugerían la posibilidad de combinar IS y HS en un mismo factor (Gilbert et al., 2006; Rockliff et al., 2011), realizan un análisis para probar la posibilidad de que un modelo formado por el factor autocrítica (IS+HS) y autotranquilizarse tuviera un mayor ajuste. A pesar de la fuerte correlación entre HS e IS, el modelo más apropiado es el que responde a los 3 factores. Aunque su estudio implicó reducir la escala a 18 ítems, no hubo impacto en las propiedades psicométricas del FSCRS.

Baião et al. (2015) conducen un estudio con muestras clínicas y no clínicas con los datos de doce estudios diferentes. El resultado del análisis factorial confirmatorio también ofrecía como resultado un adecuado ajuste para el modelo de tres factores.

En el estudio de adaptación a eslovaco de Halamová et al. (2017) encuentran mediante una metodología de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) y un Análisis Factorial Confirmatorio lineal, que el modelo de tres factores se confirma pero que también es adecuado el modelo de dos factores.

Posteriormente, Halamová et al. (2018) recogen nuevamente la evidencia en torno a la existencia de una elevada correlación entre IS y HS (Gilbert, Clarke et al., 2004; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, y Palmer, 2006, citado en Halamová et al., 2018; Kupeli et al., 2013), añadiendo los resultados de su propio estudio de adaptación

(Halamová et al., 2017), proponiendo la posibilidad de que existan solo dos factores: autocrítica y autotranquilizarse (Halamová et al., 2018).

En el estudio posterior de Halamová et al. (2018) analizan los resultados de trece investigaciones previas, ocho de ellas adaptan la escala a distintos idiomas. Ponen a prueba un modelo de dos factores, de tres factores, bifactorial y un modelo de dos niveles. Concluyen que el FSCRS es una escala fiable y válida y que el modelo de tres factores ajusta bien. Sin embargo, recomiendan la combinación de HS e IS debido al riesgo de encontrar un efecto suelo al emplear la escala de Yo Odiado en muestras no clínicas. Por el contrario, proponen el empleo del modelo de tres factores en población clínica debido a la importancia del factor HS en la predicción de síntomas de ansiedad, estrés, depresión y autolesiones (Gilbert, Clarke et al., 2004, 2010; Kupeli et al. 2017; Xavier, Gouveia, y Cunha, 2016).

No obstante, a pesar de estos resultados y ante todos estos datos, no es posible confirmar de manera absoluta si la composición de la escala es de dos factores o tres (Halamová et al., 2018).

Respecto a la consistencia interna, los principales estudios encuentran altos índices para la escala de formas. El estudio de Gilbert et al. (2014) encuentra un índice de consistencia interna de 0.86 para HS y RS, mientras que para IS encuentran un $\alpha=0.90$. En el estudio posterior de Kupeli et al. (2013) se encuentra también un $\alpha=0.86$ para HS, de 0.91 para IS y 0.88 para RS.

También Baião et al (2015) estudiaron la consistencia interna, por un lado, para muestras no clínicas y, por otro, para clínicas. Para las primeras obtienen un α de Cronbach de 0.90 para IS y de 0.85 para HS y RS. Por otro lado, para muestras clínicas obtienen una consistencia interna de 0.91 para IS, 0.87 para HS y 0.85 para RS. Castilho et al. (2015) ha evaluado la fiabilidad test-retest, hallando un coeficiente de correlación de Pearson de 0.78 para HS, 0.72 para IS y de 0.65 para RS.

En estos estudios, también se ha examinado la validez concurrente. De esta forma, Gilbert, Clarke et al. (2004) encuentran que la escala LOSC (Thompson y Zuroff, 2004), correlaciona de la siguiente manera: respecto al factor Autocrítica

Internalizada, obtienen una r de Pearson de 0.77 para IS, 0.57 para HS y 0.56 para RS. Para la escala Autocrítica Comparativa obtienen una correlación de 0.55 para IS, de 0.55 para HS y de 0.63 para RS.

La adaptación portuguesa (Castilho et al., 2015) comparan la subescala del FSCRS con la escala de Autocompasión de Neff (2003). La correlación de Pearson fue $r=-0.63$ para IS, $r=-0.53$ para HS y $r=0.56$ para RS. Efectivamente, los resultados cumplieron con las expectativas, correlaciones negativas entre autocrítica y autocompasión y positivas entre autotranquilizarse y autocompasión.

Halamová et al. (2017) también emplean estas escalas para poder calcular la validez convergente (LOSC y SCS), además la escala Self-criticism Scale (SCCS; Falconer et al., 2015, citado en Halamová et al., 2017, 2018) encontrando resultados que apoyan una adecuada validez de la escala.

En cuanto a la Escala de Funciones de Autocrítica/ataque (Functions of self-criticizing/attacking scale; FSCS), cabe destacar que ha recibido menos atención en las investigaciones y adaptación de la escala. Sin embargo, la estructura factorial y las relaciones de mediación y moderación que puedan existir entre las funciones y formas resultan interesantes, más allá de la mera medición.

En la investigación de Gilbert, Clarke et al. (2004) realizan un análisis estadístico mediante un procedimiento de rotación oblimin, en el que obtienen una solución de dos factores. Como se indicaba anteriormente, el primer factor es el llamado autocorrección (self-correction) y está formado por 13 ítems. El segundo, autopersecución (self-persecution) está formado por 8 ítems. Por tanto, este resultado sugería y confirmaba la existencia de distintos motivos (funciones) para criticarse (Gilbert, Clarke et al., 2004). Hallaron un alfa de Cronbach de 0.92 para ambos factores, señalando una buena consistencia interna del instrumento.

Con el fin de analizar las relaciones entre las funciones y las formas de autocrítica y autotranquilizarse, Gilbert, Clarke et al. (2004) optaron por un análisis de regresión múltiple con el que poder evaluar un modelo mediacional (Baron y Kenny, 1986). Asimismo, estudiaron la relación de cada una de estas con la depresión (BDI). Los

autores postularon y confirmaron posteriormente, que cada función de autocrítica predice la forma en que uno se critica. Además, las dos formas de autocriticarse y la capacidad para autotranquilizarse median los efectos de las funciones en la depresión. Además de esto, encuentra que la relación entre las funciones y las formas es autocorrección – Yo Inadecuado y auto-persecución – Yo Odiado, y que una persona puede llegar a criticarse para conseguir mejorar con una actitud más positiva, pero si controla el odio hacia sí misma.

Posteriormente, Castilho y Gouveia (2011) encuentran un α de Cronbach de 0.91 para autocorrección y de 0.84 para autopersecución. Mientras, en la versión sueca de Lekberg y Wester (2012), obtiene unos resultados similares a los de la escala original (.84 para autocorrección y .89 para autopersecución).

CAPÍTULO 2

LAS REPERCUSIONES DE LA AUTOCRÍTICA

En la literatura encontramos que la manifestación psicopatológica que ha tenido mayor atención en relación a la autocrítica ha sido la depresión. Sin embargo, podemos encontrar que la autocrítica tiene implicaciones más amplias (Kannan y Levitt, 2013; Shahar, 2015; Werner et al., 2018).

A la luz de las múltiples formas en que la autocrítica ejerce su influencia sobre una gran gama de manifestaciones psicopatológicas, podemos inferir que es un constructo transdiagnóstico, merecedor de su propio foco de atención (Werner et al., 2018).

En las siguientes líneas vamos a exponer la relación de la autocrítica con otras formas de psicopatología, hablaremos de las implicaciones de la autocrítica en otros aspectos como el desarrollo psicoevolutivo, las relaciones interpersonales y la violencia, las emociones con las que la autocrítica se relaciona de manera preponderante, la alianza terapéutica y el resultado terapéutico.

Nos parece importante destacar que, a pesar de haber florecido la investigación en este sentido, es necesario continuar incrementando la misma y a través de distintas metodologías de investigación, debido principalmente a que la mayor parte de los resultados que vamos a describir son extraídos de estudios transversales.

1. El papel de la autocrítica en la psicopatología

1.1. Autocrítica y depresión

Llegados a este punto, ya hemos observado que la autocrítica está íntimamente relacionada con el malestar (Zuroff, Santor, y Mongrain, 2005) y más específicamente, la depresión (por ejemplo, Dinger et al., 2015; Ehret, Joormann, y Berking, 2015; Straccamore et al., 2017).

Igualmente, hemos visto que los principales marcos teóricos que inician la conceptualización de la autocrítica lo hacen a través de modelos explicativos que la

vinculan con la depresión o que la ligan a la sintomatología depresiva (por ejemplo, Beck, 1983, 1996; Beck et al., 1979; Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Gilbert, 2014; Shahar, 2015).

También, hemos apreciado que la construcción de las medidas de autocrítica utiliza los síntomas de depresión o las experiencias depresivas como variable a predecir por la autocrítica, obteniendo correlaciones elevadas (por ejemplo, Blatt et al., 1976; Carver y Ganellen, 1989; Gilbert, Clarke et al., 2004; Thompson y Zuroff, 2004).

Sin embargo, se hace importante subrayar que la autocrítica y la depresión no son lo mismo. Ni siquiera se puede decir que la autocrítica sea un síntoma de la depresión (Shahar, 2015). Shahar (2015) también indica que, aunque en el BDI-II (Beck et al., 1996) se recoge la autocrítica como un ítem más, es decir, como un elemento más de la depresión, en realidad, otras investigaciones no ofrecen unas correlaciones especialmente altas, $r=.30$ - $.70$, que rara vez comparten más del 50% de la varianza (por ejemplo, Coyne y Whiffen, 1995; Nietzel y Harris, 1990, citados en Shahar, 2015).

Por el contrario, también recogemos los resultados de investigaciones posteriores en las que encuentran que, en poblaciones clínicamente deprimidas, el nivel de autocrítica es superior a la de los controles normales (Klein, Harding, Taylor, y Dickstein, 1988; Luyten et al., 2007). También se ha encontrado que las personas con autocrítica elevada tienden a sufrir episodios depresivos de forma recurrente (Mongrain y Leather, 2006).

Por otro lado, hemos encontrado investigaciones en las que el efecto de la autocrítica sobre otros aspectos como la motivación, el éxito académico, se mantiene una vez controlado el efecto de la depresión (por ejemplo, Shahar et al., 2003; Shahar et al., 2006). El hecho del efecto independiente que la autocrítica tiene sobre otras dificultades, unido a las repercusiones que la autocrítica tiene sobre el resultado terapéutico (lo explicaremos al final de este capítulo), hace pensar que es importante enfocarse a la intervención sobre la autocrítica de cara a tratar y prevenir problemáticas de mayor envergadura.

Añadido a todo esto, en los siguientes epígrafes vamos a describir la relación de la autocrítica con otras manifestaciones psicopatológicas, encontrando que en ocasiones es la interacción autocrítica-depresión la que incide de manera negativa en el funcionamiento personal e interpersonal.

1.2. Autocrítica y malestar psicológico

En este apartado nos centramos en explicar la relación encontrada en el estudio de Shahar y Priel (2003) entre la autocrítica y el malestar psicológico (distress) que presentan los adolescentes, siendo evaluado por los cuestionarios *Center for Epidemiological Studies-Child Depression Scale* (CES-CD; Weissman, Orvaschel y Padian, 1980, citado en Shahar y Priel, 2003) y *State Anxiety Inventory* (SAI; Spielberger, 1972, citado en Shahar y Priel, 2003).

Shahar y Priel (2003) llevan a cabo un estudio longitudinal de 16 semanas para poner a prueba un modelo de mediación y supresión en el que se pueda analizar la relación de la vulnerabilidad personal (dependencia y autocrítica), los eventos vitales negativos y los positivos, y la ansiedad generalizada en adolescentes.

Los autores refieren que la hipótesis de la congruencia, por la cual eventos estresantes específicos y el apoyo social son moderadores de la vulnerabilidad de la personalidad no es suficiente (Shahar y Priel, 2003). Previamente habían propuesto, que existe también una vulnerabilidad activa (Priel y Shahar, 2000), en la que las personas (autocríticas) generan los eventos estresantes y la falta de apoyo, por lo que no reaccionan únicamente de forma pasiva. En estos modelos, los eventos estresantes y la falta de apoyo se convierten en mediadores de las relaciones de los rasgos de personalidad que confieren vulnerabilidad con la ansiedad generalizada, en lugar de ser moderadores. En concreto, la autocrítica afecta generando más eventos negativos y de falta de apoyo (factor de riesgo), y degenerando los factores de protección (Shahar, 2001).

El resultado de este estudio (Shahar y Priel, 2003) muestra un modelo de mediación en el que los eventos negativos median el efecto de la autocrítica sobre la

ansiedad generalizada. Por otro lado, los eventos positivos median los efectos de la autocrítica y suprimen el impacto de los rasgos de dependencia sobre la angustia.

Estos resultados replican los obtenidos en otros estudios (por ejemplo, Blatt, Quinlan, Pilkonis, y Shea, 1995) que sugieren que la autocrítica es un factor de vulnerabilidad grave, en este caso, favorecedor de la aparición de ansiedad generalizada.

1.3. Autocrítica y ansiedad social

Tal y como venimos señalando, en múltiples investigaciones se ha encontrado relación entre la autocrítica y la depresión. Con la intención de poner a prueba la especificidad diagnóstica de la dimensión de la autocrítica, Cox et al. (2000) llevan a cabo un estudio en el que comparan pacientes con diagnóstico de depresión mayor y pacientes con diagnóstico de ansiedad social.

Los resultados muestran que las personas con depresión presentan una puntuación más alta en autocrítica. Sin embargo, cuando controlaron el nivel de depresión actual, la autocrítica no era un factor predictivo significativo del diagnóstico. Esto implica un apoyo muy limitado a la especificidad diagnóstica de la autocrítica sobre la depresión mayor.

Esta investigación (Cox et al., 2000) podría sugerir la existencia de elementos de una diátesis de variables cognitivas común tanto para la depresión como para la ansiedad social. No obstante, Cox et al. (2000) plantean que es necesario realizar estudios que permitan determinar si la autocrítica actúa como una vulnerabilidad para la ansiedad social, porque se podría plantear la hipótesis de que la autocrítica se debe a una ansiedad social crítica que hace a las personas especialmente vulnerables a la depresión.

Además, los autores (Cox et al., 2000) emplean una muestra de pacientes con trastorno de angustia de una investigación previa (Bagby et al., 1992, citado en Cox et al. 2000). Observan que las personas que están diagnosticadas con ansiedad social presentan una puntuación tres veces más alta en autocrítica que las que no.

En otro estudio realizado por Cox et al. (2002) acerca de la importancia pronóstica de la autocrítica en pacientes con diagnóstico de ansiedad social antes y

después de que fueran sometidos a tratamiento dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual, obtuvieron que, en el momento previo al tratamiento, la autocrítica seguía asociada con la severidad de los síntomas de ansiedad social, incluso una vez que el ánimo depresivo estaba controlado. Los análisis realizados después del tratamiento revelan que, una vez controladas las variables de gravedad de los síntomas iniciales y el ánimo depresivo, la autocrítica se asociaba con la severidad de los síntomas.

Posteriormente, con intención de ampliar los resultados obtenidos en Cox et al. (2000), se realizó un estudio empleando los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS; Kessler et al., 1994, en Cox, Fleet, Stein, 2004), en Estados Unidos. La NCS fue una encuesta de salud mental a gran escala, representativa a nivel nacional, de población no institucionalizada con edades entre los 15 y los 54 años. Cox, Fleet et al. (2004) obtuvieron que la asociación de la autocrítica con la ansiedad social tiene lugar de diferentes maneras: en primer lugar, la autocrítica era más elevada en la población general, tanto para aquellos que tenían una historia de vida con ansiedad social, como los que habían tenido un diagnóstico pasado de ansiedad social, pero se encontraban asintomáticos en los últimos 12 meses.

En segundo lugar, de los subtipos de ansiedad social detectados (ansiedad social con temores del habla solamente y ansiedad social compleja), la autocrítica se relaciona de forma más prominente con la ansiedad social compleja, tanto cuando hay depresión mayor compleja, como cuando no. Quizá la autoimagen que se incorpora tanto en la ansiedad social compleja como cuando existe depresión mayor comórbida, esté más perturbada y esto influir en la mayor gravedad y deterioro que presentan las personas en estas condiciones.

En tercer lugar, también esta asociación era mayor en comparación con otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico) e, incluso, más alto que en casos de depresión mayor solo.

En cuarto lugar, se obtuvo que las personas con ansiedad social de inicio temprano presentaban niveles de autocrítica más altos.

Por último, Cox, Fleet et al. (2004) encontraron que esta relación autocrítica-ansiedad social continúa dándose cuando se controlan los efectos de la angustia emocional actual, el rasgo de personalidad neuroticismo, la presencia de depresión mayor y ansiedad social compleja en la historia de vida, la ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias.

Al amparo de estos resultados y debido a la comorbilidad entre depresión y ansiedad social, Cox, Fleet et al. (2004) proponen la posibilidad de que la diátesis común entre ambos trastornos podría ser la autocrítica.

En un estudio no clínico, B. Shahar, Doron et al. (2015) y en un estudio clínico Iancu, Bodner y Ben-Zion (2015) encontraron correlaciones positivas entre el Yo inadecuado, el maltrato infantil, la vergüenza y la ansiedad en la interacción social. También existe un efecto estadístico entre el abuso emocional y la ansiedad social a través del Yo Inadecuado. Además, la muestra clínica mostró una elevada correlación entre la autocrítica y la ansiedad social, prediciendo de la gravedad de los síntomas de ansiedad social. Por este motivo, es recomendable que las estrategias de tratamiento se dirijan directamente a la autocrítica.

1.4. Autocrítica y trastorno de estrés postraumático

Cox, MacPherson, Enns y McWilliams (2004) recogen que el Trastorno de Estrés PosTraumático (TEPT) no se puede caracterizar únicamente como una respuesta normal a un evento externo, sino que existen factores de vulnerabilidad para desarrollarlo. Entre ellos, existen aspectos psicológicos amplios como el neuroticismo o la historia de depresión anterior, y variables más específicas como la autocrítica.

Estos autores (Cox, MacPherson et al., 2004) encontraron a través de los datos de la parte II de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, y Nelson, 1995, citado en Cox, MacPherson et al., 2004), que la autocrítica se asociaba de manera significativa con TEPT entre hombres y mujeres que habían experimentado al menos un evento traumático.

También encontraron diferencias en la forma que se relaciona la autocrítica con el TEPT en hombres y mujeres. En hombres, la autocrítica recibió el índice de

probabilidad más alto para todos los determinantes psicológicos del TEPT. Este resultado, aun encontrado solo en hombres, puede tener que ver con el hecho de que la autocrítica aproveche un proceso psicopatológico de culparse a sí mismo, que influye en la expresión de TEPT. Esta explicación está en consonancia con una conceptualización de corte cognitivo que señala que la persistencia de los síntomas en el TEPT tiene una estrecha relación con las autoevaluaciones cognitivas negativas, como sucede en aquellas que generan sentimientos de culpa (Ehlers y Clarck, 2000, citado en Cox, MacPherson et al., 2004). A la luz de estos resultados podemos entender que las personas autocríticas, especialmente hombres, sufrirán más sentimientos de culpa y con ello ser mayor la persistencia de los síntomas del TEPT.

Por otro lado, el papel que juega la autocrítica en mujeres, se reveló más pequeño aún sin controlar otros factores como la depresión.

No obstante, puesto que el estudio es transversal y las medidas se toman todas al mismo tiempo se deberían realizar otros estudios que permitan discernir hipótesis alternativas como que la autocrítica es consecuencia de un TEPT severo y persistente (Cox, MacPherson et al., 2004).

1.5. Autocrítica y trastornos de la conducta alimentaria

Steiger, Goldstein, Mongrain y Van der Feen (1990, citado en Dunkley y Grilo, 2007) señalan que resulta esperable que la autocrítica se haga presente en aquellos trastornos que depositan de manera patológica en el yo y en el cuerpo una autoestima frágil, ligada a la necesidad de obtener reconocimiento. Además, encuentran que los niveles de autocrítica son más elevados que en la población normal e incluso entre otros pacientes psiquiátricos, una vez controlada la depresión.

Dunkley y Grilo (2007) examinan en pacientes con trastorno por atracón la relación existente entre la autocrítica y la (sobre)evaluación realizada sobre la forma y el peso. La sobreevaluación de forma y peso refiere a la valoración desproporcionada de su tamaño sin los aspectos despectivos de la crítica, lo cual es un aspecto crucial en los trastornos de conducta alimentaria (por ejemplo, Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003). Los resultados obtenidos en su estudio exponen que la autocrítica se relaciona con la

sobreevaluación de la forma y el peso de manera directa pero también hay un efecto de la autocrítica sobre la sobreevaluación que es mediada por los síntomas depresivos y la baja autoestima. Además, la baja autoestima afecta a la sobreevaluación de peso y forma a través de los síntomas depresivos. Por último, este complejo modelo presenta una relación entre la autocrítica y la depresión (estado afectivo que se controla los efectos de la baja autoestima sobre la sobreevaluación de la forma y el peso). Por tanto, el modelo extraído, refleja la presencia de la autocrítica como una variable independiente. Sin embargo, el papel mediador de la autoestima y la sintomatología depresiva orienta a que las intervenciones de tratamiento se encaminen a mejorar la autoestima para rebajar los síntomas depresivos y la sobreevaluación de la forma y el peso.

En otro estudio, sobre la capacidad predictiva de los estilos de personalidad depresivos (medidos por el DEQ), Fenning et al. (2008) señalan que previamente se había demostrado que la relación de los trastornos de la conducta alimentaria y el perfeccionismo está mediada por la autocrítica (por ejemplo, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton, y Joiner, 2006, citado en Fenning et al., 2008).

Además, encuentran que las pacientes con bulimia presentan mayor nivel de autocrítica y delgadez que las pacientes con anorexia. Los resultados del estudio demuestran que la autocrítica es un fuerte predictor de todas las características psicológicas relevantes de los trastornos de la conducta alimentaria, medida por el Inventario del Trastorno Alimentario-2 (EDI-2; Garner, 1991, citado en Fenning et al., 2008).

Los autores (Fenning et al., 2008) señalan que se hace necesario también estudiar la relación entre la autocrítica y la inanición, debido a que la autocrítica también está unida a la obesidad y la obesidad con la inanición. Así, suponen que la autocrítica pueda conformarse como un factor de riesgo en la inanición.

De estas observaciones, se puede concluir que es preciso centrarse en la autocrítica en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. Además, es importante que las intervenciones de los profesionales no incrementen a través de la confrontación

y la coerción la autocrítica, puesto que este tipo de actuación podría incrementar la recurrencia (Fenning et al., 2008).

A pesar de ser un estudio dirigido de manera transversal y con población femenina, sí se puede señalar la autocrítica como una variable digna de estudio en la investigación sobre la vulnerabilidad afectiva/de personalidad en los trastornos de conducta alimentaria (Fenning et al., 2008).

Más adelante, otros estudios de mediación indicaron que se encuentra que el efecto de la autocrítica en los trastornos alimentarios es a través de la insatisfacción corporal y la depresión (Ferreira, Pinto-Gouveia, y Duarte, 2014) y los sentimientos de vergüenza (Kelly y Carter, 2013)

Duarte, Pinto-Gouveia y Ferreira (2014) encuentran que los atracones se asocian moderadamente con las dos formas de autocrítica Yo Odiado y Yo Inadecuado (Gilbert, Clark et al., 2004), en muestra no clínica y posteriormente clínica (Palmeira, Pinto-Gouveia, Cunha, y Carvalho, 2017). Además, estudiaron más variables mediadoras encontrando que la vergüenza presenta un efecto indirecto sobre los atracones a través de la autocrítica Yo Odiado (Duarte et al., 2014). Además, el Yo Odiado también media el vínculo entre la autoestima con el peso y los atracones (Palmeira et al., 2017). La autocrítica también se asocia también con la gravedad de los síntomas (Ferreira et al., 2014; Kelly y Carter, 2013).

En cuanto a estudios de intervención encontramos un artículo sobre el tratamiento exitoso de una paciente con Anorexia Nerviosa. Dolhanty y Greenberg (2009) exponen las tareas necesarias para intervenir en pacientes con este diagnóstico desde el marco de la Terapia Focalizada en la Emoción, que se ha mostrado muy adecuado para tratar los trastornos alimentarios (Dolhanty y Greenberg, 2007). Entre las tareas señaladas, como veremos en el Capítulo 4, aparece la tarea de las dos sillas que tiene el fin de trabajar la voz crítica que a menudo es referida por estas personas como la “voz anoréxica” o “voz del trastorno alimentario” (Dolhanty y Greenberg, 2009).

Los autores señalan que esta tarea para trabajar con las escisiones autocríticas permite que en el transcurso de la terapia exista un movimiento del ciclo desprecio-

desplazamiento a la imagen corporal, identificando las condiciones que generan y mantienen la angustia del paciente.

1.6. Autocrítica y conducta suicida

En los estudios sobre la conducta suicida, se han detectado factores cognitivos y de personalidad implicados en su etiología y curso (ver Brezo, Paris y Turecki, 2006; Ellis, 2006, citados en O'Connor y Noyce, 2008). Entre estos factores encontramos, por ejemplo, déficits en la resolución de problemas, sesgos de memoria y pensamiento, neuroticismo, impulsividad, estilo de pensamiento negativo y desesperanza (Williams y Pollock, 2002, citado O'Connor y Noyce, 2008).

También se ha comenzado a prestar atención a factores como la autocrítica y la rumia, como en el estudio de O'Connor y Noyce (2008). Anteriormente se había estudiado la relación de la autocrítica con estas conductas, como parte de la evaluación crítica que existe en el perfeccionismo, pero no se había atendido a la relación directa y los mecanismos que pueden vincular la autocrítica con el riesgo suicida (O'Connor y Noyce, 2008).

Concretamente, en este estudio analizan la relación de la autocrítica y las conductas suicidas, empleando como mediación dos formas de rumiación (O'Connor y Noyce, 2008). Estas dos formas de rumia son la reflexión (reflection; traducido al español por Torres, 2008), entendida como “volverse intencionadamente hacia adentro para involucrarse en la resolución de problemas cognitivos para aliviar los síntomas depresivos” (Treyner et al., 2003, p. 256, citado en O'Connor y Noyce, 2008) y el reproche (brooding; traducido al español por Torres, 2008) que refiere a “una comparación pasiva de la situación actual con un estándar no alcanzado” (Treyner et al., 2003, p. 256, citado en O'Connor y Noyce, 2008) o “una reflexión sobre las consecuencias negativas del estado de ánimo” (Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007, citada en O'Connor y Noyce, 2008).

Los resultados muestran que tanto la autocrítica como la rumia predicen la ideación suicida. Concretamente se encuentra que el reproche predice la ideación

suicida en un tiempo de 3 meses, no así la rumia reflexiva. Así, puntuaciones más altas de reproche se asocia con niveles más altos de ideación de conducta suicida.

Respecto al impacto de la rumiación sobre las ideas suicidas, encuentran que el reproche tiene un papel mediador más fuerte que la reflexión. Este resultado señala la rumia como el mecanismo que probablemente explique el efecto de la autocrítica y el suicidio.

Debido a que el reproche se puede caracterizar por la presencia de autocrítica, esta relación existente con la autocrítica medida por el DEQ no resulta inesperada (O'Connor y Noyce, 2008).

En otro estudio, Klomek et al. (2008) plantean la hipótesis de que los adolescentes con conductas suicidas sufren un mayor grado de depresión autocrítica y dependiente en comparación con otros pacientes hospitalizados suicidas y controles sanos.

Hasta el momento de ese estudio se conocía que uno de los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes es la depresión (Gould, Greenberg, Velting, y Schaffer, 2003, citado en Klomek et al., 2008). Sin embargo, no se conocía la calidad emocional de la depresión; por ello, evalúan la depresión a través de las dimensiones dependiente y autocrítica de Blatt (1974).

Se encontró que los adolescentes con conductas suicidas tenían niveles más altos de ambos tipos de depresión, es decir, muestran preocupación por cuestiones de necesidad y dependencia, así como por su propia autodefinición, en comparación a otros pacientes hospitalizados y los controles. Por tanto, los adolescentes suicidas no se pueden categorizar en la conceptualización binaria anaclítica-introyectiva, al presentar preocupaciones intensas de ambos tipos.

Esto difiere de los hallazgos de Blatt et al. (1982, en Klomek et al., 2008) que indican que los adultos con alto grado de autocrítica tienen mayor riesgo de suicidio comparados con los que padecían un nivel elevado de depresión del tipo dependiente. También difiere de otros que señalan que los adolescentes con conductas suicidas puntúan más alto en depresión autocrítica (ej., Fazaá y Page, 2003). Sin embargo, sí está

en consonancia con los estudios que señalan que los pacientes de tipo mixto están más dañados y son más vulnerables que los pacientes claramente definidos (Shahar, Blatt y Ford, 2003, citado en Klomek et al., 2008).

Con independencia de la presencia de una depresión autocrítica claramente definida o de un tipo mixto, se demuestra que en la cualidad de la depresión aparecen preocupaciones sobre la autodefinición que, si encierra autorrepresentaciones negativas, puede derivar en una actitud autocrítica y perniciosa (Klomek et al., 2008).

Posteriormente, Fazza y Page (2009) intentan establecer una comprensión teórica más integral sobre el suicidio. Encuentran que las personas con niveles más altos de autocrítica se asocian con un aumento en la intención (deseo) suicida y puntuaciones elevadas en riesgo. En contraste con aquellos que puntúan más alto en dependencia, presentan puntuaciones de rescate más bajo debido a que toman más precauciones para no ser descubiertos, mientras que los dependientes tienden a realizar actos más impulsivos, menos planificados y con menos cuidado de que sean impedidos. Por ello, los actos suicidas de los autocríticos son más letales.

Parte de las diferencias en el nivel de planificación y posterior letalidad, puede explicarse a través de los estados emocionales y los factores de estrés de la persona. En los individuos principalmente autocríticos, el inicio de la depresión o el suicidio viene de la mano de procesos internos, en lugar de factores estresantes externos. Por su lado, los eventos precipitantes parecen ser más crónicos que transitorios. Además, sus factores de estrés tienden a mostrar menos mejoras e implican resultados menos favorables a lo largo del tiempo, lo que lleva a más desesperanza y mostrar estas tendencias suicidas en periodos más prolongados.

Por último, señalar que de forma más reciente Campos y Holden (2014) han encontrado que las puntuaciones en autocrítica discriminan entre las personas que intentaron suicidarse y las que no. Igualmente se ha encontrado una relación directa entre la autocrítica y la depresión pero que la autocrítica también media en el efecto del rechazo de los padres sobre el suicidio (Sobrinho, Campos, y Holden, 2016).

1.7. Autocrítica y conductas autolesivas

Igual que sucede con otras manifestaciones psicopatológicas como en trastornos de conducta alimentaria (Dunkley y Grilo, 2007) y comportamiento suicida (Grilo et al., 1999), se ha podido encontrar una relación de mediación entre la autocrítica y la emisión de conductas autolesivas.

Glassman et al. (2007) encuentran que en adolescentes que han presentado historia de maltrato infantil, suele darse de manera ulterior una tendencia a emitir conductas autolesivas no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés). Específicamente se ha relacionado el abuso emocional, el abuso sexual y la negligencia física con la tendencia a infringirse daño físico, no así en experiencias de abuso físico y negligencia emocional.

Además, identifican que la relación abuso emocional y NSSI es explicada parcialmente por un estilo cognitivo autocrítico en la adolescencia. Los autores proponen que una posible explicación de esta relación es que algunas personas eligen las autolesiones debido a su naturaleza autoagresiva, habiendo aprendido por el modelo de conducta abusiva que otros emplearon con ellos. De esta manera, las personas que han sido criticadas en exceso y sufrido un abuso emocional quizá empleen las autolesiones como forma de abuso directo hacia ellas mismas. Por el contrario, al comprobar la historia de abuso emocional como mediadora y la autocrítica como variable independiente se observa que este modelo no se confirma.

También se encuentra que la autocrítica continúa mediando la relación el maltrato infantil y las conductas autolesivas incluso cuando la depresión está presente. En otro análisis, los autores descartan la crítica percibida (es decir, la crítica de otros) como variable mediadora entre el abuso emocional y las autolesiones (Glassman et al. 2007).

Cabe destacar que es un estudio transversal con adolescentes, por lo que se hace necesario poder evaluar estas relaciones en muestras de mayor edad y de forma longitudinal.

1.8. Autocrítica y esquizofrenia

Se puede observar que en las personas que padecen psicosis, las voces tienen un contenido agresivo, de desprecio y amenazante (Chadwick y Birchwood, 1994; Nayani y David, 1996, citados en Gilbert, Clarke et al., 2004).

En un estudio llevado a cabo por Mayhew y Gilbert (2008) con pacientes psicóticos que escuchan voces, realizan un Entrenamiento Mental Compasivo (CMT, por sus siglas en inglés; por ejemplo, Gilbert, 2000). Este entrenamiento está especialmente dirigido para personas con altos niveles de vergüenza y autocrítica.

Los resultados mostraron una disminución de las variables de medida, entre ellas, la autocrítica. Además, parece que el entrenamiento en CMT afectó a las voces hostiles, transformándolas en menos persecutorias y con contenido menos malévolo, llegando incluso a adquirir un componente más tranquilizador.

Posteriormente, se ha encontrado una relación positiva entre la autocrítica y las creencias persecutorias (Hutton, Lowens, Taylor, y Tai, 2013).

En otro estudio, Kingston y Schuurmans-Stekhoven (2016) señalan la presencia de correlaciones moderadas y positivas entre la autocrítica y los delirios. También se han encontrado relaciones con las creencias paranoicas en poblaciones no clínicas (Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, y Xavier, 2013). Más allá, se ha encontrado que la autocrítica desempeñaba un papel mediador en el impacto de los problemas de la vida diaria sobre los delirios (Kingston y Schuurmans-Stekhoven, 2016); en este sentido, los pacientes con delirios persecutorios informaron de puntuaciones más altas en el Yo Inadecuado y en el Yo Odiado en comparación con controles sanos y pacientes deprimidos.

1.9. Autocrítica y trastorno bipolar

Teniendo en cuenta los estudios realizados sobre la hipótesis de la congruencia en depresión y el papel de esta en los trastornos bipolares, Francis-Raniere, Alloy y Abramson (2006) exploraron si esta hipótesis también se da en pacientes bipolares.

Recordamos que la hipótesis de la congruencia propone que existen unos factores de personalidad (autocrítica y dependencia) que unidos a la vivencia de eventos congruentes con ellos hace que se vea incrementada la probabilidad de experimentar sentimientos depresivos. Además, Beck (1976, citado en Francis-Raniere et al., 2006) había sugerido que las personas propensas a la manía poseen en su entramado cognitivo un conjunto de esquemas positivos sobre sí mismos. Cuando estas personas experimentan eventos positivos, los llevan a experimentar síntomas hipomaníacos o maníacos.

Los resultados del estudio apoyan específicamente la existencia de congruencia y activación de síntomas en personas con elevada autocrítica y eventos en los que se da una evaluación del desempeño. La interacción autocrítica-evaluación del desempeño es significativa, tanto para generar síntomas depresivos como para generar síntomas hipomaniacos. De hecho, explicaba un 11,8% de la varianza en el caso de la hipomanía.

También se pudo apreciar que cuanto mayor era la autocrítica y mayor número de eventos positivos eran experimentados, mayor era el aumento de los síntomas.

Igualmente, concluyen que la interacción autocrítica-evaluación del desempeño puede ser más relevante en pacientes bipolares que en personas unipolares. Francis-Raniere et al. (2008) lo ponen en relación con los estudios (por ejemplo, Johnson et al., 2000; Rosenfarb, Becker, Khan, y Mintz, 1998) que encuentran que los estilos cognitivos y de personalidad en estos pacientes están muy focalizados en el perfeccionismo, la autocrítica, la autonomía y el logro de objetivos, mientras que en las personas únicamente deprimidas predomina la dependencia y la necesidad de apego.

En contraste, un estilo de personalidad relacionado con la sociotropía, puede contrarrestar la presencia de síntomas depresivos ante eventos negativos en pacientes bipolares.

Después de este estudio, Eisner, Johnson y Carver (2008) examinaron tanto las respuestas cognitivas al fracaso y al éxito, así como la asociación de estas respuestas con la depresión y la manía en el trastorno bipolar. Igualmente, evaluaron la tendencia a

mantener altos estándares, a ser autocríticos y generalizar los sentimientos de fracaso al sentido general de autoestima.

Los resultados ofrecieron el dato de que las personas con antecedentes de manía o hipomanía tienen puntuaciones más elevadas en autocrítica y generalización que las personas sin antecedentes. Sin embargo, al controlar los síntomas depresivos en el momento de la investigación, la relación de la autocrítica y la generalización ya no era significativa, por lo que el efecto de la autocrítica se podría atribuir a los síntomas depresivos actuales (Eisner et al., 2008).

Se encuentra que las personas con hipomanía o manía no refieren (no perciben) altos estándares, aunque mirados en comparación a lo esperable en la población general sí lo son. Esto puede deberse a que no toman como referencia los puntos normativos, es decir, los del resto de las personas (Eisner et al., 2008).

1.10. Autocrítica y enfermedades psicosomáticas

En primer lugar, vamos a hablar de los resultados obtenidos en un estudio sobre la fatiga crónica. El síndrome de la fatiga crónica es un trastorno que genera una alta incapacidad, está encuadrado dentro de un espectro más amplio de dolores crónicos y otros trastornos de fatiga (Aaron, Burke, y Buchwald, 2000).

Este síndrome muestra una gran relación con los trastornos afectivos como la depresión, con la que comparte trastornos fisiopatológicos relativos a la respuesta al estrés (Luyten et al., 2011).

De hecho, desde una perspectiva psicodinámica tanto el perfeccionismo autocrítico como los factores de personalidad relacionados explican en parte las deficiencias de la respuesta al estrés en ambos (depresión y fatiga crónica). Sin embargo, debido a la falta de pruebas que apoyen esto en el síndrome de fatiga crónica, Luyten et al. (2011), estudian la asociación entre los altos niveles de perfeccionismo autocrítico, la generación activa de estrés y los niveles de depresión en pacientes con esta dolencia.

Primero, estudian si existe relación entre el perfeccionismo autocrítico y la generación de problemas diarios durante dos meses antes. Además, valoran la posibilidad de que la gravedad de la depresión varíe en función de si los problemas dependen de la persona o son externos, es decir, si existe mediación. En segundo lugar, analizan si el perfeccionismo autocrítico se asocia prospectivamente con una mayor sensibilidad al estrés durante 14 días y si, de haberla, esto predeciría mayores niveles de depresión.

Los resultados arrojan evidencias sobre el influjo del perfeccionismo autocrítico en el nivel de depresión en pacientes con síndrome de fatiga crónica, a través de impacto en la generación y sensibilidad al estrés (Luyten et al., 2011). Específicamente, encontraron que solo los problemas diarios dependientes de la persona median parte de esta relación entre perfeccionismo autocrítico y depresión. Por tanto, la relación no es solo directa, sino que también se da a través de los aumentos de estrés autogenerado, al menos en los dos últimos meses, lo cual es congruente con estudios anteriores con muestras distintas (ejemplo, Shahar y Priel, 2003)

El perfeccionismo autocrítico también predijo niveles más altos de depresión en el periodo de 14 días (Luyten et al., 2011). Sin embargo, esta relación desaparecía cuando se controlaba la sensibilidad al estrés. Esto quiere decir que las personas con síndrome de fatiga crónica sufren niveles más altos de molestias diarias personalmente relevantes y sufren más angustia por ellas. Luyten et al. (2011) indican que debido al fuerte deseo de autonomía y control que tienen estas personas, esto puede hacerles sentirse especialmente angustiados ante problemas que creen que están bajo su control personal.

Los autores (Luyten et al., 2013) sugieren que estos resultados deben hacer pensar sobre la importancia de prestar atención a la autocrítica que contribuye a la generación de estrés y sensibilidad al estrés.

En otro estudio, Lerman, Shahar y Rudich (2012) realizan un estudio longitudinal para examinar el papel de la autocrítica como moderadora de la relación del dolor y la depresión. Para poder entender los resultados es necesario explicar que el dolor crónico no es algo unitario, sino que tiene una naturaleza multidimensional en la

que se encuentran dimensiones afectivas y sensoriales (Merskey y Bogduk, 1994, citado en Lerman et al., 2012).

La dimensión sensorial tiene que ver con la intensidad y ubicación del dolor. La dimensión afectiva es el significado atribuido y las implicaciones que el dolor tiene a largo plazo, aspectos influidos por la personalidad, las creencias y las emociones (por ejemplo, Hofbauer et al., 2001, citado en Lerman et al., 2012). Además, se sabe que tanto el procesamiento como la experiencia de la depresión y del dolor presentan diferencias de género, presentando las mujeres niveles más altos de ambos (por ejemplo, Fillingim et al., 2009, citado en Lerman et al., 2012).

Debido a que se sabe de la influencia de la personalidad en la experiencia del dolor y que también se conoce que la autocrítica es un factor de vulnerabilidad que contribuye tanto a la depresión como a la psicopatología relacionada (por ejemplo, Shahar et al., 2004), resulta importante estudiar la relación de estos constructos con el dolor, entendiendo la autocrítica en pacientes con dolor crónico como altas expectativas sobre la propia capacidad para encarar su nivel de dolor (Lerman et al., 2012). Además, podría suceder que las personas autocríticas que viven el dolor como cruel y punitivo tengan un mayor riesgo de depresión (Lerman et al., 2012).

El estudio apunta que la autocrítica contribuye de manera significativa a los síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico. Probablemente, las personas con elevada autocrítica y que sufren dolor crónico pueden poseer una mayor expectativa sobre su capacidad para encarar el dolor, pero conforme este aumenta, también se ve incrementado el riesgo de depresión por la imposibilidad de afrontar las demandas diarias tal y como se lo habían planteado (Lerman et al., 2012).

Además, los resultados señalan que un factor importante para los síntomas depresivos es la forma en que el dolor es percibido y no tanto la intensidad del mismo. Así, las personas autocríticas que interpretan el dolor como cruel, punitivo o como un castigo, es más probable que lo encuentren desmoralizador (Lerman et al., 2012).

Estos resultados van en la línea de un estudio anterior en el que Rudich et al. (2008) encuentran que en el juicio clínico del médico sobre el pronóstico del dolor tiene más peso la autocrítica del paciente que el propio dolor.

En este estudio se hace un tercer hallazgo que confirma lo referido anteriormente, en estas personas la depresión es predicha por la interacción de la autocrítica y el dolor afectivo, únicamente en mujeres, las cuales mostraban tasas más altas de depresión en el segundo tiempo de este estudio longitudinal (Lerman et al., 2012). Esto también está en relación con el hecho de que la autocrítica afecta de manera longitudinal a la depresión (Shahar et al., 2004).

1.11. Autocrítica y abuso de drogas

Aunque para este apartado nos centramos en un artículo ciertamente antiguo (Blatt, Rounsaville, Eyre, y Wilber, 1984) nos parece interesante el conocimiento que aporta, así como las reflexiones de corte teórico psicoanalítico que realiza y que se pueden tener en consideración a la hora de afrontar tanto un caso clínico como para poder establecer hipótesis en otros estudios sobre este tema. Señalar que no hemos encontrado información concreta más reciente, aun habiendo consultado a expertos que centran su actividad investigadora en temas de autocrítica (Shahar, comunicación personal, 20 noviembre, 2018).

Blatt et al. (1984) llevan a cabo un estudio en el que comparan los niveles de depresión y la cualidad de la misma entre personas que consumían opiáceos y otro grupo de policonsumidores pero sin consumo de opiáceos. Este estudio tiene sentido debido a que no se puede considerar el consumo de drogas como un fenómeno unitario. No obstante, hay que tener en cuenta que la existencia de diferentes tipos de drogas, con distintos efectos, también pueden cumplir distintas funciones cubriendo distintas necesidades, tal y como señalan Milkman y Frosch (1973, citado en Blatt et al., 1984).

Hasta el momento se había propuesto la importancia de la depresión en las personas que consumen derivados del opio (por ejemplo, Gossop, Cobb, y Connell, 1975, citados en Blatt et al., 1984). De hecho, algunos autores habían señalado el

consumo de opiáceos como una forma de manejar afectos intensos como la agresión y la depresión (Khantzian, Mack, y Schatzberg, 1974, citado en Blatt et al., 1984).

Respecto a la cualidad de la depresión, previo a esta investigación se había debatido en torno a que esta adicción tiene que ver con las dificultades en la diferenciación con el otro, así como con la internalización de unos padres sobreidealizados y/o duros y punitivos. Más específicamente, se plantea que la relación de los opiáceos tiene que ver con el intento de diferenciarse de esta imagen parental impregnada de odio y juicio (Kaplan y Wogan, 1978, citado en Blatt et al., 1984). Por tanto, los problemas relacionados con los sentimientos de culpa y con la vergüenza se pueden ver como un tema central en personas que consumen opioides.

En este sentido, se sabe que las personas con problemas de adicción sufren fuertes sentimientos de inutilidad, desesperanza y baja autoestima, así como vergüenza, culpa, autorrechazo, junto a severos impulsos de autodestrucción. Desde aquí, la adicción se comprende desde una respuesta a los sentimientos profundos de baja autoestima y a las expectativas negativas en las interacciones interpersonales (Blatt et al., 1984). Otros investigadores (ejemplo, Whisnie, 1974, citado en Blatt et al., 1984) también señalan que la adicción a los opiáceos se desarrolla a partir de la necesidad de encontrar la gratificación inmediata que compense la privación (oral) de una madre que no estuvo disponible y fue inconsistente, y al mismo tiempo compense los sentimientos de culpa y vergüenza instaurados por un padre punitivo y crítico.

En base a estos postulados teóricos, Blatt et al. (1984) realizan el análisis de los resultados, encontrando que los consumidores de derivados del opio tienen un mayor rango etario, consumen más variedad de drogas, pareciendo la adicción de opioides el último estadio de un consumo de sustancias que va en aumento y se hace crónico. Sin embargo, de las personas que presentan un consumo de drogas blandas, solo unos pocos terminan haciendo el salto a otras sustancias adictivas más serias.

Así, se encuentra que efectivamente la depresión es un problema central para los consumidores de opioides. El grupo de consumidores de opiáceos tienen mayores niveles de depresión que los policonsumidores que no usan opiáceos. También se observa que la elevación de depresión está más relacionada con los sentimientos de

autocrítica, culpa y vergüenza que con problemas relacionados con los sentimientos de rechazo y abandono.

A la luz de estos hallazgos, Blatt et al. (1984) discuten si esta depresión autocrítica, centrada en temas de autoestima, culpa y vergüenza es causa o consecuencia de la adicción a los opioides. Señalan que hay que tener en cuenta que la intensidad de la autocrítica también es mayor en aquellos policonsumidores sin uso de opioides que han comenzado a experimentar con la heroína. Por tanto, se podría encontrar como un factor más en el origen del problema del consumo de opiáceos y no solamente implicado en el mantenimiento y agravamiento del mismo.

Otras explicaciones alternativas que los autores (Blatt et al., 1984) descartan refieren a lo siguiente: podría ser que la autocrítica respondiera al mero hecho de realizar una actividad ilícita, pero en tal caso no debería haber diferencias en el grado de autocrítica entre los del grupo de personas que usan opioides y el grupo que no. Otra posibilidad tendría que ver con los efectos depresores directos de los opiáceos, pero en tal caso, sin embargo, el efecto depresivo no debería darse específicamente sobre temas de autocrítica en lugar de otros temas como los de dependencia.

1.12. Autocrítica y trastornos de la personalidad

Igual que sucede con el trastorno depresivo, es necesario señalar que la autocrítica es más que un componente de los trastornos de personalidad. De hecho, cabe destacar que como hemos señalado a lo largo del texto hasta aquí, la autocrítica se ha conceptualizado como un rasgo de personalidad per se (por ejemplo, Blatt, 1974).

En un estudio sobre el papel relativo de la autocrítica y los trastornos de personalidad sobre el resultado del tratamiento, Shahar, Blatt, Zuroff y Pilkonis (2003) encuentran asociaciones débiles entre la autocrítica pretratamiento y las características de los trastornos de personalidad; es más, tan solo alcanza significación estadística el trastorno de personalidad depresiva y aquellos del grupo raro o excéntrico (paranoide, esquizoide y esquizotípico).

También encontraron (Shahar, Blatt, et al., 2003) que al predecir el estado clínico de los pacientes en el momento de la finalización, la autocrítica muestra un

efecto único en el tratamiento, independiente de las características de los trastornos de personalidad; por ello, concluyen que la autocrítica medida en el momento previo al tratamiento, no se superpone a las características del trastorno de personalidad y que tiene capacidad para influir en el resultado del tratamiento con independencia de las características del trastorno. Además, señalan que una diferencia entre los efectos de la autocrítica y de las características de los trastornos de personalidad es que en la primera hay un efecto sobre el tratamiento que se define como interpersonal.

Shahar (2015) señala que debido a su funcionamiento y caracterización, los siguientes trastornos contienen la autocrítica: Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP), Trastorno Evitativo de la Personalidad (TEP), Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad (TOCP) y el Trastorno Depresivo de la Personalidad (TDP).

Además, profundiza con la siguiente explicación para cada trastorno de personalidad (Shahar, 2015):

El TLP se caracteriza por una inestabilidad marcada y persistente que afecta a la autoimagen y se manifiesta en la devaluación del sí mismo o la de otros. Esta devaluación es similar a la autocrítica, por lo que espera una relación positiva entre el TLP y la autocrítica.

En este sentido, queremos recoger los hallazgos de Southwick, Yehuda y Giller (1995) en su estudio sobre la influencia de rasgos de personalidad en la depresión en personas con TLP. Encontraron que, en contra de lo esperable, no encuentran mayores niveles de depresión dependiente que en personas sin TLP. Sin embargo, sí encuentran mayores niveles de depresión autocrítica

Por otro lado, el TNP es un trastorno del sí mismo que se relaciona con sentimientos de grandiosidad y con la necesidad de lograr la admiración de los demás. Se podría esperar una asociación negativa debido a que el narcisismo es conceptualizado como una respuesta defensiva a las experiencias de inutilidad (por ejemplo, Cramer, 1995; Reich, 1960, citados en Shahar, 2015). De hecho, Kohut (1977) argumenta que, como resultado de experiencias tempranas, las personas pueden

internalizar la habilidad de autotranquilizarse ante los fracasos personales o bien terminar actuando su frustración mediante rasgos narcisistas de personalidad, surgiendo los rasgos narcisistas como una respuesta a la autocrítica, pero con la consecuencia del debilitamiento de la autoestima.

Respecto al TEP, podemos anticipar una asociación positiva con la autocrítica, debido a que está caracterizado como la inhibición social y sentimiento de insuficiencia en situaciones sociales, es más, la visión del sí mismo es como socialmente inepto, escasamente atractivo e inferior a los demás.

En torno al TOCP cabe señalar la estrecha relación debido al excesivo perfeccionismo que caracteriza a estas personas.

Por último, el TDP se relaciona con una experiencia omnipresente de la depresión estrechamente relacionada con la insuficiencia, la inutilidad y la baja autoestima, así como una actitud crítica, culpógena y despectiva hacia el sí mismo. En un estudio realizado por Izhakey, Shahar, Stein y Fenning (en revisión, citado por Shahar, 2015) encuentran que con niveles altos de características de TDP, la autocrítica predice un aumento de síntomas depresivos a lo largo del tiempo, pero no es así frente a niveles bajos de TDP.

2. La autocrítica en el desarrollo psicoevolutivo y las relaciones interpersonales

2.1. Autocrítica y el desarrollo evolutivo

Koestner et al. (1991) han descrito la relación entre la crianza temprana y la autocrítica a los 12 años. Indican que cuando los progenitores se muestran restrictivos, críticos y con tendencia a rechazar, se puede predecir la autocrítica a los 12 años, así como una mayor insatisfacción con la experiencia con los cuidadores primarios, especialmente si eran del mismo sexo. Esto es congruente con el postulado de Blatt, en el que señala que las experiencias tempranas con los cuidadores suponen el andamiaje de estructuras de personalidad que confieren vulnerabilidad a distintos trastornos (Blatt y Schichman, 1983).

Posteriormente, Zuroff, Koestner y Powers (1994) llevan a cabo un estudio longitudinal en el que estudian la autocrítica en niños de 12 años y sus efectos en distintos dominios (relaciones interpersonales, logros y ajuste) en su vida posterior, a los 18 y 31 años.

Obtuvieron que los menores autocríticos de 12 años mostraban un peor ajuste en la escuela secundaria e indican que esto posiblemente se relacione con las dificultades interpersonales debido a que las tareas académicas implican involucrarse de forma constante a situaciones de logro y comparación social (Zuroff et al., 1994).

Igual que Koestner et al. (1991) encuentran una discontinuidad en la medida de autocrítica para los varones, no para las mujeres. Los autores plantean que es probable que los varones posean autorrepresentaciones negativas estables y que produzcan resultados adversos pero que la autocrítica consciente permanezca reprimida o negada; por ello, no se manifiesta en las medidas de autoinforme. Consecuentemente, algunos niños pueden ver trastocadas sus relaciones interpersonales al transformar su visión del yo en algo menos inadecuado y vivirse víctima de otros, a los que valoran como culpables o poco confiables.

Además, a través de la medida de conductas agresivas y antisociales, Zuroff et al. (1994) también proponen que la autocrítica puede ser una forma internalizada de la falta de adaptación, mientras que las actitudes agresivas/antisociales podrían ser la forma externalizada.

También plantean la hipótesis de que las dificultades que genera la autocrítica en las relaciones interpersonales conllevarían una edad más tardía para contraer matrimonio a los 31 años. Si bien no confirmaron esta hipótesis, sí observaron que existía una mayor insatisfacción con las relaciones primarias (pareja), así como con el papel parental, que también se puede deber a la propia insatisfacción en la relación con los padres, así como con el apego inseguro creado y la falta de habilidades (Zuroff et al., 1994).

En relación al logro, la autocrítica predijo menos años de educación en ambos sexos. Además, en el caso de los hombres predijo un estatus ocupacional más bajo con

31 años. En este sentido, implicarse en tareas para lograr éxito implica enfrentar el fracaso; de ello, se puede desprender un estilo evitativo que puede ir en contra de la consecución de logro. Así, en la esfera profesional, implica estar bajo la supervisión de superiores y aceptarla, además de competir con compañeros situados en una posición horizontal, lo cual es difícil para el autocrítico.

Finalmente, la autocrítica también predijo una adaptación más pobre en adultos en términos de relaciones con iguales, integración social, funcionamiento vocacional, matrimonial-familiar, así como el interés en la vida (Zuroff et al., 1994).

En otro estudio, Shahar et al. (2003) encuentran que la capacidad de autorregulación autónoma en adolescentes se ve disminuida por la autocrítica. Esto implica que es más probable que los adolescentes autocríticos participen en actividades académicas y sociales como una motivación intrínseca y autogenerar gratificación.

También en el ámbito escolar Shahar, Henrich, et al. (2006) encuentran que, principalmente en niños, la alta autocrítica interactúa con los niveles de depresión para predecir una disminución en el promedio de las puntuaciones académicas a lo largo del tiempo. Además, aunque el efecto fuera moderado, también encontraron una relación directa entre la autocrítica y la disminución del promedio de las calificaciones.

2.2. Autocrítica y relaciones interpersonales

En general, se puede destacar que las investigaciones han vinculado la autocrítica a pobres relaciones interpersonales (Kopala-Sibley, Rappaport, Sutton, Moskowitz, y Zuroff, 2013; Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, y Moskowitz, 2014; Mongrain, 1998). Por ejemplo, Zuroff et al. (1983) señalan que las alumnas tienden a posicionarse en contra de los otros y a adoptar una actitud más maquiavélica, cuando se entrelaza la autocrítica, la hostilidad y la competitividad. Asimismo, la autocrítica se correlaciona de manera negativa con la amabilidad medida por el NEO-PI (Dunkley, Blankstein, y Flett, 1997).

Igualmente, Mongrain, Vettese, Shuster y Kendal (1998) encuentran que las mujeres con depresión (autocrítica) se muestran menos cariñosas y más hostiles hacia los novios, con independencia del ánimo disfórico. Esta medida era tomada por

observadores externos. Por su lado, los novios también se muestran más disfóricos y menos cariñosos. Por tanto, estos patrones de interacción negativa pueden perpetuar ciclos de conflicto que fomentan las autorrepresentaciones negativas y la vulnerabilidad a los síntomas depresivos (Mongrain et al., 1998).

Además, existe evidencia de que las personas autocríticas también experimentan menos apoyo social, es decir, las personas autocríticas tienen menos amigos (Moskowitz y Zuroff, 1991, citado en Zuroff y Duncan, 1999) y están menos satisfechos con el apoyo social (Mongrain, 1998; Moskowitz y Zuroff, 1991).

Sin embargo, el efecto de la autocrítica en las relaciones interpersonales no solo afecta a la pobreza de las mismas. Por ejemplo, Bakeret-Bojmel y Shahar (2011) en un estudio sobre autorrevelaciones en línea, encuentran que las personas presentan más facilidad para revelar aspectos personales a otros si son personas desconocidas, con las que no se van a tener que involucrar en una relación posterior. No obstante, las personas autocríticas se involucran menos en la interacción.

También encuentran que las personas con una elevada autocrítica por lo general experimentan una disminución del afecto positivo después de la autorrevelación. Además, los receptores (autocríticos) del relato de la vivencia negativa presentan un afecto negativo posterior, fuera el emisor autocrítico o no, mostrando contagio por el afecto de la experiencia negativa. En este caso, las personas autocríticas que escuchan la experiencia también tienen menos voluntad para interactuar.

Se puede dar que con el anonimato las personas críticas sean más críticas, revelando la experiencia con más resentimiento, generando rechazo (Bakeret-Bojmel y Shahar, 2011).

Por otro lado, los resultados del estudio de Lassri y Shahar (2012) muestran que el maltrato emocional infantil guarda una relación directa pero también mediada por la autocrítica en la satisfacción de las relaciones de pareja. También encuentran que la autocrítica media de manera parcial el impacto del maltrato emocional infantil con aspectos como la intimidad, el compromiso y la eficacia percibida en las relaciones íntimas. Igualmente, la autocrítica media estos efectos del maltrato emocional infantil

incluso cuando se controlan otras dimensiones de personalidad como la dependencia y la autoeficacia, así como trastornos tales como el trastorno de estrés postraumático y psicopatología medida por el Inventario Breve de Psicopatología (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983, citado en Lassri y Shahar, 2012).

Esto refuerza el pensamiento de que las personas autocríticas tienden a generar eventos estresantes relacionados con las dificultades interpersonales (por ejemplo, Shahar, 2015), así como a la aparición de luchas en las relaciones cercanas (Mongrain et al., 1998).

Lassri y Shahar (2012) refieren que, si la autocrítica resulta de la evolución de la internalización de las cogniciones negativas sobre uno mismo, que proporcionó el abusador, o por el intento del niño de comprender el abuso, el resultado obtenido en este estudio es un ejemplo de la internalización del pensamiento crítico (Dunkley et al., 2010, citado en Lassri y Shahar, 2012) hacia el yo.

Continúan explicando que, si esta tendencia se mantiene en el tiempo, puede consolidarse como una característica de la personalidad que conduce a que las relaciones interpersonales (y las de pareja) tiendan a fracasar; tal y como señala Mongrain (1998, citado en Lassri y Shahar, 2012), las relaciones paternas menos cálidas y más críticas se pueden generalizar en nuevas situaciones sociales, fomentando la formación de ciclos interpersonales negativos.

Estos resultados son congruentes con otros estudios (Rademaker, Vermetten, Geuze, Mulder, y Kleber, 2008, citado en Lassri y Shahar, 2012) que relacionan el trauma infantil con las futuras dificultades emocionales y cognitivas, a través de los factores de personalidad, en este caso la autocrítica.

También en el contexto de las relaciones de pareja heterosexuales se había estudiado la influencia de la autocrítica en la resolución de conflictos, mediada por los esquemas relacionales (la imagen de uno mismo y del otro junto a un guion de interacción formado por las experiencias intrapersonales similares que se han repetido), que tenían como resultado reacciones cognitivo-afectivas negativas durante la resolución del conflicto (Zuroff y Duncan, 1999).

Los resultados de este estudio (Zuroff y Duncan, 1999) también indican que las personas con una autocrítica más elevada tienden a experimentar reacciones cognitivo-afectivas negativas durante la resolución del conflicto; se sienten más enfadados durante la resolución del mismo y perciben al otro con un trato frío. Conjuntamente, la presencia de esquemas emocionales más negativos predice una mayor respuesta de malestar emocional. Por tanto, las situaciones emocionales difíciles activan esquemas relacionales negativos que, a su vez, repercuten en el ámbito cognitivo-afectivo y motivacional durante la discusión (Zuroff y Duncan, 1999).

Igualmente, de manera diferencial se obtiene que la autocrítica es asociada con una mayor hostilidad (más comentarios críticos o de menosprecio en la pareja) en las novias. Dicha hostilidad tiene lugar por la activación de los esquemas relacionales negativos y una respuesta cognitivo-afectiva negativa. Estas reacciones de las novias moldean el entorno, activando la reacción cognitivo-afectiva negativa y la hostilidad manifiesta de los novios (Zuroff y Duncan, 1999). Sin embargo, la respuesta del novio no se relacionó con las respuestas de las novias durante las tareas.

Asimismo, se da un efecto diferencial por sexos en las consecuencias. Por un lado, las novias con elevada autocrítica, al experimentar relaciones íntimas que se caracterizan por la formación de expectativas negativas, las reacciones negativas cognitivo-afectivas y la expresión de hostilidad hacia los novios, tienden a mostrar disforia y cogniciones negativas que contribuyen a la insatisfacción y a los ataques hostiles que no permiten la resolución de conflictos (Zuroff y Duncan, 1999).

Por otro lado, las consecuencias en los novios de su autocrítica sobre la exposición a relaciones íntimas que se caracterizan por expectativas negativas, reacciones cognitivo-afectivas negativas durante la resolución de conflictos y la inhibición de las propias respuestas hostiles, tienen que ver con la aparición de sentimientos de incongruencia, debilidad e insuficiencia, que atenta contra los intentos de resolver los conflictos, aspecto necesario para poder mantener las relaciones a largo plazo (Zuroff y Duncan, 1999).

2.3. Autocrítica y conductas violentas

Leadbeater et al. (1999) realizan una investigación en la que estudian la existencia de un modelo multivariado en el que las diferencias de género tienen un papel moderador en los problemas de internalización y externalización. Concretamente las diferencias de género que estudiaron fueron la vulnerabilidad interpersonal y la vulnerabilidad autocrítica, la reactividad a los eventos estresantes de la vida, la calidad de las relaciones con progenitores y pares, y en el autoconcepto. Aquí nos centramos, debido al tema de nuestro estudio, en los resultados encontrados en la vulnerabilidad autocrítica.

A pesar de que los niveles de vulnerabilidad autocrítica no presentan diferencias entre niños y niñas, en general sí existe presencia de la interacción de vulnerabilidad autocrítica y el género en la manifestación de conductas externalizantes, siendo los varones quienes presentan mayor probabilidad de emitir este tipo de comportamientos cuando cuentan con una mayor vulnerabilidad a la autocrítica. No obstante, en este estudio longitudinal Leadbeater et al. (1999) encontraron que, en el segundo año de recogida de datos, la autocrítica era mayor en los niños.

Los autores (Leadbeater et al., 1999) explican que las personas con elevada vulnerabilidad autocrítica muestran una especial preocupación por los sentimientos de culpa, desesperanza, inadecuación e inutilidad. Pero no solo hay una vulnerabilidad hacia la autocrítica, sino que los otros también pueden ser percibidos como críticos, lo que puede llevar a dos formas de actuación: una tendencia a evitar las relaciones íntimas o a actuar con ira y hostilidad. Por tanto, también es más probable que estos niños presenten más conductas de externalización que les permita desarrollar su sentido de sí mismos o que les posibilite desviar las críticas, de esta manera pueden actuar mediante el desafío a la autoridad, la delincuencia, la agresión a los demás y los problemas de comportamiento en el colegio. Existe una predicción entre la estabilidad de la autocrítica en el periodo de un año y la aparición de este tipo de conductas.

3. Autocrítica y emoción

Hasta hace relativamente poco tiempo, la autocrítica ha sido conceptualizada como un rasgo de personalidad que sitúa a las personas en una posición de vulnerabilidad a la depresión (Blatt, 1974); como una serie de pensamientos, esquemas o atribuciones que sesgan el procesamiento de la información, también como una autocrítica depresógena (por ejemplo, Abranson, Seligman, y Teasdale, 1978, citado en Whelton y Greenberg, 2005); como “modos” de procesamiento de la información (Beck, 1996); e incluso, como esquemas emocionales (Leahy, 2002). Sin embargo, no se había estudiado el papel de la emoción en el proceso de la autocrítica de forma suficiente hasta el estudio de Whelton y Greenberg (2005).

Greenberg y su equipo (Greenberg, Elliot, y Foester, 1990; Greenberg, Watson y Goldman, 1998) explican que el self se organiza en base a esquemas emocionales, es decir, la identidad está basada en las emociones. Estos esquemas emocionales contienen una síntesis de información afectiva, cognitiva, motivacional y motora que ofrece un sentido del sí mismo en relación al mundo (Whelton y Greenberg, 2005).

Por tanto, proponen que un antecedente a la impotencia de la depresión es el duro afecto negativo que acompaña a la autocrítica (Greenberg et al., 1998). En este mismo sentido, Greenberg y Paivio (2000) señalan que el efecto más negativo implicado en los sentimientos de vergüenza e indefensión/impotencia es el desprecio por sí mismo.

En este contexto, Whelton y Greenberg (2005) se interesan por comparar la vulnerabilidad de los individuos (autocríticos frente a los no autocríticos) sobre las emociones de desprecio y asco por sí mismos en los procesos de autocrítica que tienen en su vida diaria.

También exploran la resiliencia que pueden mostrar en las respuestas a la autocrítica. En este sentido Greenberg et al. (1990) señalan que no es tanto el mensaje (cognición) que las personas se dan a sí mismos, sino las respuestas a los mensajes críticos y nuestras habilidades para afrontarlas lo que favorece los sentimientos negativos de derrota, de falta de valía y profunda impotencia ante el otro que nos

deprecia y denigra, en las depresiones autocríticas. Por tanto, tanto Greenberg et al. (1990) como Whelton (2000) y Gilbert, Clarke et al. (2004), plantean que la resiliencia se encuentra en nuestra capacidad para afrontar las críticas. Indican también que es la intensa hostilidad del crítico, la que anula la habilidad del sí mismo para responder activamente (Greenberg et al., 1990).

Para comprobar si el efecto del desprecio sobre sí mismo es mayor en personas con vulnerabilidad a la autocrítica frente a grupos controles, así como la resiliencia a las mismas, Greenberg y Whelton (2005) indujeron a un ánimo disfórico mediante un ejercicio de imaginación y después, fueron incitados a criticarse a sí mismos.

Los resultados indican que aquellas personas que de manera previa al ejercicio de imaginación tenían un mayor nivel de autocrítica, realizaban críticas que contenían más desprecio y asco. También presentaban una menor resiliencia ante la crítica que aquellos que no presentaban puntuaciones elevadas en la autocrítica como rasgo.

También se puede objetivar que, más importante que el efecto del grado de desprecio en la autocrítica, es el grado de vulnerabilidad del yo en la respuesta a la propia crítica. De esta forma, los que presentan una mayor autocrítica responden de forma sumisa, poniendo excusas, mostrándose en consonancia con la crítica, rogando piedad o, incluso llegando a colapsar por la vergüenza. Es decir, para estos participantes el self tiende a desorganizarse ante la presencia de la crítica, sintiéndose más tristes y avergonzados.

En relación a esto, se puede apreciar que en comparación con las personas que presentaban un bajo nivel de autocrítica inicial pero que durante el ejercicio realizaban críticas con un componente fuertemente despectivo, había una diferencia que radicaba en la forma que se respondía a la crítica: más asertiva, más calmada e incluso, a veces con enfado y desprecio.

A tenor de las observaciones realizadas, parece que la resiliencia consiste, por un lado, en tener capacidad para que el sí mismo se organice de forma que pueda soportar y manejar el ataque. Por otro, parte de la resiliencia a la autocrítica consiste en atender a las propias emociones de orgullo, confianza e ira, que en este contexto de ataque (de

uno mismo a sí mismo) se tornan como emociones positivas. Esto extiende los resultados de otras investigaciones que señalan que existe una relación entre la emoción positiva y la resiliencia (Davidson, 2000; Fredrickson, 2001, citados en Greenberg y Whelton, 2005), aun cuando la fuente de estrés es uno mismo (Greenberg y Whelton, 2005).

En otra investigación, Kramer y Pascual-Leone (2016) han estudiado la resolución de la autocrítica en personas con ira no adaptativa, atendiendo a las posibles características específicas de los individuos con esas dos condiciones. Es decir, existe una forma adaptativa de la ira en la que se expresan necesidades básicas para la persona y permite preservar la identidad y la autoestima (Greenberg y Paivio, 2000). Pero también se da una forma desadaptativa de la ira, en la que esta lleva a rechazar y que se puede expresar en forma de desprecio. Además, se caracteriza por un estado de activación y expresión en el que el significado no está del todo claro, es decir, la ira que se refleja en estado indiferenciado de angustia global que es una reacción emocional secundaria a otros estados emocionales primarios (Greenberg y Paivio, 2000; Pascual-Leone et al., 2013, citado en Kramer y Pascual-Leone, 2016). En general, cuando la ira es un tema de preocupación para las personas es cuando se da este tipo de ira que rechaza (Greenberg y Paivio, 2000).

Así, ante una experiencia de fracaso una persona puede sentir esta ira que lleva a rechazar, depositando en el otro la responsabilidad de dicho fracaso. A través del trabajo experiencial-emocional puede llegar a aspectos más nucleares de vulnerabilidad del yo, relacionados por ejemplo con la vergüenza asociada a la necesidad de obtener reconocimiento. En la medida que las personas pueden identificar esta necesidad se puede llegar a la expresión de una ira adaptativa que permite resolver la angustia generada por el fracaso personal (Kramer y Pascual-Leone, 2016).

En un estudio previo (Diamon, Rochman, y Amir, 2010, citado en Kramer y Pascual-Leone, 2016) encontraron que la muestra de mujeres que trabajaron la ira no adaptativa a través de la tarea de las dos sillas lograban resolver de manera parcial en una única sesión la ira, obteniendo como resultado un incremento en la tristeza y la ansiedad. Este incremento de tristeza y ansiedad se puede entender cuando las personas

se ponen en contacto con una necesidad (humana) fundamental y una resolución secuencial en el proceso de cambio emocional, es decir, paso de ira a tristeza/ansiedad antes de una resolución total, tal y como proponen Pascual-Leone y Greenberg (2007).

Otros estudios (por ejemplo, Rochman, Diamond, y Amir, 2008, citado en Kramer y Pascual-Leone, 2016) refieren que la autocrítica es el *cómo* se da la ira desadaptativa.

Bajo este conocimiento, Kramer y Pascual-Leone (2016) estudian el proceso emocional en personas con problemas de ira, mediante el trabajo de la autocrítica con una adaptación de la tarea de las dos sillas. Encuentran que las personas con ira desadaptativa muestran más odio hacia sí mismas en forma de desprecio, mediante insultos u otras formas de comunicación no verbal o paraverbal. Por tanto, parece que el desprecio es una forma de expresión de ira hacia sí mismos en el proceso de autocrítica; incluso se puede predecir que cuanto más desprecio mayor es la dificultad con la ira rumiativa.

Del mismo modo, obtienen que, las personas con ira desadaptativa encuentran más dificultades para acceder a las necesidades existenciales (Kramer y Pascual-Leone, 2016). De estos resultados se desprende la importancia del procesamiento emocional en cada paso en personas autocríticas con ira desadaptativa; parece que no es suficiente enfrentar el pensamiento disfuncional, sino que hay que tener en cuenta el componente emocional, específicamente la autocrítica (Kramer y Pascual-Leone, 2016). Además, es necesario poder centrarse en la afirmación de las necesidades de la persona para poder suavizar la dureza de la autocrítica (Kramer y Pascual-Leone, 2016).

4. La autocrítica en psicoterapia

4.1. Autocrítica y resultados terapéuticos

En los últimos años, además de encontrar que la autocrítica en sus dimensiones cognitivo-afectivas es un proceso implicado en diferentes manifestaciones psicopatológicas, se ha podido apreciar que los pacientes que presentan una elevada autocrítica también responden peor a la psicoterapia (Marshall, Zuroff, McBride, y Bagby, 2008; Rector et al., 2000).

Por un lado, Rector et al. (2000) llevan a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la manera en la que influye la autocrítica (y la dependencia) en la respuesta al tratamiento, eligiendo la terapia cognitiva y la farmacoterapia como modelos de intervención.

Encontraron que la autocrítica se asociaba con la respuesta al tratamiento en el caso de la terapia cognitiva. Específicamente hallaron que los pacientes con una autocrítica más elevada exhibían respuestas más deficientes al tratamiento de terapia cognitiva. Por el contrario, la respuesta al tratamiento con terapia farmacológica se mostraba independiente a las altas puntuaciones en autocrítica, medida antes de la terapia.

Además, encontraron que el grado de éxito del tratamiento en la terapia cognitiva estaba asociado al grado en el que se producía una reducción significativa en la autocrítica, hallazgo que se mantenía una vez controlados estadísticamente la respuesta al tratamiento diferencial y las puntuaciones de autocrítica y dependencia previas al inicio del tratamiento. Debido a que no existe una asociación significativa entre las puntuaciones de cambio en la autocrítica y la respuesta al tratamiento farmacológico, hace pensar que el cambio en autocrítica en la terapia cognitiva no se debe a la disminución de la sintomatología, sino probablemente a la importante intervención directa sobre las cogniciones, en este caso cogniciones autocríticas (Beck et al., 1979, citado en Rector et al., 2000).

En una investigación posterior, Marshall et al. (2008) diseñan un nuevo estudio para examinar la relación entre la autocrítica, la dependencia y el resultado del tratamiento. Los autores optan por tres modalidades terapéuticas: terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y farmacoterapia con manejo clínico.

Los resultados indican que la autocrítica tiene un papel moderador entre el tipo de tratamiento y el resultado terapéutico. Para aquellos pacientes que recibían tratamiento en la modalidad de terapia interpersonal, la autocrítica medida antes del tratamiento predecía puntuaciones más altas en depresión al final del mismo.

Aunque en este estudio esta predicción es principalmente en la modalidad de terapia interpersonal, los resultados sugieren que las personas deprimidas con una elevada autocrítica pueden no beneficiarse ni de la terapia interpersonal ni de otros enfoques terapéuticos.

Sin embargo, Marshall et al. (2008) señalan que esta diferencia se puede deber a que las personas autocríticas están más centradas en aspectos de logro y de desempeño individual, por lo que en primera instancia se pueden beneficiar más de un enfoque cognitivo-conductual centrado en los pensamientos y creencias negativas que de un enfoque interpersonal centrado en que es el medio el que perpetúa los síntomas depresivos.

No obstante, nosotros valoramos importante poder atender al impacto que tiene la autocrítica en el medio, en la línea de lo sugerido por Shahar (2015) de que la autocrítica va generando cambios en el medio, perpetuándose en el tiempo. Además, orientados por los resultados de Whelton y Greenberg (2005) consideramos que es preciso poder atender durante el tratamiento al aspecto emocional de la autocrítica.

4.2. Autocrítica y alianza terapéutica

La alianza terapéutica, tal y como la definen Horvath y Symonds (1991) es la colaboración en la relación de trabajo que se produce entre el paciente y el terapeuta, los cuales acuerdan los objetivos y tareas de la terapia. La alianza terapéutica resulta de vital importancia para el resultado de la terapia (Ackerman y Hilsenroth, 2001). Por ello, se ha analizado el impacto de la autocrítica en la alianza terapéutica, anticipando una repercusión negativa (Kannan y Levitt, 2013).

Whelton et al. (2007) encuentra que la autocrítica se relaciona de forma positiva con el ánimo hostil en los pacientes y también se relaciona de manera negativa con el afecto positivo, incluso a las 9 y 12 semanas, respectivamente. Además, las puntuaciones en el inventario de alianza Working Alliance Inventory (WAI; Horvath y Symonds, 1991) se correlacionan negativamente con la autocrítica, sugiriendo que cuanto mayor es la autocrítica, los pacientes valoran de manera más negativa a su

terapeuta. Curiosamente, si el ánimo hostil y la ausencia de ánimo positivo se controlan, la predicción de estas dos variables de la alianza terapéutica desaparece.

En otro estudio, Janzen (2007) encuentra que los pacientes evalúan a los terapeutas y las experiencias terapéuticas de manera constante. También encuentran dificultades para lograr elogios. Asimismo, minimizan sus necesidades y logros en la terapia. Parece que parte de la dificultad en la alianza terapéutica tiene que ver con la confianza, que unido a la necesidad de reconocimiento genera un impedimento a la hora de adoptar una postura de apertura y autorrevelación.

Este mismo estudio (Janzen, 2007) concluye que parece que los pacientes autocríticos se implican en procesos metaevaluativos sobre la relación y la conexión mutua conforme las sesiones avanzan. Además, señala que para sentirse seguros y comprendidos, un elemento fundamental es la guía del terapeuta acerca de cómo implicarse en la relación terapéutica.

Estos resultados también son congruentes con las dificultades señaladas en las relaciones interpersonales en el apartado anterior. Más sentido cobra si consideramos que existe una continuidad entre lo que sucede en el exterior (la vida cotidiana del paciente) y lo que sucede en terapia.

CAPÍTULO 3.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA AUTOCRÍTICA

En este capítulo tenemos el objetivo de ofrecer una serie de ideas en torno a la intervención con la autocrítica, hablaremos de las modalidades de tratamiento que han recibido apoyo científico, pero reservando un capítulo para hablar exclusivamente de la Terapia Focalizada a la Emoción.

En primer lugar, prestando atención a la exhaustiva recapitulación que realizan Kannan y Levitt (2013) por un lado, y Golan Shahar (2015) por otro, recogemos una serie de aspectos a tener en cuenta cuando se interviene con pacientes autocríticos. Estos aspectos, que podrían enunciarse como principios, se han formado en base a la respuesta que las personas autocríticas dan al tratamiento, por ello, son especialmente importantes cuanto más severa sea la crítica. Ampliaremos este primer apartado con ciertas claves de tratamiento que Shahar (2015) señala que ha encontrado útiles en su práctica e investigación.

A destacar que estas formas de intervención tienen en común los aspectos que Stinkens, Lieater y Leijessen (2013b) señalan comunes para poder intervenir y generar cambios sobre la autocrítica: (1) que la persona pueda identificar su autocrítica, (2) tomar distancia con ella, (3) sintonizar con la autocrítica, (4) redirigir la atención a la experiencia orgánica e (5) integrar los diferentes aspectos del yo.

Queremos destacar que, para poder desarrollar este apartado sobre tratamiento, también nos encontramos con escasez de investigación. Esto se hace más evidente en contraste con la gran variedad de investigaciones que se hacen sobre personalidad y psicopatología. No obstante, se está acumulando un notable conocimiento y se comienza a validar científicamente (Shahar, 2015).

1. Principios de intervención con pacientes autocríticos

En líneas generales, la autocrítica se mantiene al darse como una forma de respuesta no adaptativa, la cual es automatizada. Que la autocrítica se dé de manera

automática, lleva a pensar que primero es necesario llevarla a la conciencia para que esta pueda ser reconocida, y luego se pueda observar todo lo que abarca la autocrítica.

Por tanto, **un principio de intervención es realizar intervenciones que permitan tomar conciencia de la autocrítica**, tanto del contenido como del propio proceso autocrítico. Así, desde un punto de vista cognitivo se llevará a debate los pensamientos autocríticos, desde la psicodinámica se explorará la transferencia y desde un enfoque de terapia focalizada en la emoción se conducirá al trabajo de la silla (Kannan y Levitt, 2013).

Además, estimular la autocrítica permitirá entender al paciente y al terapeuta como se da la relación de uno consigo mismo. Al mismo tiempo, estas intervenciones permiten al terapeuta conectar con estas opiniones devastadoras de los clientes y poder brindar, mediante la alianza terapéutica, formas adaptativas de relacionarse con el yo (Kannan y Levitt, 2013).

El siguiente principio de intervención refiere al objetivo del tratamiento: el fortalecimiento del yo. Es decir, no parece que el objetivo del tratamiento tenga que dirigirse a erradicar la autocrítica, sino a llegar a una resolución en la que el yo se vea fortalecido.

En este sentido, la exploración de diferentes modalidades de tratamiento sugiere que el resultado del tratamiento conduce a un cambio en la manera en que los pacientes entienden y procesan la autocrítica (Kannan y Levitt, 2013). En concreto, la terapia de orientación cognitiva tendrá como pretensión entrenar con los pacientes combatir de manera asertiva la autocrítica, además de desplazar la culpa a un locus de control más externo que interno. Por otra parte, un modelo psicodinámico intentará, después de fomentar la toma de consciencia, que la persona pueda integrar una comprensión más positiva de sí mismo. Finalmente, la terapia focalizada en la emoción puede resolver de diferentes maneras (se explicará de manera más detallada en el próximo capítulo), pero habitualmente se da una suavización de la crítica, que puede volverse incluso más amable y autoprotectora; asimismo, se da un fortalecimiento del yo experienciador (de la crítica), que se muestra más seguro.

Como resultado, se busca una transformación de perspectivas dañinas y autodestructivas a otras en las que la autocrítica se conforme como algo más constructivo y menos duro, manteniendo con ello una autocrítica más segura ante la que se pueden dar respuestas más adaptativas.

Otro principio relacionado con la resolución de la crítica está relacionado con la externalización de la posición hacia uno mismo. Esto es, como terapeutas es preciso poder guiar a los pacientes para que adopten una posición distinta con su autocrítica. Por ejemplo, en la terapia focalizada en la emoción, cuando se realiza el trabajo de las dos sillas se puede explorar los esquemas emocionales de cada uno de los roles implicados. Al explorar desde fuera, las personas pueden comenzar a sentirse más capaces para manejar eficazmente las críticas (Kannan y Levitt, 2013).

El cuarto principio refiere a la alianza terapéutica y la demostración de empatía y compasión. Como se describía en el capítulo anterior, los estudios de alianza con personas autocríticas y perfeccionistas demostraban que estos cuentan con más dificultades para establecer una adecuada alianza terapéutica. Además, el miedo y la vergüenza les impide revelar lo que les angustia durante la terapia (Janzen, 2007).

Por ello, es importante establecer y mantener vínculos basados en la empatía de cara a ganar confianza, crear un ambiente seguro que permita explorar junto al paciente su mundo interno mediante una mayor autorrevelación (del paciente). Además, establecer una alianza adecuada permite una experiencia relacional correctiva (Greenberg, Elliott, Watson, y Bohart, 2001, p.382), que también puede fortalecer el yo y ser especialmente terapéutica cuando los clientes son validados y tranquilizados, si están lidiando con emociones negativas intensas (Kannan y Levitt, 2013).

Además, la metacomunicación acerca de los procesos autocríticos puede ayudar a comprender cómo se sienten los clientes respecto a sí mismos y respecto al terapeuta, que a su vez repercute positivamente en un mayor entendimiento de sus necesidades en la terapia (por ejemplo, cuando se pregunta acerca de cómo los problemas no son expresados en la terapia por temor al fracaso, la vergüenza y la decepción) (Kannan y Levitt, 2013).

También, en base a los enfoques psicodinámicos, el análisis de la transferencia permite comprender de qué manera funciona la autocrítica en el contexto de las relaciones.

Podemos enunciar como **quinto principio el aumentar la agencia incrementando la compasión y asertividad de los pacientes**. Durante el proceso de terapia es importante que las personas se empoderen en su capacidad de enfrentar la autocrítica. Con independencia del enfoque que se emplee, se procura “reestructurar” la forma en que los clientes se relacionan consigo mismos, ya sea desde un ataque autodirigido o la autosuficiencia... (Kannan y Levitt, 2013).

Por ello, en la terapia focalizada en la emoción, los terapeutas tratan de facilitar que los pacientes adopten una visión más compasiva de sí mismos y sus fracasos y tensiones percibidas a través de la suavización del crítico. En una terapia cognitiva se procura fomentar la asertividad mientras que en una terapia psicodinámica se intenta incrementar la autoestima mediante el señalamiento de fortalezas y logros (Kannan y Levitt, 2013).

Finalmente, también es preciso atender a lo que le sucede al terapeuta que está en contacto con pacientes autocríticos. **El sexto principio llama a pensar sobre la necesidad de que los terapeutas se preparen para tolerar las críticas**. Debido a que los pacientes autocríticos ofrecen una respuesta más pobre a la psicoterapia, presentan sentimientos de desprecio si no cumplen con estándares altos e inalcanzables y son más resistentes a reconocer los éxitos del tratamiento (Gilbert, Durrant, y McEwan, 2006; Janzen, 2007; Rector et al., 2000), los terapeutas pueden necesitar desarrollar sus propios recursos o procesos para enfrentar la autocrítica propia.

Así, parece que las habilidades y la comodidad de los terapeutas para enfrentar la autocrítica de los clientes puede estar en función de sus propias actitudes, creencias y experiencias autocríticas (Shahar, 2001, 2015).

Para enfrentar esta situación, puede resultar fructífero tolerar, aceptar y conectarse con las emociones negativas difíciles (e intensas) (Greenberg et al., 1993). También es trascendente la exploración de las reacciones contratransferenciales, puesto

que otorga al terapeuta la oportunidad de reconocer y manejar esas respuestas. Igualmente, atendiendo a estas dificultades intra e interpersonales, puede beneficiar al proceso que se aborde al inicio de las terapias las preocupaciones y expectativas de éxito poco realistas (Kannan y Levitt, 2013).

2. Orientación sobre intervenciones y pautas para el tratamiento de la autocrítica

Shahar (2015) ha publicado una serie de pautas de cara a la intervención con personas autocríticas sintomáticas o psiquiátricamente comórbidos, especialmente orientadas para adolescentes y personas entre los 20 y 30 años. Las constelaciones psicopatológicas sobre las que el autor ha podido recoger más información están relacionadas con sintomatología afectiva depresiva e (hipo)maníaca, trastornos de la alimentación, somatomorfes, síntomas relacionados con el estrés, trastornos de la personalidad y comportamiento suicida. Por ello, es necesario recolectar evidencia en otras etapas vitales y también para otras manifestaciones psicopatológicas.

A pesar de la especificidad de sus orientaciones, incluimos este apartado por ser uno de los primeros intentos para sistematizar el abordaje del tratamiento con personas autocríticas. Además, igual que en el apartado anterior, hay elementos de esta forma de intervención que se pueden extraer con independencia del modelo terapéutico con el que se trabaje. Indicar que el marco del autor es principalmente humanista y cognitivo-conductual de tercera generación, manteniendo el influjo psicoanalista de su formación inicial.

En primer lugar, Shahar (2015) retoma la importancia de establecer una adecuada alianza terapéutica debido a que es un importante predictor del resultado terapéutico. Como la autocrítica es un importante obstáculo a la hora de establecer una buena alianza terapéutica, es preciso atender a ello y tenerlo como prioridad.

Continúa explicando que los pacientes autocríticos probablemente sospechen de las intervenciones activas al principio del tratamiento (por este motivo, redundamos en la importancia de la alianza terapéutica). Esto se debe a que las personas autocríticas, al principio pueden dudar de la intención de las intervenciones activas, interpretando por

un lado que puede ser un señalamiento de su deficiencia actual o una anticipación de un posible fallo futuro. Además, como las personas autocríticas tienden a generar un entorno social negativo, es probable que también anticipen esto en el tratamiento y sean críticos a largo plazo en la terapia (Blatt, 1995; Shahar, 2001, 2015).

Debido a estas particularidades de los pacientes, indica que los éxitos que se están encontrando en terapias centradas en la emoción, como la terapia focalizada en la emoción o la meditación de la bondad-amorosa (Loving-Kindness meditation, LKM) parece estar en relación con el hecho de que en un primer momento se realiza un seguimiento cuidadoso, cálido y empático, en el que se preocupan por la formación de la alianza y atienden a la ruptura de la misma. Esto permite que los pacientes aprendan a tener menos miedo al terapeuta y al tratamiento, así como de las emociones que generan.

Aunque en este punto Shahar (2015) señala que la TFE podría implicar un procesamiento menos natural por parte del paciente debido a la estructuración de la terapia y el empleo de las tareas, aspecto que podría ser interpretado por parte del paciente como exigencias. Sin embargo, nosotros reivindicamos un principio de la intervención en el marco de la TFE, que refiere que una adecuada pericia por parte del terapeuta centrado en las emociones implica seguir el *pulso emocional* del paciente, además de atender a aspectos humanistas que refieren a la libertad y elección de la persona de implicarse en dichas tareas que añade que la guía del proceso que propone el terapeuta vaya acompañada por esta aceptación y exploración empática. Como veremos en el Capítulo 4, la TFE no es solo una terapia de marcadores de problemas y tareas, sino que fundamentalmente se centra en el cambio emocional y para ello atiende a la emoción momento a momento.

Posteriormente, Shahar (2015) señala que una vez transcurridos dos o tres meses fortaleciendo el vínculo terapéutico, se puede comenzar a introducir técnicas activas que permitan: capacitar a los pacientes para que identifiquen aspectos no autocríticos, tomar distancia de algunas cogniciones autocríticas y guiarlos hacia el manejo de las actividades diarias y los tensos intercambios personales. Shahar recoge estas técnicas de la terapia cognitiva-conductual basada en la atención plena y de la terapia interpersonal

para la depresión, más otros desarrollos personales. En este aspecto podemos considerar útiles las aportaciones, así como el hecho de que las presenta de manera temporal, tal y como se deberían dar en el transcurso de la terapia.

En último lugar, Shahar (2015) indica que en su formulación y experiencia no ha encontrado una especial necesidad de emplear intervenciones que estén basadas en la compasión. Sin embargo, creemos que esto puede estar especialmente descuidado por su parte. No obstante, también es preciso señalar que en las primeras fases puede ser difícil introducir estas intervenciones porque debido a la propia autocrítica, pueden ser rechazadas por los pacientes que no se sientan merecedores de compasión. Por este motivo, Shahar (2015) señala que estas técnicas pueden ser más beneficiosas al final del tratamiento porque ya habrá más confianza en el terapeuta y habrá aprendido a cambiar la atención a aspectos personales no autocríticos.

A continuación, explicamos las intervenciones recomendadas por Shahar (2015). Estas vienen expuestas de manera temporal, como aconseja que se vayan implementando de manera “natural” en la terapia, pero es cierto que el proceso no es lineal, que puede ser necesario seguir recurriendo a algunas de ellas, aunque se hayan introducido con éxito en otras fases del tratamiento, es decir, son intervenciones iterativas.

2.1. Instalación activa de calidez

De cara a fomentar una buena alianza terapéutica es importante crear una atmósfera cálida al inicio del tratamiento, que sea de apoyo y enriquecedora. Esto suele implicar que al principio es bueno no realizar confrontaciones, mejor preguntar que interpretar. También es positivo emplear el humor, sobre todo con adolescentes. En cuanto al silencio, es mejor tolerarlo conforme el tratamiento progresa y alentarlo si está siendo productivo.

Parte del objetivo de estas intervenciones se dirigen a crear un trabajo común. Así, al inicio las personas autocríticas pueden tener cierta sospecha de las intenciones del terapeuta pero según se sienten bien, comienzan a sentir curiosidad, la cual es

necesaria para reducir la brecha entre la autenticidad y el autoconocimiento y, por tanto, que el tratamiento siga funcionando.

2.2. Psicoeducación sobre autocrítica y emoción expresada crítica

La psicoeducación combina información específica del trastorno con herramientas para hacer frente a la dificultad del paciente, en este caso la autocrítica (Shahar, 2015). Es un elemento importante de muchas intervenciones psicológicas, además de poder ser utilizada como una intervención por derecho propio debido a que ha demostrado su eficacia para reducir los niveles de angustia y ansiedad y para mejorar el resultado del tratamiento y la calidad de vida en numerosas afecciones mentales y físicas (por ejemplo, McFarlane, Dixon, Lukens, y Lucksted, 2003; Mastuda, Yamaoka, Tango, Matsuda, y Nishimoto, 2014, citados en Shahar, 2015).

Esta intervención debe incluir, según Shahar (2015), la explicación de que la autocrítica es un factor de vulnerabilidad que engendra mucho malestar y conduce a un mayor caos interpersonal, que exacerba la angustia emocional. También es importante hablar y trabajar sobre la emoción expresada y el vínculo que puede tener con la autocrítica, especificando en la individualidad de cada persona.

Shahar (2015) también señala que los objetivos de la psicoeducación dirigida al paciente son tres. Primero, que tomen conciencia de que tanto la autocrítica como la comprobación continua que hay en ella no son una virtud, sino que están plagadas de consecuencias negativas.

Segundo, la psicoeducación sobre las consecuencias perniciosas de la autocrítica puede funcionar de manera similar a la técnica de inoculación de estrés de Meichembaum (1977, en Shahar, 2015). De este modo, al acumular conocimiento sobre los peligros de la autocrítica, los pacientes pueden comenzar a prepararse para defenderse de la autocrítica, en especial cuando se da un fracaso en sus vidas. Pero es importante saber que esto no se da por el mero hecho de adquirir conocimiento a través de la psicoeducación, sino que establece un escenario para poder desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan afrontar la autocrítica interna.

En tercer lugar, el objetivo de la psicoeducación también es reforzar la alianza terapéutica, es decir, por un lado, expresa el conocimiento del profesional, por otro, habla de que hay un compromiso para poder enfrentar esta situación. En este punto es importante tener en cuenta lo siguiente: si el medio de expresión de la psicoeducación suena autoritario puede ser transmitido como otra exigencia más que al mismo tiempo incrementa la autocrítica.

Cuando se interviene con pacientes autocríticos, especialmente adolescentes, es conveniente intervenir con la familia para reducir la emoción expresada. La emoción expresada (Brown, Birley, y Wing, 1972) refiere a un estilo de comunicación por parte de la familia caracterizado por una expresión excesiva de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional en los pacientes. En concreto la emoción expresada crítica refiere a la expresión de disgusto y desaprobación por el comportamiento del paciente. De esta forma, el trabajo con la familia consiste en validar por un lado a la familia y lo difícil que puede ser manejar el estrés familiar y, por otro lado, informar también sobre lo pernicioso de la crítica como forma de facilitar el proceso.

Esto mismo se puede hacer extensible en otros sistemas donde los adolescentes estén inmersos, como las escuelas.

2.3. Inmersión empática en heridas parentales

En la misma línea de pensamiento que en el apartado anterior, rescatamos la importancia de trabajar con los progenitores de adolescentes. Incluso, en un momento se podría intervenir con ellos, no como una forma de asesoramiento o como un tratamiento para ellos (podría sugerirse si cuentan con los medios y recursos), sino como un empuje o *inyección terapéutica* (Shahar, 2015).

Pero es importante que las sesiones sean las menos posibles. Además, hay que tener en cuenta las sesiones con los padres están avocadas a despertar la crítica. Por ello, la mejor forma es mostrarse no como alguien que da una guía concreta, sino como alguien que se sumerge activa y empáticamente en su dolor, da apoyo, ve sus heridas, las valida y normaliza el dolor asociado, vinculándolo también con el dolor del niño.

Conforme transcurren estas intervenciones suele hacerse evidente que la autocrítica del niño también subyace a la forma crítica en la que se dirigen a sus hijos. Con nombrar esto no es suficiente, sino que es preciso que se desarrolle de manera natural, permitiendo que surja una empatía dirigida por parte de los progenitores hacia sí mismos para que puedan reflexionar sobre sus hijos. En la medida en que la emoción expresada se rebaja, la tensión en la diada padres-hijo también disminuye. Este trabajo se realiza de manera reiterativa a lo largo del proceso.

2.4. Análisis de múltiples voces y análisis de proyectos personales

El análisis de los múltiples voces persigue varios objetivos. En primer lugar, que puedan hacerse conscientes de que la autocrítica no proviene de todos ellos, sino de una parte o una voz de ellos. Como veremos más adelante, esto es un punto de convergencia con la terapia focalizada en la emoción, pero con diferentes formas de proceder.

Otro objetivo, es ayudar a identificar los aspectos de sí mismo no autocríticos. Por último, entrenarlos para activar estos aspectos benignos del yo, fundamentalmente cuando la angustia y la autocrítica son altas. Estas intervenciones también se realizan de manera repetitiva durante el tratamiento.

Para llevar a cabo esta tarea, Shahar (2015) indica que lo primero es comenzar a moldear el lenguaje de los pacientes cuando presentan su voz autocrítica. Cada vez que se da, el terapeuta puede realizar una intervención sencilla que convierta el mensaje desde la globalidad a algo específico (“apesto” frente a “esa voz dentro de mí que dice que apesto”). De esta manera, se procura generar la curiosidad de la persona en la exploración de la idea de diferentes partes de un mismo.

El siguiente paso, también es una pequeña psicoeducación en la que se pueda exponer que igual que existe una parte que critica, seguramente existan otros lados más benignos, incluso de apoyo.

En este punto puede surgir la duda del paciente, puesto que convencerles, por ejemplo, de que no apestan es algo difícil: durante mucho tiempo se han conocido de esta forma. Su resistencia es una *operación de seguridad* (Sullivan, 1953, en Shahar,

2015). Discutir con el paciente desencadenaría un círculo vicioso, por ello hay que atender a las rupturas de alianza.

Quizá una estrategia útil puede ser intentar comprometer, más aún si son adolescentes. Esto es, señalarles que como terapeuta no inicias un debate y que, en este momento, con toda seguridad no les vas a convencer. Sin embargo, se puede sugerir que, si solo existiese esta parte crítica, no estarían vivos. Desde aquí, invitar a través de la paradoja a la curiosidad de explorar si alguno de los dos está en lo cierto o por el contrario, no merece seguir explorando y seguir el tratamiento.

Lo principal es que los pacientes se acerquen y hagan suya la idea de la multiplicidad del yo. Esto sería un progreso terapéutico porque permite colocar la autocrítica en su lugar, sin ser erradicada. Es importante porque ser autocrítico permite la posibilidad de entenderse y conocerse a uno mismo, pero es bien distinto a ser tiránico con uno mismo debido a que la autocrítica haya asumido el control.

Con el fin de favorecer que todas las voces existan y tengan lugar se puede dar la pauta de que personifiquen o den un nombre al lado autocrítico, de esta manera se ayuda a delimitarlo. Posteriormente, con otras técnicas como la atención plena, permite cambiar la atención entre los distintos aspectos personales, logrando moverse de manera flexible entre ellos.

La personificación también permite la exploración del desarrollo y la historia de estos aspectos personales. Es interesante conocer el desarrollo de todas las voces, no solo la autocrítica. Esto revela información de personas y relaciones importantes, así como elementos clave, positivos y negativos.

2.5. Técnicas de Mindfulness

Esta técnica, de corte cognitivo-conductual, tiene su fundamento en las prácticas meditativas orientales. Implica que el individuo dirija su atención de forma activa a las experiencias presentes, externas e internas, incluyendo las emociones, pensamientos y sensaciones, de manera imparcial (Shahar, 2015). Esta técnica supone un esfuerzo de atención y control.

El beneficio que persigue esta técnica es ayudar a la persona a cambiar la atención de la voz interna autocrítica a otras voces y aspectos.

2.6. Participación y Compromiso (PAREN; por sus siglas en inglés)

Shahar y Davidson (2009) desarrollaron unas pautas, con base filosófica existencialista, para priorizar las intervenciones que deberían realizarse en el tratamiento de casos clínicos comórbidos, crónicos y complejos. Señalan que en primer lugar se debe tratar los síntomas y vulnerabilidades que bloquean la expresión auténtica del self, mientras que otros síntomas y vulnerabilidades se pueden tratar en otras etapas en caso de ser preciso. Esta guía la etiquetaron como PAREN. Pretende ayudar a los pacientes a perseguir proyectos personales auténticos basados en la idea de Heidegger de “estar en el mundo” (Shahar, 2015, p. 134). Para ello, indican que primero hay que atender a los síntomas y vulnerabilidades que bloquean una expresión auténtica, posteriormente, se interviene sobre otros síntomas y vulnerabilidades, en caso de que lleguen a tratarse.

En el contexto de la autocrítica, Shahar (2015) lo conceptualiza como una categoría general que abarca todas las intervenciones que pretenden involucrar a las personas en experiencias y actividades significativas en el mundo.

Las intervenciones incluidas en esta guía y que explicaremos en los epígrafes siguientes son: la activación conductual, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, el análisis de la rutina, la desreflexión y la investigación interpersonal (Shahar, 2015).

El término *participación* (Tillich, 1952, en Shahar, 2015) fue empleado para interpretar la naturaleza existencial de la ansiedad y las maneras que las personas pueden llegar a trascenderla. Tillich (1952, en Shahar, 2015) señala que puede ser a través de la autoafirmación y mediante la participación en círculos de actividades más amplias que la del yo. En relación a esto, Shahar (2015) recoge que las intervenciones antes citadas y el *compromiso* con ellas son relevantes para aliviar la autocrítica.

Activación de la Conducta

Esta intervención está dirigida a alentar a los pacientes a realizar actividades significativas y placenteras, de esta forma se intenta enfrentar la anhedonia depresiva. Así, mediante la implementación de actividades, se procura restablecer el sistema de recompensa biológica mediante un mecanismo de condicionamiento operante. Esto tiene el efecto de inyectar un estado de ánimo positivo en la psique (Shahar, 2015).

Shahar (2015) señala que esta técnica se debe presentar una vez se haya consolidado el análisis de los múltiples yoés, así como el mindfulness.

Existen dos medios por los cuales esta técnica favorece la neutralización de las reflexiones autocríticas. Por un lado, al ayudar a disminuir los síntomas depresivos previene la cicatrización depresiva, con ello, la cascada autocrítica (Capítulo 1). De otro lado, aumenta la accesibilidad a los aspectos del yo más adaptativos, puesto que se están practicando y llevando a cabo en el mundo. Al estar en el mundo, haciendo algo diferente a lo que hacían mientras estaban con la voz autocrítica, también pueden experimentarse de manera diferente.

Explicado de otra manera, al aumentar las actividades y “probarse”, las personas se conocen disfrutando, frustrándose...Esto a su vez permite que las personas se conozcan mejor, descubren sus preferencias y con ello, entran en contacto con su autenticidad.

Desreflexión

La desreflexión se diseñó para que las personas puedan ejecutar un comportamiento deseable. Su fundamento está en que una conciencia hiper-autoenfocada se constituye como un obstáculo importante para ejecutar un comportamiento deseado. Así, el terapeuta puede fomentar que el paciente deje de lado el comportamiento que está tratando de realizar, dirigiéndose a otra cosa. Esto tiene el efecto de que, al dirigir la atención hacia afuera, el proceso hiperreflexivo ya no está bloqueando el comportamiento deseado, pudiendo aparecer dicho comportamiento de manera espontánea en un primer plano.

Esta técnica se puede imbricar junto a la activación del comportamiento al incitar a los pacientes a involucrarse en actividades en el mundo. Por ejemplo, Shahar (2015) señala los beneficios demostrados al inmiscuirse en asociaciones como voluntarios (por ejemplo, sobre compasión y autoestima en Mongrain, 2014, citado en Shahar, 2015).

Análisis de la rutina

Shahar y Davidson (2009) sugieren que las actividades diarias reflejan la autenticidad y la lucha contra ella. Es decir, las personas hacen con el tiempo lo que más les interesa, debido a que es un recurso finito. Por tanto, el tiempo y lo que hacen con él refleja la proyectualidad (Capítulo 1). Derivado de esta reflexión, los autores (Shahar y Davidson, 2009) proponen la idea de que la forma en que las personas pasan su tiempo puede revelar su autenticidad o el intento de evitarla.

De esta manera, analizar las rutinas de las personas permite apreciar la manera en que las personas están actuando en base a su autoconocimiento y su autenticidad.

La investigación interpersonal y el replanteamiento de acciones inquisitivas

Como se ha descrito en diferentes ocasiones, la autocrítica contribuye al malestar interpersonal y el deterioro de las relaciones cercanas. Una parte del objetivo de la terapia consiste en poder identificar esta manera de relación.

Para este fin, Shahar encuentra en las relaciones de pareja una importante fuente de información. En su experiencia, ha logrado identificar junto a sus pacientes que la voz autocrítica contribuye a evocar las críticas de otros, lo que lleva a la persona autocrítica a que se acerque de una forma aún más inquisitiva a sus parejas.

Esto es, empujados por la autocrítica, los pacientes contribuyen activamente a las peleas en un incómodo intento de entender quiénes son. Las preguntas son realizadas de manera indirecta y crítica. Por ello, la respuesta que reciben es incorrecta para el fin del autoconocimiento, puesto que es una respuesta crítica al haber formulado la pregunta de forma ineficaz. Esto conduce a que la persona se sienta invisible o atacada,

volviendo a preguntar de manera más crítica y, en consecuencia, perpetuando un círculo vicioso.

Así, reflejo de estas frecuentes dinámicas en las relaciones (Shahar, 2015) un objetivo terapéutico puede pasar por el análisis de las relaciones interpersonales y la forma en que la autocrítica provoca estos conflictos y repercute en el malestar.

2.7. Reestructuración cognitiva basada en juicios

Respecto a la reestructuración cognitiva, Shahar la incluye en su “programa” de intervención, considerándola útil si se emplea para delimitar cogniciones negativas, en lugar de refutarlas completamente y si es introducida en una fase avanzada del tratamiento.

Específicamente, esta técnica se introduce en una fase posterior para que los pacientes puedan, en primer lugar, tener la sensación de que el terapeuta es un apoyo, incluso si al principio no lo creen; en segundo lugar, tomar consciencia de la multiplicidad de yo; en tercer lugar, estar expuestos a la idea de control atencional (mindfulness) y recibir capacitación en su uso; y, en cuarto lugar, aprender que su comportamiento real podría llevar a cambios positivos en el estado de ánimo, mediante la activación del comportamiento.

El objetivo de emplear esta técnica es el de ganar flexibilidad cognitiva, al aumentar el control de la atención. Nunca se debe plantear como objetivo que las personas perciban la realidad (que ellos han construido) con más precisión. Tampoco debe girar en torno a hacer pensar más positivamente. Este objetivo tiene su sentido bajo el presupuesto de que la cognición per se no tiene por qué ser buena o mala, lo pernicioso deriva de la rigidez y persistencia. En caso de ganar flexibilidad, el efecto adverso disminuye considerablemente (Shahar, 2015).

Así, Shahar (2015) dirige la reestructuración cognitiva a capacitar a los pacientes a crear un diálogo interno contrario a la autocrítica. De esta forma, la persona puede dirigir su esfuerzo a señalar a todo su sistema que existe más de una voz.

La forma en que propone este trabajo se basa en la Reestructuración Cognitiva Basada en Juicios de De Oliveira et al. (2012) (explicado más adelante). Con esta técnica pretende que el paciente se entrene para introducir otras voces dentro de un “parlamento” interno en el que la voz crítica no ocupe todo el escenario, empleando una metáfora de juicio.

De esta forma, la voz crítica sería el fiscal, otra voz interna actuará como abogado defensor. En primer lugar, se pide que el fiscal exprese todas las “reclamaciones” mostrando y agravando la crítica y autoderogación. Posteriormente, una vez que se ha fomentado toda la crítica y ha generado el daño suficiente, se invita a que el abogado defensor contrarreste los argumentos del fiscal, aún si piensan que el fiscal tiene la razón se solicita que lo intente. Habitualmente, aunque se empieza de manera vacilante, terminan por aparecer estrategias de autodefensa. El punto final no es convencer al fiscal, sino que el paciente sea consciente de que el resto de voces pueden estar dentro del parlamento.

2.8. Transferencia, contratransferencia y rupturas terapéuticas

Este subapartado refleja más que una técnica específica, un aspecto al que atender durante el transcurso de la terapia.

En este sentido, Shahar (2015) señala que los mismos ciclos viciosos con base en la autocrítica y que caracteriza a los pacientes en sus relaciones interpersonales continuas se pueden transferir a la relación terapéutica. Sin embargo, es probable que esto se dé tanto por la autocrítica del paciente como por la autocrítica del terapeuta, que también pueden ser autocríticos. De esta forma, ambos introducirían de manera conjunta el tema de la crítica en la sesión terapéutica.

Rescatando nuevamente el concepto de proyectualidad explicado en el Capítulo 1 (página 56), es probable que en el contexto terapéutico tanto paciente como terapeuta puedan, inadvertidamente, considerarse el uno al otro como vehículo y obstáculo para la proyectualidad, utilizándose con el propósito de convertirse en lo que podrían ser (Shahar, 2015).

En el caso específico de la autocrítica, puede suceder que pacientes y terapeutas se utilicen entre sí con el objetivo de lograr ser exonerados. Puesto que este objetivo se realiza a través de voces críticas mutuas, la forma en que esto se haga será inepta y, por tanto, llevará a una respuesta no deseada (como se explicaba en relación a las relaciones de pareja). Shahar (2015) añade que esto puede derivar en un juego de atribuir culpas puesto que ambas partes ejercerán presión sobre la otra para no identificarse con el lado deficiente y poder exonerarse a sí mismas.

2.9. La presencia del terapeuta: La introducción intencional

Shahar (2015) presupone que la presentación (“introducción”) de la subjetividad del terapeuta puede ser altamente beneficiosa para los pacientes autocríticos en general. Esta presentación de la subjetividad debe ser bajo una decisión consciente del terapeuta y orientada a un objetivo. Nosotros queremos llamar la atención sobre esta forma de intervención, valorando que es necesario ser cautelosos con el hecho de mostrar la subjetividad del terapeuta en un proceso terapéutico. Las formas en que propone hacerlo son las siguientes:

Tomar una posición

Este aspecto refiere a adoptar una postura ante un problema de la vida de un paciente. Sin embargo, hay que ser cauteloso. Es una acción complicada porque una persona en terapia está acudiendo para poder configurar su identidad de su propio punto de vista. Por ello, el poder del terapeuta es grande y debe estar atento a no emplear esto de manera repetida y rutinaria como una forma de adoctrinamiento, debido a que la consecuencia podría ser que el paciente asuma su punto de vista, en lugar del suyo propio.

En primer lugar, tomar una posición debe ser tan solo ante situaciones extremas (por ejemplo, en un centro de internamiento, no devolver el objeto con el que el paciente se ha autolesionado). En segundo lugar y relacionado con el primero, tomar una posición cuando sirva para abordar la parte más sana del paciente (el mensaje del ejemplo debe orientarse a “tu parte autodestructiva se queda aquí” y “esto lo hago porque empleo mis emociones para que sepas que no estás solo”).

Salir de la sala de terapia

En este sentido, el autor (Shahar, 2015) indica que puede ser bueno salir de la sala de terapia para asistir al medio del paciente. Indica que si un paciente con elevada autocrítica comienza a faltar a las citas y podemos inferir que está en relación con algo concreto del trabajo (psicológico) que se está realizando, se puede asistir al domicilio de cara a facilitar que el paciente no abandone la terapia y que nuevamente, la autocrítica no moldee de manera negativa el medio. Personalmente, nosotros encontramos que puede ser interesante si se trabaja con el medio social, por ejemplo, la escuela. En otros contextos, como podría ser asistir a los problemas familiares dentro del domicilio, nos parece que podría romper el marco terapéutico. Por esta razón, no recomendamos abusar de este tipo de actos.

Incrementando la frecuencia del encuentro terapéutico

Shahar (2015) refiere que cuanto más sintomático sea el paciente y cuanto más peligrosos sean sus síntomas, debe ser mayor la frecuencia del encuentro terapéutico.

Revelación del terapeuta: espontánea y/o autoiniciada

La autorrevelación es inevitable en el momento en el que vivimos al estar en un mundo on line (Strenger, 2011, en Shahar, 2015).

Sin embargo, la autorrevelación tiene que tener una finalidad. Según Shahar (2015), hay un contexto que podría ser interesante que refiere a poder hablar de la propia salud física o mental, tras años de terapia, con un paciente autocrítico que aspira a ser terapeuta. Esto en el caso de que sea preguntado y poder hablar de periodos de estrés, puede tener un fin tranquilizador con el futuro terapeuta.

Igualmente, una experiencia devastadora que el terapeuta haya vivido puede permitir hablar de las consecuencias (por ejemplo, el suicidio parental).

3. Los tratamientos basados en la evidencia

En este apartado vamos a exponer aquellos modelos terapéuticos que están recibiendo apoyo científico en sus resultados sobre el tratamiento de la autocrítica.

Estos modelos no refieren solo a una serie de principios (por ejemplo, fomentar una buena capacidad empática), sino que refieren a marcos conceptuales amplios que realizan técnicas específicas de intervención al amparo de una teoría acerca del funcionamiento psicológico del ser humano o al menos de las dificultades concretas que pueden tener y la mejor forma de afrontarlas (por ejemplo, siendo más autocompasivo).

Los principales tratamientos señalados por el meta-análisis de Kannan y Levitt (2013) son el enfoque psicoanalítico de la terapia de la voz, dentro de los modelos cognitivos la reestructuración cognitiva y el entrenamiento mental compasivo de la terapia centrada en la autocompasión, la terapia focalizada en la emoción (descrita en el capítulo 4) y, finalmente Shahar (2015) añade y nos lleva a explorar el único estudio que hemos encontrado sobre meditación de la bondad-amorosa en relación al tratamiento de la autocrítica y que también ofrece resultados interesantes.

3.1. Psicoanálisis: la terapia de la voz

La terapia de la voz de Firestone (1988) puede ser conceptualizada como un procedimiento de laboratorio donde se puede evocar e identificar los pensamientos y actitudes negativas de las personas, y con ello hacerse más conscientes.

En primer lugar, definimos el concepto de voz dentro de este marco conceptual. Para Firestone (1988) la voz es el lenguaje de un proceso defensivo que refiere a un patrón bien integrado de pensamientos que está en la base del comportamiento desadaptativo de las personas. La conceptualización de la voz es como algo sobrepuesto a la personalidad, es decir, emerge de algo aprendido o impuesto desde fuera. Por tanto, no forma parte de algo natural y armonioso con la personalidad.

A pesar de que esta voz puede surgir a partir del sistema de valores propios, normalmente aparece después de los actos de las personas, de una manera dura y juiciosa. Esto conlleva que el sentimiento de odio hacia uno mismo se vea incrementado, en lugar de motivar un comportamiento que se aproxime a algo más constructivo. Además, precisamente el concepto de voz excluye aquello relacionado con valores e ideales, los pensamientos creativos, la planificación constructiva y la evaluación realista.

Continuamos concretando que la voz es un sistema identificable de pensamientos con afirmaciones negativas que refieren a verbalizaciones hacia el sí mismo, en lugar de a verbalizaciones sobre el sí mismo. Por este motivo, son experimentadas como comentarios externos, como si otras personas lo dirigieran hacia ellas.

También puede suceder que estas afirmaciones sean expresadas en segunda persona. Si esto sucede, suelen venir acompañadas de un afecto fuerte y con elevada hostilidad hacia el yo.

En cuanto al procesamiento de pensamiento, el yo es habitualmente central y se encuentra integrado en armonía, pero la voz es un proceso discordante que cosifica al sí mismo, siendo el objetivo de sus ataques y críticas.

Esta voz que muestra enfado a través de las afirmaciones hacia el yo se encuentra en lo nuclear de la identidad o el autoconcepto. Además, esta voz refleja generalmente la identidad de la persona dentro de la familia nuclear. Cuando los ataques son aceptados, se actúa de manera confirmatoria sobre esta imagen, perpetuando la continuidad con los lazos familiares.

La filosofía del tratamiento de la terapia de la voz determina que los pensamientos del paciente deben ser identificados como una voz externa que ataca al sí mismo. Al identificar esas específicas formas de autoataque, el terapeuta logra acceso a la parte de la personalidad que está enfrentada con el yo y causa la mayor parte de dolor que genera sufrimiento innecesario.

En lo referente al procedimiento de tratamiento señalamos que este proceso de identificación de la voz se puede abordar bien desde un prisma de una técnica meramente cognitiva o un procedimiento más dramático empleando técnicas catárticas. En el procedimiento entendido como técnica cognitiva, los pacientes intentan identificar y analizar la autocrítica y los ataques autodirigidos, aprendiendo a replantear los patrones de pensamiento negativos cambiando el lenguaje a segunda persona como si fueran *voces* experimentadas desde el exterior.

En el segundo método, de carácter abreactivo, existe un énfasis en la liberación del afecto que acompaña a los ataques de voz en uno mismo. Por este motivo, se le pide al paciente que amplifique sus ataques y exprese más emocionalmente. Con el fin de favorecer esto, el terapeuta puede ayudar al paciente con expresiones de tipo “dilo más alto”, “Siente eso realmente”,... (Firestone, 1988, p. 204). Los pacientes frecuentemente adoptan por su propia voluntad este estilo de expresión cuando se les pide que formulen los pensamientos negativos, comenzando a hablar más alto y con mayor intensidad emocional. De esta forma los pacientes revelan el patrón de las acusaciones despectivas que tienen un mayor significado para ellos. Es principalmente por este motivo que Firestone (1988) recomienda el empleo del método catártico.

Más concretamente, el método abreactivo es de gran importancia porque las personas pueden liberar sentimientos potentes de tristeza y rabia, expresando una visión clara de la fuente de estos ataques automáticos, sin asistencia ni interferencia del terapeuta. Así, se vuelven más conscientes de la naturaleza específica de sus autoataques y del alcance de las consecuencias autodestructivas.

La terapia de la voz cuenta con tres pasos que exponemos a continuación:

En este procedimiento paciente y terapeuta colaboran en comprender las maneras distorsionadas de pensar del paciente. Por ello, el primer paso es identificar los contenidos del procesamiento del pensamiento negativo. De esta manera, articular los autoataques en segunda voz facilita el proceso de separar el punto de vista del paciente de los patrones de pensamiento hostiles que le llevan a alienarse de su propio punto de vista.

Este alienarse de su propio punto de vista se deriva del hecho de que antes de poder articular las voces, las personas aceptan sus pensamientos negativos como evaluaciones certeras sobre ellos mismos, por ello creen implícitamente en ellas.

También puede suceder que después de expresar las críticas en alto, las personas reaccionen, por ejemplo, con enfado por la limitación autogenerada.

En el segundo paso, los pacientes comentan los *insights* espontáneos, así como las reacciones al verbalizar la voz. Ligado a esto procuran establecer y comprender la

relación existente entre los ataques de las voces y su comportamiento autodestructivo. La consecuencia directa de esta acción es comprender y desarrollar más *insights* en torno a las limitaciones que se imponen a sí mismos en su funcionamiento diario debido a los pensamientos negativos. Al mismo tiempo, este tomar conciencia de las restricciones autoimpuestas reduce las reacciones paranoicas hacia otros, así como los sentimientos de ser victimizados.

Finalmente, en el tercer paso el terapeuta solicita al paciente que desarrolle una répuesta a las voces críticas. En este paso volvemos a encontrar diferencias la intervención analítica y catártica: por un lado, el método analítico invita a que el paciente responda de una manera más realista y con una autoevaluación más objetiva. Por otro, en el método catártico los pacientes son alentados a responder y desafiar la voz directamente como si estuvieran dirigiéndose a una persona real. Cuando las personas identifican en la voz aspectos de las relaciones parentales, muchas veces terminan hablándoles directamente en una especie de psicodrama.

Es necesario indicar que aprender a separar las voces puede ser algo relativamente rápido, pero esto no forma parte de una terapia breve, sino que se incluye en un trabajo dinámico de larga duración. Esta técnica permite dibujar, con una atención inmediata, los problemas centrales de los pacientes dentro de su estructura de personalidad (Firestone, 1988).

La terapia de la voz permite elucidar la escisión básica de los pacientes entre los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos y la ambivalencia fundamental sobre las personas y los eventos. Esta terapia permite incrementar la conciencia del diálogo interno autodestructivo, así como las circunstancias, eventos y situaciones que particularmente activan los autoataques. Así, esto permite incrementar el control del paciente y gradualmente permiten a la persona dirigirse a la satisfacción de sus objetivos.

Con todo esto, el cambio tendrá lugar cuando la forma en que se procesan los pensamientos autocríticos sea desplazada desde un proceso dirigido hacia dentro hacia una voz externa. La terapia de la voz permite alcanzar las creencias desadaptativas junto a la excitación emocional, lo que permite identificar las fuentes de la autocrítica en

dolorosas experiencias infantiles (lo que identifica con el contenido emocional de los esquemas negativos).

Acerca de este modelo de tratamiento nos parece importante señalar las limitaciones con las que cuenta desde nuestro punto de vista. Por un lado, considera la crítica principalmente como introyectos, pero esta se puede deber a otros factores. Por otro lado, aunque el método catártico permita una mayor activación emocional, no está bien descrito de qué manera tiene lugar el cambio emocional, además, parece que la intervención gira más en torno a los pensamientos negativos que sobre las emociones subyacentes y las necesidades no expresadas.

En este mismo sentido, nuestra percepción sobre este modelo nos hace pensar que parece que el esquema emocional de la parte que sufre la crítica no es suficientemente activado y profundizado: antes de ser explorado el esquema, directamente se solicita elaborar respuestas de autoprotección, por lo que las emociones que evoca la crítica no son suficientemente expresadas y tampoco permite explorar las necesidades desde un trabajo emocional. En este sentido, añadir que incluso en la vía abreactiva el procesamiento resulta muy cognitivo, pudiendo convertirse en algo intelectualizado en lugar de generar un cambio emocional profundo.

Finalmente, señalar que en la descripción del tratamiento quedan expuestas respuestas de enfado dirigidas a las voces críticas cuando estas han sido identificadas y se estimula los argumentos que faciliten una postura de autodefensa. Sin embargo, desde nuestra óptica pensamos que existe el riesgo de que la verbalización de estos argumentos defensivos no conlleve una integración de las distintas partes de la experiencia de la persona. Consideramos que, aunque la voz represente aspectos no directamente relacionados con la personalidad, sí se ha constituido como una forma de entenderse y conocerse a sí mismo hasta el momento en que se toma conciencia de las introyecciones, por tanto, es importante no aprender a defenderse únicamente de los ataques de la voz, sino que es necesario comprender qué función tiene y se pueda integrar con la experiencia completa de la persona sobre sí misma.

Kannan y Levitt (2015) indican que hacer que los clientes reconozcan las actitudes negativas e internalizadas y sus orígenes parece hacerlas menos poderosas y

simultáneamente permiten una autoevaluación más positiva. Existe investigación creciente que habla sobre la efectividad de las psicoterapias psicodinámicas (Jakobsen, Hansen, Simonsen, y Gludd, 2012, citado en Kanan y Levitt, 2015).

3.2. Terapias cognitivas

Dentro de las terapias cognitivas, Young (1999) identifica un conjunto de esquemas desadaptativos entre los que se encuentran esquemas tempranos que promueven estados autocríticos como son los estándares inalcanzables, hipercríticos y punitivos. Por ello, los mecanismos de cambio se centran en la comprensión y cambio de pensamientos o esquemas disfuncionales que las personas llevan consigo en diferentes situaciones.

Para producir el cambio, dos técnicas de intervención que se han empleado habitualmente son la reestructuración y la reatribución (Kannan y Levitt, 2013). La reestructuración consiste en la identificación y puesta a prueba de las creencias (autocríticas), invitando a adoptar un enfoque más objetivo que contrarreste los pensamientos negativos.

La reatribución se utiliza como técnica en el trabajo con clientes autocríticos debido a su tendencia a mantenerse a menudo responsables de los resultados negativos que están fuera de su control. El fin es asignar la cantidad apropiada de responsabilidad a sí mismos, pero también a factores externos que pueden haber contribuido a la situación.

Tal y como explicábamos anteriormente, los enfoques de tratamiento que se han incluido en este apartado son el Registro de Pensamiento Basado en Juicios (TBTR, por sus siglas en inglés) y el Entrenamiento Mental Compasivo (CMT, por sus siglas en inglés) de la terapia centrada en el cliente.

3.2.1. Registro de Pensamiento Basado en Juicios (TBTR)

Este modelo de tratamiento es una forma de reestructuración cognitiva que desafía las creencias centrales negativas mediante el registro en 7 columnas de los pensamientos y a través de la metáfora de un *juicio legal* (de Oliveira, 2008; de Oliveira

et al., 2011, 2012). En este juicio están presentes un *fiscal*, un *abogado defensor* y un *jurado* que tienen la tarea de sopesar pruebas a favor y en contra de creencias por realistas para activar otras más realistas en sesiones de una hora.

Este acercamiento incluye en un formato estructurado y secuencial técnicas que se han empleado de manera habitual en la terapia cognitivo-conductual como, por ejemplo: flecha descendiente, examinar la evidencia, abogado defensor cambio de pensamiento, flecha ascendente, desarrollar creencias positivas y registro de afirmación positiva (de Oliveira, 2008).

En primer lugar, se registra la acusación que realiza el fiscal, es decir, se pone de manifiesto la creencia central. Después se establece un peso, medido en porcentaje, sobre la medida, mucha o poca, en que la persona le concede veracidad, se explora la emoción que genera dicha creencia y la fortaleza, también en porcentaje, que tiene esa creencia.

Luego, en la segunda columna se recaba toda la evidencia que sostiene la acusación o creencia central del fiscal. Consecutivamente, se vuelve a valorar el peso de la veracidad de dicha creencia, así como el peso de la emoción que desencadena. En este momento es probable que al poner en relieve estos argumentos se vea incrementada tanto la fortaleza de la creencia como la intensidad de la emoción evocada.

En la tercera columna se da paso a la defensa del abogado defensor, que tiene que exponer toda la evidencia que tiene y no apoya la creencia central. Nuevamente se valora el peso de la creencia y de la emoción acompañante.

Posteriormente, en la cuarta columna el fiscal responde a estos argumentos en un formato de “sí, pero”. En este paso, se vuelve a evaluar el peso de la creencia y de la intensidad emocional. Seguidamente, en la quinta columna se copian cada uno de los argumentos esgrimidos por el fiscal en la cuarta columna y el abogado defensor responde conectando con la conjunción “pero”.

En la sexta columna, se solicita al paciente que registre el significado que atribuye a cada una de las respuestas que el abogado defensor da al fiscal. Al valorar la creencia y la intensidad emocional es probable que se rebaje el peso considerablemente.

En la última columna se da voz al jurado. Se pide que el jurado emita un veredicto que considere las siguientes preguntas: ¿Quién fue más convincente? ¿Quién presentó más evidencia? ¿Qué evidencia está más basada en los hechos? ¿Quién sostenía menos cantidad de distorsiones cognitivas? ¿Quién estaba más preocupado en defender la dignidad de la persona? Finalmente, se vuelve a cuantificar el peso de la veracidad o fortaleza otorgada a la creencia y la intensidad de la emoción que venía generando.

Esta forma de trabajo también incluye tareas para casa. Una de ellas implica prepararse para el juicio mediante la flecha ascendente. Esto implica que la persona pueda reflexionar acerca de lo siguiente: en caso de que los argumentos del abogado defensor sean ciertos, ¿Qué significado adquiere esto para la persona?

La otra tarea implica que la persona identifique una creencia central positiva, que diariamente esté con ella después de identificar al menos tres argumentos que la mantengan.

Esta técnica comienza a recibir apoyo de investigación. De Oliveira et al. (2012) llevan a cabo un estudio con 166 personas en el que se trabajó mediante esta forma de reestructuración cognitiva con las creencias centrales autocríticas. Participaron 32 terapeutas con diferentes niveles de entrenamiento en terapia cognitiva y TBTR. Los resultados ofrecieron reducciones significativas en la veracidad que los pacientes otorgaban a las creencias autocríticas y las emociones acompañantes.

Aunque la intervención solo se llevó a cabo en una sesión, se comparó con un formato de TBTR aplicado en silla vacía sin encontrar diferencias significativas. Los autores señalan que ambos procesos parecen funcionar bien reduciendo la autocrítica a un nivel bajo.

Bajo nuestro punto de vista planteamos que la TBTR tiene un carácter excesivamente cognitivo, que puede distanciar del procesamiento emocional y con ello, no lograr una transformación en la experiencia del paciente. Por eso, sería conveniente poder comparar ambos modelos en una intervención más amplia y evaluar los efectos a largo plazo, así como las variaciones en medidas de autocrítica (no exclusivamente el

porcentaje de emoción referido por los pacientes) y de otros aspectos que suelen tenerse en consideración en investigaciones de este campo como son las relaciones interpersonales, la sintomatología general, depresión o autoestima.

3.2.2. La terapia centrada en la compasión

Gilbert (2015) plantea que la tarea de las dos sillas (por ejemplo, Greenberg et al., 1996) se puede emplear para comprender mejor la autocrítica y la forma en que la persona se vincula con ella.

Sin embargo, plantea que en primer lugar se puede desarrollar un yo compasivo para luego enseñar compasión hacia la crítica. Para ello, es esencial que exista una implicación no solo con los pensamientos críticos, sino con las narrativas, significados y emociones de la autocrítica, lo que a su vez requiere haber desarrollado una parte del yo suficientemente fuerte y capaz de sostener el trabajo con el crítico (Gilbert, 2015).

Es decir, el objetivo del Entrenamiento Mental Compasivo (Gilbert y Procter, 2006) es enseñar a la persona a adoptar una perspectiva más compasiva al establecer una relación entre las distintas partes del yo, basada en la calidez, el cuidado y la compasión. Este entrenamiento tiene un efecto de crecimiento en distintos aspectos: de un lado se fomenta la empatía por la propia angustia en el pasado y en el presente; de otro lado, el cultivo de la capacidad de calmarse y la autocompasión reduce el sentido interno y externo de amenaza.

A pesar de que la terapia centrada en la compasión emplea en abundancia el trabajo con las sillas, el punto central de la silla es la compasión y con ello, llegar a desarrollar sentimiento de tolerancia, intuiciones y fortaleza de esta parte compasiva del yo (Gilbert, 2000).

El planteamiento del trabajo en la silla de la compasión (Gilbert, 2015; Gilbert y Procter, 2006) es distinto a la dinámica planteada por la terapia focalizada en la emoción (Greenberg et al., 1996). En un inicio se solicita al cliente que sea la parte con la que quiere trabajar (autocrítica), para ello se orienta a recordar algún momento en que experimentara esa parte, dándole voz y percibiendo los sentimientos y experiencias corporales de esa parte.

Después de trabajar con la crítica, se solicita al paciente que cambie de silla para responder de manera compasiva. Esta forma de responder no consiste en pedir que sea más medido en los comentarios, sino que se debe procurar que la persona haga crecer la motivación y el sentimiento que permita intentar ayudar a esa parte del yo que se encuentra enfadada, ansiosa o autocrítica.

Como medio para lograr esta motivación es preciso que el paciente tome consciencia sobre la existencia de diferentes partes del yo, con diferente naturaleza y que es preciso que parte del trabajo terapéutico sea fortalecer los yoes que permiten crecer, que cambian y sanan (por ejemplo, el yo compasivo).

Antes de iniciar las respuestas a la crítica, ya sea en forma de diálogo o expresión de sentimientos, es imprescindible que la persona pueda desconectar de la voz crítica y crear un sentido del yo compasivo. Para ello, se invita a la persona a que pueda centrarse en su respiración, suave y encaminándose a tranquilizarse paulatinamente. Una vez logrado, se incita a que se centre en lo mejor de sí mismo a través de un momento en el que se haya podido sentir más tranquilo, amable, sabio... Esto es, imaginando todas las cualidades que a la persona le podría gustar tener como persona compasiva, y facilitar que entre en contacto con ellas.

Seguidamente, se requiere al paciente que sienta compasión por la parte enfadada, ansiosa o autocrítica. En este momento puede surgir que la persona se deje llevar por la parte autocrítica y es preciso redirigir el proceso rompiendo el contacto con la silla y vuelva a centrarse en ser el yo compasivo. De esta forma puede ir exponiéndose de manera gradual a la crítica con el fin de que el yo compasivo se pueda ir conformando para relacionarse con las otras partes del yo.

Posterior a un periodo de trabajo en el que el yo compasivo se centra en enviar compasión al yo autocrítico, puede tener lugar que el yo compasivo se centre en plantearse qué es lo que puede sentir la parte crítica que le enfada o amenaza y en base a eso, qué le gustaría decir al yo compasivo.

A continuación, se conduce a reflexionar que pasaría si una vez sanada la voz crítica al recibir toda la compasión necesaria, y ya no es una amenaza ¿cómo se sentiría? ¿De qué manera eso podría servir de ayuda?

Es importante mantener la compasión como objetivo principal porque el entrenamiento mental compasivo se centra esencialmente en fortalecer este estado cerebral. De esta manera, es más fácil activarlo para obtener el beneficio de la recuperación (Brewin, 2006, citado en Gilbert, 2015). Este objetivo de entrenamiento invita a que la persona quiera incorporar a su identidad el ser compasivo (Shahar, 2015). En relación a esto, podemos decir que la suposición del tratamiento está en la consideración de que la autocrítica y la capacidad para autotranquilizarse son guiones interpersonales aprendidos y llevados a la relación entre distintas partes del yo (Kannan y Levitt, 2013), así pues, las personas pueden aprender otras formas de relación, por ejemplo, la autocompasión.

En resumen, el trabajo centrado en la compasión busca que el yo compasivo sea configurado para poder contrarrestar el sistema de amenaza y con ello, la ira, ansiedad y autocrítica que lo componen. Entonces sucede que algunos clientes empiezan a ser capaces de tolerar sus emociones negativas, haciendo presentes los sentimientos y pensamientos compasivos que presenta.

No se conforma como un objetivo el intentar librarse de las partes del yo no compasivas, sino que son tratadas con importancia y dándoles un lugar, salvo que el crítico interno sea un abusador. En esta excepción es importante tratar este yo como un *no yo* e invitarle marcharse, o emplear otras técnicas como la silla vacía, la reescritura de la vivencia traumática o aquella tarea que pueda encajar de una mejor forma con el paciente.

En cuanto al apoyo científico recogemos los resultados que obtuvieron en el estudio de Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus y Palmer (2006). A través de una tarea de imaginación sobre sí mismos se examinó la facilidad con la que los participantes eran capaces de generar imágenes de autocrítica y autocompasión después de haber sido expuestos a una experiencia imaginada de fracaso. Los resultados indicaban que la autocrítica estaba relacionada con una mayor facilidad en la generación de imágenes

hostiles mientras que la capacidad de ser autotranquilizadores se relacionaba con mayor facilidad para generar una imagen de apoyo a uno mismo.

También encontraron que las personas que presentan dificultades para generar imágenes compasivas podrían contribuir con esta dificultad a sentirse deprimidas. En base a los resultados, los autores sugieren que poder generar imágenes compasivas puede facilitar la generación de puentes entre procesos cognitivos y emocionales en la terapia, especialmente después de un fracaso percibido.

Desde nuestro punto de vista encontramos cierta carencia en el modo que se lleva a cabo la tarea de la silla. Aunque probablemente se esté activando el esquema emocional del yo crítico parece que hay una parte de la existencia de la persona que no está siendo atendida: la voz del experienciador o lo que es igual, la voz de la parte que sufre la crítica. Nos parece importante atender también esta parte de la persona porque precisa ser validada, más aún si desde el enfoque de la Terapia Centrada en la Compasión se supone que el modelo de relación intrapersonal viene del modelo de relación interpersonal, donde la validación de los sentimientos es esencial para poder generar cambio. Por tanto, si vamos de la activación de la crítica a fomentar la autocompasión sin haber escuchado los sentimientos que genera en el experienciador, estamos ignorando esta parte de la experiencia del sí mismo.

Además, en el próximo capítulo hablaremos de algunas investigaciones en torno al trabajo de las dos sillas desde el modelo de la terapia focalizada en la emoción, donde se abordan ambas partes, la voz crítica y la voz del experienciador. En estos estudios se puede observar que la autocompasión también se ve incrementada, aunque no se trabaje de manera directa incluso en el seguimiento. Probablemente, desde un modelo centrado en las emociones la autocompasión sea un elemento importante a trabajar, teniendo en cuenta que es la inhabilidad para responder a la críticas lo que favorece la depresión (Greenberg et al., 1990), pero no es el elemento principal a trabajar en las escisiones autocríticas, debido a que, al lograr cambiar el esquema emocional y vivir de una forma más congruente con uno mismo, hace posible que la persona también crezca en la capacidad de autotranquilizarse y ser autocompasivo.

Por último, señalar que probablemente un modelo que propone la autocompasión como forma de trabajar la autocrítica podría llevar a pensar que son procesos antagónicos. Sin embargo, tal y como hemos señalado previamente, esto no es así. Por ello, nos parece preciso trabajar todo el esquema emocional de la autocrítica y podría ser beneficioso apoyar con un trabajo de autocompasión o autoconsuelo. En este mismo sentido, Shahar (2015) también indica que no ha encontrado necesario tener que trabajar la autocompasión de manera específica.

3.3. Meditación de la Bondad-Amorosa (Loving-Kindness Meditation; LKM)

Basado en los beneficios demostrados de la autocompasión a nivel psicológico y relacionados con la salud (por ejemplo, Neff, 2009; Shonin, Van Gordon, Compare, Zangeneh, y Griffiths, 2015), se puede considerar que ayudar a las personas autocríticas a ser más amables y compasivas con ellas mismas podría ser beneficioso (B. Shahar, Szepsenwol et al., 2015).

B. Shahar, Szepsenwol et al. (2015) refieren que una de las formas preferibles para fomentar la autocompasión es la meditación de la bondad-amorosa (Salzberg, 1955, citado en B. Shahar, Szepsenwol et al., 2015). Esta forma de práctica de meditación está diseñada para cultivar sentimientos de calidez y bondad hacia uno mismo y los demás. Un programa de entrenamiento en meditación de la bondad-amorosa consiste en que las personas practiquen a través de la meditación formal y otros ejercicios para dirigir sentimientos de compasión, amabilidad y calidez hacia ellos mismos, de forma incondicional, sobre todo en momentos de estrés (Shapiro y Sahgal, 2012, citado en B. Shahar, Szepsenwol et al., 2015).

En un estudio reciente, B. Shahar, Szepsenwol et al. (2015) elaboraron un programa de intervención que consistió en siete reuniones semanales de 90 minutos, guiadas por un profesor de meditación con 20 años de experiencia en este modelo. En la primera sesión, los participantes practicaron la capacidad de dirigir calidez y compasión hacia sí mismos. En las siguientes sesiones practicaban esta misma capacidad dirigiendo esto hacia un benefactor, un amigo querido, un amigo necesitado, una persona neutral y una persona con quien tuvieran una relación complicada.

Al final de cada sesión cada participante se llevaba un CD con instrucciones para una meditación guiada en relación al tema tratado y se les pedía que practicasen cada día hasta la próxima sesión. Así, el comienzo de cada sesión giraba en torno a la experiencia de la meditación y las dificultades que pudieran encontrar en la práctica realizada en casa. Después tenía lugar una discusión sobre las cualidades que de manera específica poseía la persona a la que le dedicaban la práctica de LKM, así como a la contribución que estas figuras realizaban a su práctica. La última parte de la sesión se dedicaba a la práctica de LKM.

Los resultados muestran que el grupo que entrenaba LKM, en comparación al grupo control de lista de espera, lograban reducir la autocrítica y los síntomas depresivos de manera significativa. Asimismo, encontraron aumentos significativos tanto en la autocompasión como en las emociones positivas. El análisis de seguimiento mostró que los resultados se mantenían 3 meses después de la intervención.

En relación a este modelo de intervención, consideramos que hay una limitación cuando se entrena de manera directa la autocompasión sin haber atendido a los esquemas emocionales que sostienen la autocrítica. Si bien ser autocompasivo es una forma alternativa de autotratamiento, como ya señalábamos en la crítica del tratamiento según terapia centrada en la autocompasión, no solo consiste en realizar un cambio en la forma de tratarse a uno mismo, sino generar un cambio en las emociones subyacentes y a partir de ahí, ya podría aparecer un cambio en la forma que uno se trata a sí mismo.

CAPÍTULO 4.

TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN

En este último capítulo de estado de la cuestión vamos a presentar el modelo teórico y terapéutico que sostiene nuestra investigación, la Terapia Focalizada en la Emoción.

Nos decidimos por este modelo debido al análisis de toda la información que hemos vertido hasta este punto. Entendemos que para afrontar este proceso transdiagnóstico que es la autocrítica, y con consecuencias tan graves para el bienestar, es preciso intervenir el proceso etiológico que se muestra más pernicioso: el emocional (Whelton y Greenberg, 2005). Por ello, parece lógico escoger un modelo de intervención orientado a los esquemas emocionales que dirigen nuestra tendencia a la acción.

Apoyando esta idea encontramos que cada vez hay un mayor número de investigaciones que indican que el trabajo emocional es fundamental para aliviar los síntomas de la angustia psicológica (Foa, Huppert, y Cahill, 2006; Pos, Greenberg, Goldman, y Korman, 2003; Whelton, 2004). Además, se postula que un mecanismo central de cambio en los enfoques psicoterapéuticos es las distintas formas de procesar las emociones problemáticas (Castonguay y Hill, 2012; Diener, Hilsenroth, y Weinberger, 2007; Norcross y Wampold, 2011).

Por ello, a continuación, vamos a ofrecer una breve introducción a la Terapia Focalizada en la Emoción, la descripción de la autocrítica desde este enfoque, la forma de identificarla y la técnica específica para trabajar con ella: la tarea de las dos sillas. Por último, expondremos las investigaciones previas que se aproximan en su objetivo de investigación y han influido en el desarrollo de la misma.

1. Terapia focalizada en la emoción: caracterización y principios generales

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un modelo humanista contemporáneo que integra la influencia de la Terapia Centrada en la Persona, la

Terapia de la Gestalt, los modelos constructivistas y las tradiciones existenciales (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg, 2011).

Este modelo terapéutico pretende que las personas puedan profundizar en sus procesos emocionales con el objetivo de poder movilizarse desde el estrés emocional indiferenciado hacia las emociones secundarias, reactivas a emociones primarias desadaptativas, y desde estas hasta el dolor emocional nuclear y, desde ahí acceder a emociones primarias adaptativas y, con ello, posibilitar la transformación emocional; todo, con ayuda y facilitación por parte del terapeuta. Para ello, los terapeutas responden a los marcadores de dificultad del procesamiento que ofrecen los pacientes y proponen la implicación en tareas terapéuticas apropiadas para cada dificultad, como pueda ser el despliegue evocador sistemático para reacciones problemáticas, el focusing para estados emocionales indiferenciados o la tarea de las dos sillas para escisiones de conflicto (interno).

La TFE se basa, como todas las terapias humanistas, en una serie de valores centrales que han sido actualizados por las teorías actuales de la emoción y en el constructivismo dialéctico (Elliott y Greenberg, 2017).

El modelo se esfuerza por fomentar estos valores: experimentar, las relaciones marcadas por la presencia y la autenticidad, la agencia y autodeterminación, el sentimiento de integridad y el crecimiento personal (Elliott y Greenberg, 2017). Para que pueda tener lugar el cambio emocional el modelo atiende a la experiencia debido a que es central; este **experimentar** surge de una síntesis dinámica y evolutiva de múltiples procesos emocionales (respuestas emocionales y esquemas). Además, las personas necesitan algo del contacto humano porque somos fundamentalmente sociales y tenemos necesidad de apego. Esto requiere que el otro esté **presente y muestre autenticidad**.

Otro de los valores tiene que ver con la **agencia** y la **autodeterminación**, que es una motivación evolutiva y adaptativa que permite explorar y dominar situaciones. La TFE también tiene en consideración el pluralismo y la diversidad, no solo entre las personas, sino también dentro de las personas, las cuales son aceptadas incondicionalmente y validadas, lo que lleva a relaciones basadas en la igualdad y el

empoderamiento. El siguiente valor tiene que ver con el sentimiento de **integridad**, que es adaptativo y mediado por la emoción. Este sentimiento se logra por el contacto amistoso entre los aspectos dispares de la persona, en lugar de estar presente un yo ejecutivo, singular y general. Además, el **crecimiento** personal está sustentado por una curiosidad innata y proceso emocional adaptativo que viene dado por una diferenciación creciente y una flexibilidad adaptativa.

Además de estos valores, la TFE propone unos principios de cambio. Elliott y Greenberg (2017) indican que existen una serie de principios de cambio generales, pero también existen unos principios de cambio emocional. El grupo de principios de cambio generales son los seis que referimos a continuación.

Los tres primeros se encuentran muy relacionados con la alianza terapéutica. Estos son la (1) **sintonización empática** con la experiencia del paciente, (2) la construcción de una adecuada **alianza terapéutica** basada en la empatía, la aceptación e interés y cuidado del paciente, así como la presencia genuina del terapeuta. El tercer principio (3) tiene que ver con las **tareas terapéuticas**, sobre las que es importante que exista un acuerdo entre el paciente y el terapeuta. El terapeuta debe aceptar los objetivos de la persona, al tiempo que informa sobre las emociones y el proceso de la terapia para ayudarlo a desarrollar una comprensión general de la importancia de trabajar con las emociones y proporcionar fundamentos para actividades terapéuticas específicas.

El cuarto principio general (4) es la **profundización emocional a través del trabajo en tareas terapéuticas clave**. Una vez establecidos los objetivos e identificado los focos de tratamiento, se realizan las tareas específicas para ese foco. El terapeuta tiene que guiar desde su conocimiento, favoreciendo el crecimiento en cada oportunidad, pero mostrando flexibilidad si emerge otra tarea de forma más viva para el paciente.

El quinto principio (5) tiene que ver con el **autodesarrollo**. Los terapeutas enfatizan la importancia de la libertad de los clientes para elegir sus acciones, tanto fuera como dentro de la terapia. El terapeuta apoya el potencial y la motivación del cliente para la autodeterminación, la interdependencia madura con los demás, el dominio de las dificultades y el autodesarrollo.

El sexto principio (6) tiene que ver con el **procesamiento emocional**. Cada persona presenta diferentes maneras de trabajar de forma productiva con sus emociones en distintos momentos, esto se denomina modos de compromiso o procesamiento emocional (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996). Estos incluyen el enfoque receptivo consciente de las experiencias inmediatas o de recuerdos específicos, la experiencia emocional inmediata y la sensación sentida, la simbolización de la experiencia emocional inmediata o la reflexión sobre el significado, valor y comprensión de la experiencia. La secuencia común es que los pacientes primero atiendan a eventos externos, luego tenga lugar la reflexión sobre el significado y la expresión de las emociones (Angus y Greenberg, 2011).

Dentro de estos principios generales, el cambio se produce cuando ayudamos a las personas a dar sentido a las emociones al elevar el grado de conciencia (1), al facilitar la expresión (2) y la regulación emocional (3), acompañado de reflexión (4) sobre uno mismo y transformación emocional (5) (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg, 2011). Estos son los cinco principios que constituyen los principios de cambio emocional.

Así, el incremento de la conciencia emocional y los aspectos de implicados en la emoción es el objetivo general fundamental porque permite que conecten con sus necesidades orgánicas y con ello emerge la motivación para satisfacerlas. La conciencia implica acceder a las emociones, tolerarlas, aceptarlas, diferenciarlas y simbolizarlas. La expresión emocional no es sinónimo de desahogo emocional, sino que implica tanto la activación de la emoción como la forma en que es expresada. Precisamente la forma (es decir, qué emoción se expresa sobre qué tema, en qué momento, cómo se expresa y a quién) es lo que conducirá a nuevas experiencias de afecto y significado.

Tanto el incremento de la conciencia como la expresión emocional se pueden dar cuando la emoción está ausente o sobrerregulada pero cuando el nivel de arousal es demasiado elevado, se pierde la información de la acción adaptativa (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). Para ayudar a regular las emociones la TFE emplea varios métodos, siendo el más básico ofrecer un entorno seguro y cálido con una presencia del terapeuta

que calme y sea empática. También es importante para calmar la angustia emocional la capacidad de regular la respiración, desarrollar una distancia de trabajo de las emociones intensas y observar las propias emociones. Otro aspecto importante de la regulación es desarrollar las capacidades de los clientes para calmarse y ser compasivo.

Además, promocionar la autorreflexión acerca de la propia experiencia emocional permite dar un sentido narrativo a la experiencia. ¿Qué permite esto? La asimilación de las narraciones en curso, es decir de la experiencia activada en el momento presente (Angus y Greenberg, 2011). Esto permite un mayor autoconocimiento experiencial sobre las diferentes partes del yo, junto a sus esquemas de sentimientos, pensamientos y necesidades, así como de las relaciones que entre estas partes se establecen. Esto permite que las situaciones se entiendan de nuevas maneras y se reformulen las experiencias sobre uno mismo, los demás y el mundo.

Finalmente, cuando nos referíamos a transformación, exactamente queríamos señalar que el paso más importante de tratar la emoción implica la transformación de la emoción por emoción (Greenberg, 2002, 2011). Es decir, el objetivo dentro de la TFE es transformar la emoción desadaptativa en otra emoción. ¿Cómo se logra esta transformación? Mediante la activación conjunta de la emoción más adaptativa y la desadaptativa ante la misma señal. Esto permite que las emociones desadaptativas primarias como la vergüenza nuclear o el miedo al abandono cambien al estar activadas con una ira asertiva, con un sentimiento de orgullo o de autocompasión.

Este mecanismo de cambio no es solo la confrontación de las emociones o un proceso de enfrentar el sentimiento para reducir la activación, más bien supone que la evitación producida por ejemplo el miedo se transforme al activar las tendencias a la acción que emergen del sentimiento de ira o la búsqueda de consuelo. Para que el acceso a las nuevas emociones suceda, el método clave está en enfocarse en las necesidades subyacentes (Greenberg, 2002, 2010). Como resultado del contacto con los nuevos estados emocionales obtenemos que la persona se permite desafiar la validez de las percepciones de sí mismo y de otros, debilitando el poder de las emociones desadaptativas.

Todo el proceso terapéutico también implica la vivencia de una experiencia emocional correctiva que desconfirma los viejos patrones de experiencia interpersonal no adaptativa (Greenberg y Elliott, 2012) y con ello, las creencias patógenas, corrigiendo los patrones establecidos con anterioridad. Así, si uno enfrenta el sentimiento de vergüenza en un contexto terapéutico seguro y de aceptación, esto permite cambiar el sentimiento de vergüenza.

Atendiendo a estos principios generales y específicos de intervención, podemos comprender que la TFE no se enfoca tanto en el contenido como en el proceso, basando sus conceptos de teoría emocional en los esquemas emocionales y los tipos de respuesta emocional (Elliott y Greenberg, 2017).

La TFE define los esquemas de emociones como redes de organización de memorias emocionales que se encuentran interrelacionadas. Estas redes presentan los siguientes elementos: a) experiencias situacionales-perceptivas que contienen los recuerdos impregnados de afectos y de las evaluaciones que se generaron en el momento inmediato (por ejemplo, notarse al margen de los demás y recordarse como solitario); b) sensaciones y expresiones corporales (la manifestación corporal de la emoción); c) representaciones simbólicas verbales implícitas (por ejemplo, autoevaluarse como no amable); d) la motivación que refiere a los elementos del comportamiento que implica necesidades y tendencias de acción. Por último, cuando estos elementos son activados y atendidos, esto produce una experiencia emocional consciente que puede considerarse como un quinto elemento emocional (por ejemplo, una vieja tristeza generada por no sentirse atendido en el marco familiar con la sensación de no sentirse amado).

Por otro lado, los tipos de respuestas emocionales que se han distinguido en el marco de la TFE (Greenber et al., 1993) son las cuatro que definimos en los siguientes párrafos.

Las emociones adaptativas primarias que son nuestras primeras reacciones a la situación presente. Estas respuestas son más naturales y nos permiten tomar las medidas más adecuadas, es decir impulsan a una tendencia a la actuación adaptativa. Por ejemplo, si alguien está invadiendo mi intimidad, la ira sería una respuesta emocional

adecuada porque el valor adaptativo de la ira me conduciría a poner un límite y con ello poner fin a esa situación.

Las respuestas emocionales primarias desadaptativas también son nuestras reacciones iniciales, pero, a diferencia de las adaptativas, no se encuentran ajustadas a lo que ocurre. Estas emociones responden de manera directa a las situaciones, pero tienen un carácter sobreaprendido, con raíz en nuestra historia de experiencias previas, con frecuencia traumáticas (Herrmann y Greenberg, 2007). Estas respuestas emocionales son las que constituyen la vulnerabilidad nuclear de la persona; es decir, son aquellas que se relacionan con la sensibilidad de la persona al sentirse abandonado, rechazado o solo y que de manera respectiva conectan con sentimientos de tristeza, vergüenza y miedo (Timulak, 2015). Debido a que se relacionan con nuestra historia de experiencias son emociones familiares, que llegan a filtrarse en nuestra identidad. Un ejemplo de este tipo de respuestas emocionales es el siguiente: una persona ha podido aprender que el cuidado que otros le brindaban era seguido de un abuso físico o sexual. Por ello, las respuestas del paciente a la empatía y al cuidado del terapeuta pueden estar basadas en el sentimiento de ira (Elliott y Greenberg, 2017). De esta forma, una respuesta emocional que pudo ser adaptativa en el momento original, en el momento actual ya no funciona como facilitadora de la adaptación.

Las emociones secundarias describen la reacción emocional de la persona a su propia respuesta emocional primaria inicial, que puede ser adaptativa o desadaptativa. Por ejemplo, una persona con sentimientos de tristeza y soledad puede comenzar a mostrar una ira no asertiva que puede llegar a incrementar el sentimiento de tristeza y soledad.

Por último, las respuestas emocionales instrumentales son aquellas demostraciones de emociones que suponen una ganancia, es decir, son estratégicas porque generan un efecto en el entorno, especialmente en los otros.

En este apartado hemos señalado los principales componentes de la TFE y esbozado los principales aspectos teóricos que promueven el cambio terapéutico. Finalmente destacar que este modelo se está desarrollando tanto en el plano teórico como práctico (Elliott y Greenberg, 2017), mostrando su utilidad en el afrontamiento de

diferentes manifestaciones psicopatológicas como la depresión (Greenberg y Watson, 2006), ansiedad (Elliott, 2013), los problemas de alimentación (Dolhanty y Greenberg, 2007), trauma complejo (Paivio y Pascual-Leone, 2010). Además, esta orientación está mostrando su eficacia en el trabajo de la terapia de pareja (Greenberg y Johnson, 1988).

2. Caracterización de la autocrítica en la TFE.

Respecto a cómo se da la autocrítica, encontramos que, para algunas personas, este fenómeno es algo similar a la experiencia de la presencia de una voz interna, por lo que parece haber una parte del sí mismo que hace la crítica y otra parte del sí mismo que la sufre y responde ante ella. Tanto en la Terapia Focalizada en la Emoción como en otros modelos teóricos, las escisiones del yo son contempladas como aquello que específicamente tiene lugar durante el proceso de la autocrítica.

B. Shahar et al. (2012) conceptualiza la autocrítica como una división de conflicto entre dos aspectos del yo, donde una parte del yo critica duramente, enjuicia, evalúa y bloquea las experiencias y necesidades saludables de otra parte más sumisa del yo.

De esta forma, la Terapia Focalizada en la Emoción, con base en la terapia Gestáltica, se refiere a esto como el perro de arriba y el perro de abajo (Greenberg, 2000; Greenberg et al., 1996). Estos conceptos son empleados para representar dos partes internas que se hallan en conflicto; por un lado, el perro de arriba (topdog), representante de los aspectos autoritarios, exigentes, demandantes y moralizadores de la persona e impregnado de “deberías”, es la parte que realiza la crítica. Por otro lado, el perro de abajo (underdog), reflejo de la parte sumisa del sí mismo, controla desde la pasividad, ofreciendo excusas y justificaciones, postergando los compromisos e impidiendo que el “perro de arriba” logre sus objetivos, posicionándose como defensivo adulator o víctima. Por tanto, en esta contraposición, en este procesamiento esquemático de opuestos, aparece el sí mismo que critica *crítico interno* y el sí mismo cargado de reacciones, necesidades y deseos afectivos, es decir, el sí mismo sufriente o *experienciador*.

Greenberg et al. (1996), describen que de manera habitual lo que subyace a este proceso de autocrítica, autoevaluación y de autocoerción es, por un lado, las normas y valores introyectados y por otro, las reacciones emocionales y deseos orgánicos. A veces en parte por hábito, otras por miedo, las personas tendemos a actuar conforme estándares y juicios ya incorporados en torno a cómo debemos ser, en lugar de adentrarnos en un proceso más discriminatorio que permita atender y seleccionar que se ajusta mejor a nuestras necesidades y está ligado a una mayor satisfacción. Esto implica, que las necesidades son ignoradas, perdidas o minimizadas (Elliott et al., 2004).

Si bien estos dos polos representan un esquema (o conjunto de ellos) compuesto por sentimientos, necesidades y creencias, el procesamiento que realiza el crítico interno tiene un carácter más conceptual mientras que el experimentador implica un procesamiento más vivencial y se encuentra más cargado de reacciones, necesidades y deseos afectivos.

En la TFE la autocrítica es indicador de una dificultad en el procesamiento emocional, especialmente la vergüenza dándose una relación bidireccional y de retroalimentación entre la autocrítica y la vergüenza (Whelton y Greenberg, 2005). Esta dificultad en el procesamiento de la vergüenza lleva a la evocación de reacciones emocionales secundarias como puede ser la desesperanza, la fatiga, la depresión y la ansiedad (Stiegler, 2018). Trabajar con la dificultad de procesamiento emocional debería aliviar los síntomas como la depresión y la ansiedad (Stiegler, 2018).

Posteriormente, Timulak (2015) indica que la autocrítica también es una forma de relacionarse con uno mismo, es decir, es una forma de autotratamiento cuando los esquemas de dolor (emocional) nuclear son activados.

Los esquemas de dolor nuclear son señales de necesidades no cubiertas (Timulak, 2015). Además, en el centro de estos esquemas existen sentimientos que habitualmente tienen que ver con temas de miedo/terror, soledad/tristeza y vergüenza/humillación. Estos esquemas que contienen experiencias dolorosas son activados por diferentes disparadores que suelen estar en la interacción con el ambiente, sobre todo, en lo relativo a las relaciones sociales y que en la vida adulta con frecuencia tienen su conexión con las circunstancias históricas que dieron lugar a las experiencias

emocionales insoportables del pasado. Aunque los esquemas emocionales pudieron ser funcionales en esos momentos adversos de la historia de la persona, a largo plazo conducen a un funcionamiento no adaptativo, por ejemplo, convirtiéndose la experiencia emocional primaria de vergüenza en una emoción primaria desadaptativa, que puede estar acompañada del miedo secundario a sentir de nuevo esa vergüenza (Timulak, 2015).

Cuando estos disparadores aparecen, las personas no son receptores pasivos, sino que siempre surgen formas en las que las personas se relacionan con ellos mediante la gestión del sí mismo en estos contextos. Si bien las personas pueden responder de manera adaptativa apoyándose, siendo compasivos consigo mismos, también aparecen formas más dañinas, una de estas formas de tratamiento es la autocrítica, pero también puede ser el bloqueo de la experiencia emocional o la aparición de preocupaciones sobre uno mismo (Timulak, 2015).

De hecho, una de las principales estrategias desadaptativas para manejar el impacto del rechazo social u otros tipos de adversidades sociales, como el abuso, la exclusión o la negligencia, es la autocrítica. Sin embargo, mientras que formas suaves de autocrítica pueden favorecer la mejora de uno mismo y el reconocimiento social, la autocrítica basada en el desprecio autodirigido, casi siempre no es saludable. Además, esta forma de autocrítica habitualmente es el resultado de introyectos derivados del trato recibido por otros significativos; estos introyectos se pueden convertir en elementos que debilitan, generando un odio profundo dirigido hacia sí mismo, con un sentido concordante de vergüenza e inutilidad (Timulak, 2015). De hecho, ya mencionamos que es precisamente el desprecio el aspecto más pernicioso de la autocrítica (Whelton y Greenberg, 2005).

En este sentido, la autocrítica tendría una función de autoprotección. Esto es, con la intención de intentar controlar el contexto donde tiene lugar la experiencia dolorosa, la persona puede criticarse con la idea de controlar su comportamiento para ejercer cambios en un medio que engendra dolor, y que a veces resulta impredecible (Timulak, 2015; Timulak y Pascual-Leone, 2015). Por ejemplo, un niño con un padre alcohólico puede pensar que, si cambia su comportamiento, la conducta de maltrato del padre

puede ser distinta e ir para mejor. Sin embargo, este ciclo de autocrítica solo conlleva profundos sentimientos negativos como el abandono y la vergüenza, sin lograr el efecto deseado (p. 20, Timulak, 2015).

Igualmente, la autocrítica puede adquirir una función autoprotectora al ser una forma en la que el niño y/o el adulto en el que se convertirá mediante la que intentan endurecerse para prevenirse del duro trato de los demás. Así, cuando actúa de alguna forma en la que anticipa una crítica por parte de los demás, esto no supondría una sorpresa o una decepción (Timulak, 2015).

En otras ocasiones, la autocrítica también adquiere una forma de autocastigo o autolesión que parece ser una expresión de la desesperanza, el enojo o la resignación derivada de una decepción. La forma de hacer frente a estos sentimientos parece que es el autocastigo como forma de descargar la ira. Este mecanismo puede conllevar la esperanza de que, si me castigo, no habrá decepciones similares en el futuro (Timulak, 2015).

Otra forma de autotratamiento respecto a las dificultades de procesamiento emocional está relacionada con las autopreocupaciones (Timulak, 2015; Watson y Greenberg, 2017). En estas situaciones las personas permanecen ancladas a anticipaciones de disparadores de malestar y experiencias dolorosas como, por ejemplo, “*puedo ser criticado y rechazado*” (Timulak, 2015, p.23). Con el objetivo de evitar estos disparadores, imaginados, la persona puede emitir conductas como la comprobación constante, evitar conductas y ser autocontrolado e incluso, controlar a los demás. Así, la persona se puede preocupar continuamente por lo que podría pasar al mismo tiempo que se culpa por ello. Esta función autoprotectora se solapa con la de la autocrítica.

3. Marcadores de autocrítica: cómo identificar la autocrítica

La autocrítica se puede identificar a través de marcadores paralingüísticos o verbales que muestran el conflicto entre dos aspectos del self acompañado de malestar emocional (por ejemplo, la verbalización “quiero ser yo mismo y expresar lo que siento”, acompañado de tristeza y dolor).

Con este tipo de verbalizaciones se puede apreciar que el aspecto adaptativo (*yo experienciador*) está siendo ocultado por otro aspecto (*yo crítico*), que considera que guiarse por la experiencia te puede convertir en alguien desagradable, malo o no amable (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996). Un indicador claro de autocrítica suele ir acompañado de aspectos verbales o paralingüísticos de lucha o coerción (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

La forma más obvia de marcador es aquella que representa en las verbalizaciones del paciente los *deberías*. Estos *deberías* contienen los aspectos negativos de las evaluaciones al sí mismo, que frecuentemente terminan emergiendo como un aspecto crítico interno (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996). En este tipo de verbalizaciones se puede ver una primera parte en la que el paciente expresa un debería, un deseo, un estado y una segunda parte en la que se identifica una especie de autocensura, autocancelación (*sí/pero, sí/entonces...*; Greenberg, 1979).

A veces la aparición del marcador no es tan visible como en el ejemplo anterior. Esto suele ser expresado en formas como “*una parte de mí quiere esto, pero otra parte quiere esto otro*”, por ejemplo “*una parte de mí quiere quedarse en la relación y seguir casado, otra parte de mí quiere que me vaya y sentirse libre. Es confuso*” (Elliott et al., 2004, p. 222). Este tipo de situaciones del paciente, si son trasladadas a la tarea de las dos sillas terminan dibujando una situación en la que una de esas dos partes se convierte en un aspecto más coercitivo y evaluativo que otro (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

También sucede que algunas de las escisiones están implícitas en las afirmaciones de algunos pacientes, pero no se aprecian claramente como un conflicto entre dos partes. Así, afirmaciones como “*soy un fracaso*”, “*soy inútil*”, “*necesito demasiado de los demás*”, “*Soy culpable*” “*Me siento triste o desesperanzado*” (Elliott et al., 2004, p.223), son declaraciones que es preciso evaluar porque, como venimos diciendo, podrían ocultar una escisión con una parte que evalúa de manera negativa a otra. Incluso, afirmaciones del tipo “*estoy asustado o ansioso*” es necesario atenderlas por si está dando lugar a la situación en que una parte del yo está asustando a otra,

construyendo unas expectativas futuras de carácter catastrófico o una visión amenazante del pasado (Elliott et al., 2004).

Finalmente, las referencias directas a tener una baja autoestima son un claro marcador de una escisión implícita (Elliott et al., 2004).

El surgimiento de estos marcadores sugiere que la tarea de las dos sillas puede ser productiva, porque la persona se encuentra en un estado problemático susceptible de ser abordado y resuelto con la tarea.

4. Cómo se produce el cambio mediante la tarea de las dos sillas

La tarea del diálogo de las dos sillas está diseñada para trabajar con las escisiones de conflicto. Estas escisiones son problemas que surgen cuando una parte del yo ataca o bloquea la expresión de un aspecto del yo más adaptado y fundamental (Elliott et al., 2004).

Esta técnica surge en el marco de la terapia gestáltica (Perls, 1969, en Elliott et al., 2004) dentro de las terapias experienciales (Elliott et al., 2004), aunque previamente había sido elaborada por Jacob Levy Moreno en el campo del psicodrama (Ramírez, 1998). Posteriormente, Leslie Greenberg y sus colaboradores han adaptado y desarrollado la tarea para trabajar con variedad de conflictos (por ejemplo, Greenberg, 1979; Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993).

Dentro de este enfoque experiencial que es la Terapia Focalizada en la Emoción, la tarea de las dos sillas es facilitada por el estilo relacional del terapeuta con el paciente, aspecto que ha demostrado su evidencia terapéutica (Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, y Freire, 2013). Esta forma de relación se caracteriza por la aceptación, el aprecio y la presencia empática que de forma continua subyace a la tarea (Elliott et al., 2004). Estos elementos son claves debido a que hace que el paciente experimente una mayor (auto)conciencia y la aceptación de uno es clave para el cambio (Elliott et al., 2004).

El propósito de la intervención del diálogo de las dos sillas es la transformación emocional en lugar de la modificación, control o negación, así como la integración de

los aspectos inconexos del yo (Greenberg, 1979; Greenberg y Webster, 1982). Entonces este proceso consiste en facilitar el poder profundizar en la experiencia en lugar del entrenamiento en habilidades (Elliott et al., 2004).

A través de este método, las personas pueden acceder a aspectos más saludables del yo, como un enfado adaptativo primario y las necesidades y deseos básicos que previamente habían tenido una menor influencia en la forma en que la persona actuaba en el mundo. Acceder con mayor facilidad al mundo emocional permite a las personas dirigirse mejor a través de sus propios objetivos (Elliott et al., 2004).

Podemos definir la tarea de las dos sillas como una técnica activa que tiene el supuesto básico de que la persona, al implicarse en un diálogo entre las partes opuestas del sí mismo logrará una solución integradora debida al contacto creativo (Greenberg et al., 1996). Para exponer de una forma más fina el objetivo de esta tarea, cabe aclarar que no consiste en hablar sobre un conflicto o explorar el porqué de dicho conflicto, sino que consiste en vivir a través del conflicto con el fin de formar nuevas soluciones. Esto se debe a que no es suficiente hablar y comprender de una forma intelectualizada el proceso de la escisión, por el contrario, se precisa estimular la escisión autocrítica y experimentar realmente las emociones de cada parte del yo para que pueda existir la transformación e integración emocional (B. Shahar et al., 2012).

Esta tarea implica la expresión activa de cada una de las partes, pudiendo experimentar más claramente cada parte con la otra en el contacto dialéctico. Esto conlleva atender a los elementos de la experiencia de las dos partes y un proceso de búsqueda vivencial que permita acceder a los esquemas implicados en la experiencia de cada parte y con ello, poder simbolizarlo.

La importancia del diálogo se encuentra en el hecho de que ofrece una oportunidad para hacer conscientes los dos aspectos de la experiencia de manera simultánea, pudiendo expresarse ambos de forma explícita y pausada. Al mismo tiempo, que el diálogo deje de ser encubierto permite articular y explorar más completamente su posición. El final de este proceso dialéctico es que se realice una síntesis del contacto de opuestos.

Además, que haya cambio en este proceso implica que tenga lugar una forma de autoaceptación con la que las personas pueden hacer propias sus necesidades y deseos. También puede darse la evolución de las necesidades y deseos por el mero proceso de ser reconocidos.

En relación a esto, nos encontramos con ciertas dificultades principales, relativas a preguntas como las siguientes: ¿cómo conseguir una armonía entre los deberías y las necesidades?, ¿de qué manera se transforman las propias evaluaciones negativas de los deseos? y ¿en qué términos se satisfacen las necesidades de una manera aceptable respecto a los valores y normas propios? Esto puede tener lugar por un lado en la medida que se reevalúan los deberías y las normas con objeto de discernir los aspectos que son sostenidos de verdad por los valores del sí mismo y, por otro lado, con el reconocimiento de las emociones nucleares y las necesidades asociadas.

De esta forma para que pueda resolverse el conflicto de la escisión autocrítica es especialmente importante que se den dos procesos. Primero, que los sentimientos de ira, odio, desprecio y disgusto contenidos en el crítico interno se transformen en sentimientos relacionados con la compasión y empatía hacia el yo experienciador, aspecto que simultáneamente revertirá en un incremento en la capacidad de autotranquilizarse en situaciones de estrés (B. Shaha et al., 2012). Segundo, los sentimientos de vergüenza e impotencia expresados por el yo experienciador se puedan transformar en aspectos que fortalezcan la resiliencia, como la asertividad, que frecuentemente se muestra como sentimientos de ira adaptativa, que permite a la persona afrontar de una mejor manera los ataques de la crítica interna y con ello, actuar en consonancia con sus deseos y necesidades auténticos y adaptativos (B. Shaha et al., 2012).

Así, una vez explorados y reevaluados los valores internos verdaderos y los propios deseos y necesidades, la resolución del conflicto interno se da al desarrollar una nueva organización que atienda a ambos lados de forma armoniosa y de afiliación, derivada de la aceptación mutua (Greenberg et al., 1996). Además de afrontar de forma más adaptativa el conflicto interno, la resolución también favorece enfrentar de manera más adaptativa las dificultades ambientales (B. Shaha et al., 2012).

5. Fases en la tarea de las dos sillas

En este apartado, primero ofrecemos una explicación del esquema general de la tarea de las dos sillas con el fin de facilitar la comprensión de la tarea. Posteriormente damos una explicación más detallada.

El esquema general de la tarea de las dos sillas es el siguiente:

El terapeuta solicita al paciente que realice un diálogo entre el crítico interno y el yo experienciante utilizando las dos sillas. Normalmente, en primer lugar se solicita al paciente que se posicione como la voz crítica y que se dirija a la silla del yo que experimenta con las críticas y ataques que emplea. Durante el diálogo, el paciente irá cambiando de silla, utilizando el terapeuta una orientación empática para explorar, procesar y proporcionar espacio para expresar emociones y necesidades asociadas con cada parte del yo (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

Es importante tener en cuenta que, desde una perspectiva TFE, las emociones y necesidades asociadas a dichas emociones, y que pertenecen a cada lado de la escisión, son esenciales. Cuando un paciente representa al crítico interno, a menudo expresa sentimientos de ira, odio, desprecio y/o disgusto consigo mismo. Habitualmente, cuando este lado es representado, se despiertan sentimientos de impotencia, desesperanza e impotencia que más tarde se diferenciarán en sentimientos de vergüenza, miedo o tristeza, dependiendo de la naturaleza de los ataques críticos (Greenberg y Watson, 2006; B. Shahar et al., 2012).

Dentro del marco de la TFE, se ha estudiado (Greenberg, 1984) el proceso de resolución de las escisiones de conflicto, identificando componentes medibles para una resolución satisfactoria.

De esta forma, Greenberg y sus colaboradores (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996) proponen un modelo del proceso de resolución, que implica tres etapas principales (oposición, identificación y contacto, e integración) y una serie de pasos

En las siguientes líneas exponemos este proceso de resolución de la tarea de las dos sillas:

Durante el proceso terapéutico y la exploración empática surgen indicadores (marcadores) de las escisiones que ponen de relieve dos aspectos del sí mismo en contraposición. Como hemos señalado, estos indicadores pueden ser verbales o paralingüísticos. También se caracterizan por ser siempre específicos de cada tipo de proceso conflictivo (Greenberg et al., 1996). La tarea fundamental y que permite avanzar es que la persona pueda darse cuenta de que existe un conflicto entre dos partes. Si las personas asumen la responsabilidad de ambas partes en conflicto, pueden adentrarse en la resolución de la tarea (Greenberg, 1979; Greenberg et al., 1996).

Una vez que el terapeuta ha facilitado la identificación de dos lados, se introduce la tarea, explicándosela al paciente de forma que surja de la propia experiencia y parezca una forma obvia de tratar el conflicto entre partes (Elliott et al., 2004).

A continuación, se realiza un juego de roles, de ambas partes, que ayuda a seguir separando ambas partes de la escisión. En este momento empieza la **Etapa de Oposición**, en la que se da una mayor implicación del paciente, con la consiguiente activación de los esquemas que conforman el conflicto (Greenberg et al., 1996). En este punto, en el que han pasado varias sesiones y se ha fortalecido el vínculo, se invita a los participantes a realizar un experimento (la tarea de las dos sillas) para profundizar en los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada una de las partes.

De manera habitual, se comienza el juego de roles dando voz a la parte que critica (Elliott et al., 2004). En ocasiones la voz crítica puede ponerse en un lugar externo (en otros la crítica), como puede resultar más fácil comenzar con una crítica externalizada se puede invitar al paciente a comenzar evocando a quien se esté atribuyendo la crítica (por ejemplo, un padre) (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

Es importante que la actitud del terapeuta sea de no alinearse con ninguna de las dos, sino que haya un liderazgo en la tarea de las sillas apoyando a la parte más débil y aceptando los aspectos importantes que se encuentran incrustados en la crítica. Para que la resolución de la crítica tenga lugar, debe haber un trabajo conjunto de ambas partes (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

De esta forma, comienzan a surgir las duras críticas, los debería, las autoevaluaciones en la *silla del crítico*. Esto tiene como efecto que en este inicio de diálogo se estimulan las primeras reacciones afectivas que han generado las críticas en la *silla vivencial*. Las primeras respuestas afectivas del yo experienciador tienen que ver con el sentimiento de desamparo y sumisión o de ira y rebeldía.

Conforme el diálogo avanza y se mantiene la tensión, se anima a que el crítico se torne más específico, es decir, se refiere a episodios concretos de la vida de la persona, con críticas más detalladas, incrementando los matices de la expresión y activándose los sentimientos apropiados. De lo manifestado en la silla crítica, no solo es relevante el contenido sino los matices de lo expresado mediante gestos como un dedo que apunta o un ceño que se frunce, esto es en lo motor y también son aspectos que se deben llevar al foco de la conciencia y se elaboran (Greenberg et al., 1996). Cada detalle ayuda a activar los aspectos del esquema emocional que conforma la voz crítica y permite que la persona tome conciencia de cómo se critica y por tanto, como se controla y silencia a sí misma (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996).

Hasta este momento, los distintos pasos (emisión de críticas - primeras reacciones afectivas – refinamiento de las críticas) han conformado la primera etapa. A continuación, comienza la **Etapas de Identificación y contacto** (Greenberg et al., 1966). Debido a las críticas específicas, en la silla vivencial siguen teniendo lugar reacciones afectivas. Sin embargo, en este momento se tornan más diferenciadas, pudiendo acceder a la emoción o sentimiento primario, como podría ser la tristeza o la soledad (Greenberg et al., 1996). En la medida en la que se experimentan estas emociones, por dolorosas que sea, emerge la posibilidad de que la persona llegue al borde del crecimiento debido a que surge el aspecto saludable de la persona al sentirse consciente y en derecho de sus necesidades (Elliott et al., 2004).

Cuando esta emoción nuclear es atendida plenamente y validada, tanto por la persona como por el terapeuta, puede comenzar a emerger nuevos sentimientos, diferentes a los anteriores, que pueden estar relacionados con el enfado por no haber sido escuchado (Greenberg et al., 1996). La nueva experiencia que emerge, mientras se realiza la profundización en la experiencia, es la primera señal de resolución (parcial)

del conflicto (Elliott et al., 2004). Este nuevo sentimiento también es elaborado en la medida que el deseo o necesidad es validado por el terapeuta, que a su vez acompaña a que el paciente se pueda validar y apropiarse de su propia experiencia, por ejemplo, mediante una afirmación asertiva de la necesidad del *yo experienciador* al *yo crítico* (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996). Esta expresión asertiva promueve el cambio (Elliott et al., 2004).

Lo valioso de este paso tiene que ver con la premisa de que entrar en contacto con la emoción primaria adaptativa es importante porque orienta al cliente a tomar consciencia de las necesidades y deseos adaptativos, sintiéndolos con derecho, lo que a su vez es contrario a sentirse sin valor (es decir, sin derecho) (B. Shahar et al., 2012). Por ejemplo, hacer consciente la soledad podría llevar a una necesidad de aceptación de este sentimiento. A su vez, experimentar este sentimiento puede llevar a satisfacer esa necesidad porque se conecta con el derecho a satisfacerlo. Habitualmente, la expresión de las necesidades da fortaleza a las personas, además las necesidades promueven la tendencia hacia la acción, orientándolas hacia sus objetivos (Elliott et al., 2004).

En este proceso, pueden tener lugar de forma repetida cambios de silla si esto fomenta la activación de los esquemas y el avance en el paso correspondiente (por ejemplo, diferenciación de los estados emocionales) (Greenberg et al., 1996). Asimismo, el terapeuta da comprensión y apoyo a la persona para que pueda ir expresando los nuevos sentimientos al crítico (Elliott et al., 2004).

También sucede en esta fase que en la silla crítica tiene lugar un cambio desde una posición culpabilizadora, con el foco en el exterior a un foco más puesto en la autoexploración y expresión de sí mismo. Así hay un cambio tanto en las verbalizaciones, pasando por ejemplo de “*eres un imprudente, por eso fracasas*” a “*busco para ti que puedas alcanzar un buen lugar*”, como en lo no verbal (Greenberg et al., 1996). Este ablandamiento de la crítica se debe a la expresión de la experiencia de dolor (emocional) y a la expresión de afirmación sobre las necesidades emergentes en la silla experiencial (Greenberg et al., 1996). Además, la validación del terapeuta tanto de los miedos del experienciador como de las necesidades alienta la propia aceptación (Elliott et al., 2004).

En este momento, la persona puede comenzar a discriminar sus propios valores y normas cuando está en la silla crítica. A raíz de esto puede delimitar sus expectativas e ideales mientras se da una confrontación dialéctica entre valores y normas internas por un lado y necesidades y deseos orgánicos por otro.

Por tanto, en esta fase tiene lugar la aparición de sentimientos primarios diferenciados, emergen nuevas experiencias que permiten conectar con necesidades y deseos adaptativos que, al ser validados favorece la revisión de los propios valores y facilita la suavización del crítico interno.

Como decíamos previamente, al poner las tendencias opuestas en consciencia de manera simultánea permite la construcción de una síntesis nueva, una resolución integradora. Esto nos hace llegar a la última fase, **Fase de Integración** en la que la expresión asertiva de las necesidades y emociones primarias hace que la parte crítica se suavice y atienda a las preocupaciones orgánicas de la silla vivencial, mientras las preocupaciones orgánicas también se abren a la integración al reconocer las preocupaciones que subyacen a la silla crítica (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1996)

Esta integración tiende a generar en las personas una sensación de estar más unidos, que ya no existen dos partes separadas (B. Shahar et al., 2012). Además, la expresión de emociones y necesidades parece que promueve más compasión entre las dos partes, pudiendo trabajar de manera conjunta (Elliott et al., 2004).

La resolución de la silla se puede dar de distintas maneras en función de la naturaleza y contenido del conflicto, con distintos grados de presencia de cada una de las partes originales. Así, en un lado del continuo hay un predominio de las necesidades orgánicas y se llega ahí debido a que se rechazan los deberías por no contener nada de valor. Hacia la mitad de dicho continuo hay una resolución negociada de ambas partes, existe un compromiso y un reconocimiento de ambas partes. En el polo contrario hay un tipo de resolución que implica el dejar ir una necesidad en pro de un ideal, esto es lo menos observado (Greenberg et al., 1996).

También es importante señalar que la atención y expresión de las necesidades orgánicas no es sinónimo de conductas impulsivas, más bien todo lo contrario. Precisamente la no identificación de las necesidades verdaderas conduce a la actuación impulsiva o *acting out*. Las necesidades aceptadas y atendidas favorecen la supervivencia y crecimiento del organismo (Greenberg et al., 1996).

No solo se dan distintas formas de resolución integradora, sino que se han encontrado dos formas distintas de suavización del crítico (Greenberg et al., 1996). Una es la suavización *por compasión* en la que la parte crítica siente un tipo de apoyo compasivo por la vulnerabilidad del sí mismo, por lo que la suavización se da por autoaceptación. La otra forma es la suavización *por miedo* en la que el duro crítico original expresa miedo por dejar de existir por ser aplastado por una necesidad o deseo asertivo, por lo que la crítica se ve disminuida porque la nueva parte asertiva del sí mismo reconoce el miedo a perder el control o el miedo a la destrucción de la parte controladora y por tanto, proporciona algún tipo de tranquilidad. En la primera forma de suavización, existe una negociación explícita de ambas partes, en la segunda sucede que ambas partes se encuentran más integradas, existiendo más filiación entre ellas.

En resumen, el proceso de cambio parece encontrarse en poder alcanzar una forma de autoaceptación que integre los diferentes aspectos del sí mismo. Para que esta autoaceptación tenga lugar es preciso que la persona discierna entre sus propios valores y normas, así como sus sentimientos y necesidades. Esto se da cuando las personas identifican cuáles de las normas y evaluaciones proceden del exterior y reevalúa o rechaza las que son incompatibles con las verdaderas necesidades del sí mismo. También es preciso identificar y reconocer el sentimiento primario y la necesidad subyacente, en lugar de permanecer en las primeras reacciones emocionales (por ejemplo, contactar con la tristeza primaria frente al sentimiento de no ser válido o la rabia reactiva a la crítica).

Por tanto, este proceso implica llegar a ser consciente de las evaluaciones y normas automáticas, reconocer y dar valor a los sentimientos primarios que empoderan al lado experiencial, las tendencias a la acción de los esquemas emocionales y las necesidades asociadas a los sentimientos primarios.

Todo esto tiene lugar en el momento presente del espacio terapéutico en el cual se experimenta el conflicto a través de la expresión activa del conflicto de una parte del sí mismo a otra, mientras se atiende a los elementos implicados en la experiencia para llevar a la conciencia ambos aspectos, acceder a los esquemas implicados en cada parte, simbolizar lo que está experimentando y encontrar soluciones nuevas.

Para finalizar este apartado, queremos señalar un matiz a la hora de guiar en esta tarea y así, ligar la tarea con nuestra descripción de las distintas vías en que se hace patente la autocrítica. Cuando la ansiedad y la preocupación es la emoción manifestada de forma principal por el paciente se puede introducir en la tarea que el paciente haga en la silla una división entre cómo se asusta, preocupa y genera ansiedad y en la otra silla el efecto que esta forma tiene (Watson y Greenberg, 2017). Esto ayuda a separar los distintos aspectos del sí mismo y, además, permite profundizar y llegar a niveles más profundos de experiencia donde habitualmente surge la autocrítica (Watson y Greenberg, 2017).

6. La intervención del terapeuta en la tarea

La función principal del terapeuta en esta tarea es la de proponer un experimento que permite demarcar los dos lados de una división (Greenberg, 1979). Aunque el terapeuta es quien configura el experimento, el control del mismo y la observación de lo que sucede son compartidas con el paciente.

El tipo de intervenciones que realiza el terapeuta no pueden seguir un camino lineal, más bien hay que atender a lo que sucede en el presente, momento a momento (Greenberg, 1979). En este sentido, la base de la intervención la forma la conciencia continua del terapeuta/facilitador sobre el paciente y algunas veces sobre sí mismo, desde lo expresado en el diálogo hasta la expresión corporal, la intensidad de la voz permite traer facetas de la expresión que se pueden incluir en la conciencia del paciente sobre lo que tiene lugar en el presente.

Es importante seguir el nivel de conciencia de la escisión para que el terapeuta no haga una identificación deliberada sobre el conflicto particular, porque caería en una reificación (Greenberg, 1979).

La intervención terapéutica también supone facilitar al paciente que tome parte en el diálogo, hasta que emerja el conflicto nuclear (Greenberg et al., 1996). Tomar parte implica que el terapeuta ayude a que los pensamientos y sentimientos sean expresados directamente de un lado a otro.

Debido a que el terapeuta identifica los dos lados de la escisión se pueden nombrar una serie de principios subyacentes que llevados al momento a momento permiten llevar el diálogo de las dos sillas a una resolución (Greenberg, 1979).

El primer principio es **mantener el límite del contacto** puesto que es importante mantener ambas partes claramente diferenciadas y hacer contacto entre ellas, aspecto que permite profundizar en el proceso y refinar de manera progresiva la naturaleza del conflicto. Para ello puede ser útil solicitar que el paciente diga algo concreto de esta parte (ejemplo, “dime cosas que te gusta hacer como parte activa”), de esta manera genera un sentido de esa parte. También funciona generar contacto del tipo “dile esto que no te gusta a tu otra parte”. Por otro lado, cuando los límites de las partes tienden a difuminarse puede solicitarse que se marquen las diferencias de manera directa o incitando a que, si la parte que sufre la crítica está de acuerdo con los mensajes, se ponga en el papel de no estarlo. Otra forma, es señalar que si las dos partes no están unidas es porque no están aceptando sus diferencias, por lo que para evitar el punto muerto puede servir el definir las diferencias.

El segundo principio es la **responsabilidad**. La evitación de la experiencia y el bloqueo de la conciencia es un punto importante, y para que haya avance la persona tiene que asumir la responsabilidad de esta actividad de evitación (¿Qué estás evitando?). La persona puede responder a esto reconociendo en el diálogo un sentimiento de tristeza, ira o vulnerabilidad, o reconociendo un comportamiento como el no mirar a la otra parte o evitar decir algo (Greenberg, 1979).

Hay tres formas de fomentar la responsabilidad. Por un lado, exacerbar la propiedad pidiendo que hable en primera persona del singular, así no se distancia de lo que dice. Por otro, motivar la congruencia en cada uno de los roles, invitando a que expresen su verdadera naturaleza y experiencia interna, pasando también de lo externo a lo interno. Por último, se puede trabajar la identificación, o lo que es lo mismo, solicitar

a los clientes que se identifiquen con todas las partes de su experiencia, desde los temblores hasta el nudo en el estómago. También se le invita a que se convierta en la persona que fiscaliza esos sentimientos o cómo es estar encerrado. Todo ello, con objeto de hacerlo real y concreto y que especifique las sensaciones físicas que acompañan las acciones, especialmente empleado si surgen resistencias durante la intervención (Greenberg, 1979).

El tercer principio es **asistir**; esto es, que el terapeuta deja el papel de ser la persona que realiza el cambio para alentar el darse cuenta de lo que se siente o se hace en el momento presente. Esto supone el despliegue de la atención del paciente. Para ello, el terapeuta dirige el foco de atención del cliente a aspectos particulares de su experiencia, preguntándole si es consciente de lo que está haciendo o fomenta el quedarse con un elemento de la experiencia. Un aspecto importante sobre el que asistir es cuando existe una fuerte discrepancia entre lo que dice y cómo lo dice, es importante cambiar la perspectiva del paciente al aspecto que surge fuera de la consciencia, habitualmente el cómo lo dice. El segundo aspecto a asistir tiene que ver con cambiar el enfoque de lo externo a lo interno, son intervenciones del tipo “*quédate con tal sentimiento*”.

En cuanto al cuarto principio, la **elevación** del nivel de conciencia de la experiencia momento a momento, que pretende ayudar a formar gestos claros y vívidos de lo que pueda surgir. Por ejemplo, puede ayudar pedir al cliente que exagere y repita cualquier aspecto de la interacción de las dos sillas. También puede facilitar el nivel de conciencia que el terapeuta solicite dramatizar las diferentes partes de una polaridad. Igualmente, el terapeuta puede hacer explícito algo de lo implícito del diálogo, incluso simbolizar algo que el terapeuta percibe o experimenta, pero es importante entender que se ofrece como una observación que el paciente tiene que ver si le encaja, no es una interpretación.

El último principio, es **expresar**. El objetivo es poner en expresión ciertos aspectos de la experiencia a través del hacer una diferenciación. Esta diferenciación se produce al hacer algo porque habitualmente suele ser más duradero e integrado que hablar de algo. En esta técnica, expresar permite promover la experiencia. Se persigue

tanto el contenido particular (qué) como el proceso (cómo) involucrados en el diálogo. Intervenciones como las señaladas en el apartado anterior, del tipo concreta tus críticas (*“dile todas las cosas que tiene que hacer al experienciador”*), son un ejemplo de técnicas que ayudan a expresar, porque al hablar de contenido particular también aporta detalle y concreción. También es importante el estilo: cómo expresan las cosas y cómo se relaciona una silla con la otra; para fomentar la consciencia y expresión el terapeuta percibe este *cómo* se relacionan y solicita que se relacione de esa manera (por ejemplo, *“relaciónate de forma condescendiente”*).

7. Investigaciones previas sobre el tratamiento en TFE

En el momento actual, dentro del marco de la Terapia Focalizada en la Emoción, encontramos seis estudios que refieren a la eficacia de esta orientación terapéutica. Tres de ellos son investigaciones en torno al tratamiento de la depresión, mientras que los otros tres estudios se refieren al estudio directo de la intervención sobre la autocrítica.

Así, los estudios de Goldman et al. (2006) y el de Greenberg y Watson (1998) también atienden otros marcadores de conflicto en el procesamiento emocional que se encuentran implicados en los trastornos depresivos (autocrítica, asuntos no resueltos y problemas de dependencia y reacciones problemáticas). Estos marcadores indican una dificultad en el procesamiento cognitivo-emocional y señalan la necesidad de iniciar una tarea específica; por ejemplo, para la autocrítica sería la tarea del trabajo de las dos sillas y para los asuntos no resueltos la silla vacía.

En el primer trabajo, Greenberg y Watson (1998), el objetivo gira en torno a la comparación de la efectividad de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) frente a uno de sus componentes, la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers (TCC), sobre la cual se aplican las tareas experienciales específicas de la TFE (la técnica de las dos sillas, la silla vacía y el despliegue evocativo sistemático). Para ello crean dos grupos con 17 participantes cada uno (N=34) siendo asignados de manera aleatoria para participar en una de las dos modalidades de terapia durante una media de 17.5 sesiones. El requisito imprescindible para la inclusión de los participantes en el estudio era el diagnóstico de depresión mayor con criterios DSM, evaluados con la entrevista semiestructurada SCID-IV (Spitzer, Williams, Gibbon, y First, 1995, citada en

Greenberg y Watson, 1998). Respecto a los terapeutas, todos participaban en ambos tipos de tratamientos, midiéndose la adherencia de los diferentes profesionales a cada una de las dos condiciones terapéuticas, resultando adecuada en ambos grupos. En cuanto a las medidas de resultados, el estudio refleja que no existen diferencias en cuanto a la reducción de síntomas depresivos, ni en la terminación ni en el seguimiento realizado a los seis meses de finalización del tratamiento. Sin embargo, el tratamiento experiencial muestra efectos superiores a mitad del tratamiento sobre la depresión, asimismo, en la terminación del tratamiento se recoge un mayor efecto sobre el nivel total de síntomas (no solo síntomas depresivos sino sintomatología general evaluada mediante el cuestionario SCL-90 R), en el incremento de la autoestima y la reducción de los problemas interpersonales.

El segundo trabajo, Goldman et al. (2006), continúa esta línea de trabajo replicando el estudio previo. Para ello, los autores cuentan con una muestra de 19 sujetos por cada condición de tratamiento (N=38). Una vez son evaluados con la SCID, los sujetos que cumplen criterios DSM de depresión mayor son asignados de manera aleatoria a cada grupo. Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que añadir las intervenciones específicas de la TFE incrementa la efectividad del tratamiento; se encuentran mayores efectos, a favor de la TFE, en las medidas de síntomas depresivos (BDI) y síntomas generales (SCL-90 R) pero no en las medidas de relaciones interpersonales y autoestima. Además, cuando se combinan los resultados de ambos estudios, aumenta la posibilidad de encontrar diferencias, por tanto, se obtienen mejores resultados en todas las medidas, incluyendo relaciones interpersonales y las medidas de autoestima. Esto apoya la idea de que, si bien ambas modalidades terapéuticas revelan resultados efectivos para el tratamiento de la depresión, las intervenciones específicas unidas a una relación terapéutica sólida y empática podrían resultar mejores que únicamente la relación empática.

El tercer y último estudio que citamos sobre la eficacia de la TFE pertenece a Watson et al. (2003). Este estudio tiene como objetivo examinar las diferencias de efectividad entre la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la terapia experiencial (es decir, TFE) en el tratamiento de la depresión. Para ello contaron con una muestra de 66 participantes que completaron el tratamiento. Estos participantes fueron diagnosticados

de depresión mayor a través de la SCID-IV. El tratamiento tuvo una duración de 16 semanas. Los efectos de la lealtad se controlaron al hacer que un experto en TCC y TFE entrene, supervise y realice las terapias respectivas. Las medidas de resultados empleadas recogían información de los niveles de depresión (BDI), las actitudes disfuncionales (medida por el DAS), autoestima (RSE; Rosenberg, 1965), problemas interpersonales (IIP-32) y el estilo de afrontamiento del problema (PF-SOC; Heppner, Cook, Wright y Johnson, 1995, citado en Watson et al., 2003). Los resultados implicaron una disminución en el nivel de depresión, de la angustia general y actitudes disfuncionales, además hubo una mejoría en el nivel de autoestima para los dos tratamientos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, disminuyó tanto las respuestas reactivas como las supresivas mientras que se vio incrementado el afrontamiento reflexivo. Los resultados diferenciales se encontraron en el autoinforme de los problemas interpersonales, ofreciendo una disminución mayor de estos problemas en aquellas personas que recibieron un tratamiento TFE.

El primer artículo que encontramos en torno al trabajo concreto de la autocrítica es el trabajo de B. Shahar et al. (2012). En este estudio, los autores trabajan con una muestra de 10 participantes, los cuales fueron incluidos en el estudio porque al cumplimentar la escala de autocrítica, FSCRS (Gilbert, Clarck et al., 2004), presentaban una desviación típica por encima de la media en alguna de los dos factores (IS o HS). Las medidas de resultados de este estudio son los síntomas depresivos medidos con el test BDI de Beck, ansiedad medida con el test BAI de Beck, experiencias depresivas medidas con DEQ de Blatt, autocrítica medida con el FSCRS y autocompasión medida con SCS de Neff. Los resultados reflejan una mejora en todas las variables dependientes, a excepción del factor Yo Odiado del FSCRS que solo alcanzó una aproximación estadísticamente significativa según los autores del artículo. Esto parece relacionarse con una necesidad de trabajo más largo con este aspecto de la autocrítica, el cual se encuentra presente a menudo en los trastornos de personalidad. Por otro lado, la escala autotranquilizarse y la escala de autocompasión parecen ofrecer una mayor mejoría entre la finalización del tratamiento y el seguimiento a los seis meses que entre el inicio de la terapia y su finalización, pudiendo indicar este hecho que estos dos aspectos requieren más tiempo para producirse, ocurriendo incluso una vez finalizado el

tratamiento. Los resultados de este piloto de investigación sugieren que el trabajo de las dos sillas podría ser útil y prometedor en el trabajo de la autocrítica. Además, este tipo de estudios parecen reforzar la conceptualización de la autocrítica como la presencia de múltiples voces que representan múltiples aspectos del yo y que, además, se puede hacer que interactúen entre ellas.

En un estudio posterior, Choi et al. (2016) evaluaron los presupuestos de cambio en la TFE que refieren que el cambio de esquemas de emoción predice el cambio terapéutico durante la terapia. En concreto, el estudio buscaba explorar el cambio de esquema emocional que predice la mejora en personas con depresión autocrítica (medida por el DEQ). Para ello cuentan con una muestra pequeña (n=9) de pacientes que muestran depresión autocrítica. Para evaluar el cambio, los esquemas emocionales de cada paciente fueron codificados según el proceso esquemático emocional a lo largo de tres fases del tratamiento. Los resultados que emergen de forma más sólida en este estudio señalan el supuesto básico de la TFE sobre la importancia de activar y expresar la emoción primaria adaptativa (y la necesidad subyacente) para la resolución de la autocrítica y, por consiguiente, existe una transformación desde el esquema emocional del paciente de una emoción secundaria o una primaria desadaptativa a una emoción primaria adaptativa. Así, aquellos que resolvían adecuadamente la autocrítica, lograban una menor expresión (y experiencia) de emociones secundarias, así como una mayor expresión de emociones primarias adaptativas. Indicar que es la resolución de la tarea lo que determina si los participantes son etiquetados como buenos o malos resolutores, sino el incremento en el resultado final de la medida de autoestima.

También se observa que la TFE conduce a que los que resuelven la autocrítica de una manera pobre también exhiban un proceso emocional diferente después de la expresión de necesidades. Aunque para ellos la expresión de la necesidad subyacente no fue seguida de más expresiones de emoción primaria, sí alcanzaron una frecuencia más elevada de emociones secundarias y desadaptativas después de las expresiones de necesidad. Así, a pesar de que la TFE asume que a través de la expresión de necesidades se accede a la emoción adaptativa, el hecho de que tanto buenos como malos resolutores lleguen a la expresión de la necesidad pero no accedan a la primaria adaptativa sugiere que la expresión de la necesidad es condición necesaria pero no suficiente, debido a que

solo las necesidades que se pueden procesar de manera óptima permiten la experiencia de emociones adaptativas primarias. Así, los autores (Choi et al., 2016) sugieren que esto puede significar que se dé con mayor frecuencia la validación de la necesidad, así como capacidad para satisfacerla (por el paciente, pero también por el terapeuta) es lo que puede llevar también a una mayor frecuencia de experiencias de emoción primaria.

También se observa que la TFE favorece el cambio de esquema emocional incluso si no hay una resolución de la depresión autocrítica pero las personas que son buenos resolutores de la depresión autocrítica muestran una mayor frecuencia de acceso a la emoción primaria adaptativa tanto fase media como en la fase final del tratamiento.

Recientemente, Stiegler et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de investigar el efecto sobre las variables de resultado cuando los terapeutas TFE emplean las intervenciones del diálogo de las dos sillas. Stiegler et al. (2018) esperaban una mayor reducción de los síntomas de ansiedad (medido por la escala BAI), la depresión (medido por el BDI) y la autocrítica (escala Yo Inadecuado del FSCRS), en comparación a la fase del tratamiento en la que el terapeuta se centraba en la sintonización empática. El diseño del estudio, de múltiple línea base que consistía en dos fases de tratamiento: la primera, variable en función del grupo al que fuese asignado el paciente (5, 7 o 9 sesiones), en las que el terapeuta tenía la pauta de actuar de forma empática validando, tranquilizando a los pacientes y empleando los principios básicos humanistas de empatía, autenticidad y consideración positiva (Rogers, 1957). La segunda fase consistía en 5 sesiones de trabajo con las sillas. Este tipo de diseño permite investigar si la trayectoria de los síntomas autoinformados cambia cuando se agrega el diálogo de las dos sillas (Kazdin, 2011 en Stiegler et al., 2018).

Tomaron parte 24 participantes que para ser incluidos tenían que mostrar un rango clínico en depresión o ansiedad según las puntuaciones en el BDI-II y el BAI, respectivamente. Además, solo escogieron a aquellos participantes que puntuaban ansiedad de moderada a media en la escala FSCRS, poniendo el límite en 22 en la subescala Yo Inadecuado. Respecto a la puntuación en la escala Yo Odiado fue descartada por estar asociada con manifestaciones psicopatológicas más graves.

Los autores realizaron un análisis empleando un modelo lineal jerárquico que reveló que la fase con el diálogo de las dos sillas tuvo mayor impacto en los síntomas de ansiedad y depresión, en comparación con la fase inicial de sintonización empática. Debido a que la tarea de las dos sillas ejerce su efecto a través del cambio emocional también exploraron si existían diferencias entre los ítems somático-afectivos y los cognitivos del BDI, encontrando que los primeros cambian más en la fase de tareas activas y que presentan más cambio.

En cuanto a la modificación de las puntuaciones de autocrítica en el FSCRS, no se detecta un impacto significativamente mayor en la autocrítica después de introducir el diálogo de las dos sillas, es decir no hay una diferencia significativa entre ambas formas de intervención. Sin embargo, sí hay una caída significativa en todo el tratamiento conjunto. Estos resultados contribuyen a las investigaciones previas, (indicando que las intervenciones encaminadas a activar y generar cambio en las emociones favorecen el cambio sintomático de una mejor forma que las condiciones de relación por sí solas, aunque en este estudio no quede claro el canal por el que la tarea facilita el cambio emocional.

CAPÍTULO 5.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LAS FORMAS DE AUTOCRÍTICA/ATAQUE Y AUTOTRANQUILIZARSE (FSCRS) Y FUNCIONES DE LA AUTOCRÍTICA/ATAQUE (FSCS).

En las siguientes páginas vamos a exponer la traducción y adaptación del cuestionario de formas de autocrítica FSCRS de Paul Gilbert (Gilbert, Clarck et al., 2004), a quien le agradecemos su colaboración en este proceso. Tenemos el objetivo de adaptar un cuestionario que nos permita medir en el próximo capítulo la variación en las puntuaciones de autocrítica una vez aplicado el tratamiento.

También hemos adaptado la escala de funciones de autocrítica FSCS, que fue creado por el mismo conjunto de autores (Gilbert, Clarck et al., 2004). Ofrecemos a continuación los resultados obtenidos.

1. Método

1.1. Participantes

Para adaptar la escala de autocrítica contamos con un total de 242 participantes voluntarios. La edad de los participantes está comprendida entre los 18 y los 68 años, con una edad media de 31.53 y una desviación típica de 11.17. En cuanto al género, 78 participantes eran hombres (32.2%) y 164 mujeres (67.8%).

Esta muestra fue recogida a través del grado de Psicología de la Universidad Pontificia de Comillas, así como de doble grado de Psicología y Criminología y de Actividad Física y del Deporte de esta última facultad. También han participado alumnos del Especialista en Psicoterapia Dinámica del Instituto de Interacción (Fundación Laureano Cuesta) y los trabajadores del Centro de Ejecución de Medidas Judiciales “El Laurel”. También se publicitó la participación en el estudio a través de redes sociales.

Además, con objetivo de acrecentar la heterogeneidad de la muestra, se propuso a los participantes que ofrecieran la posibilidad de colaborar a su entorno más próximo.

La distribución de los cuestionarios se realizó a través de dos vías. Por un lado, se distribuyó mediante un cuaderno de cuestionarios de papel y lo cumplimentaban en nuestra presencia. Por otro lado, se creó una vía de administración online a través de la cual hacer llegar las respuestas a los cuestionarios. Respecto a los formatos de aplicación, señalar que 133 (55%) participantes participaron de manera online y 109 (45%) lo hicieron de manera presencial. En la tabla 1 se presentan los datos descriptivos de la muestra (medias, desviación típica y porcentajes), así como del formato de aplicación de los cuestionarios de respuestas.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes y formato de aplicación de los cuestionarios.

	Participantes (N=242)
	Media (SD)
Edad	31.53 (11.17)
	n (%)
Sexo	
Mujer	164 (32.2)
Hombre	78 (67,8)
Nacionalidad	
Española	235 (97.1)
Distinta a la española	7 (2.9)
Estado civil	
Soltero	140 (57.9)
Pareja	19 (7.9)
Casado	71 (29.3)
Separado/Divorciado	8 (3.3)
Viudo	1 (0.4)
No contestan	3 (1.2)
Situación laboral	
Activo	170 (70.2)
Desempleado	4 (1.7)
Estudiante	68 (28.1)
Formato de aplicación de los cuestionarios	n (%)
Presencial	109 (45)
On-line	133 (55)

Respecto a la nacionalidad, señalar que tan solo 7 (2.9%) de los 242 participantes no eran de nacionalidad española. También se recogió información sobre el estado civil de los participantes. De los datos obtenidos observamos que 140 (57.9%) refirieron estar solteros en el momento de cumplimentación del cuestionario, 71 (29.3%) estaban casados, 19 (7.9%) contestaron mantener una relación de pareja, 8 (3.3%) se encontraban separados y por último, el 0.4% se encontraban viudos. El 1.2% de los participantes (n=3) no informaron de su estado civil.

Finalmente, en cuanto a la situación laboral, 68 (28.1%) de ellos aún estaban en su periodo de formación, 170 (70.2%) estaban en situación de ocupación laboral y 4 (1.7%) se encontraban desempleados.

1.2. Medidas

Cuestionario de datos del participante y consentimiento informado (ver ANEXO 1). Se realizó un cuestionario inicial en el que se recogían los datos socio-demográficos de los participantes, se les informaba sobre la posibilidad de abandonar el estudio, así como de la confidencialidad de los datos.

Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer, y Brown, 1996) (ver ANEXO 2). Es un instrumento de medida relativamente fácil y breve de administrar. Este inventario presenta una buena base psicométrica. El estudio de las propiedades psicométricas del inventario con población española, realizado por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005), encuentran un valor alfa de Cronbach de 0.89. Es una prueba muy utilizada tanto en investigación como en la práctica clínica y forense. Este instrumento evalúa mediante los 21 ítems que la componen sintomatología cognitiva de la depresión, igualmente evalúa la sintomatología afectiva, motivacional y somática. La puntuación en el inventario oscila entre 0 y 63 puntos. Otra característica de este instrumento es que permite evaluar la intensidad/gravedad de los síntomas.

Escala de Formas de AutoCrítica/Ataque y AutoTranquilizarse, FSCRS (Gilbert, Clark et al., 2004) (ver ANEXO 3). Es una escala de 22 ítems que permite medir, por un lado, el grado en que la persona se autocritica, se dirige ataques a sí

mismo y, por otro, el grado en que la persona se puede dar apoyo y tranquilizar a sí misma (escala autotranquilizarse). El factor de autocrítica evalúa dos aspectos; el primero de ellos, los sentimientos de inadecuación de la persona, escala Yo Inadecuado (IS) que está reflejado en afirmaciones como “hay una parte de mí que siente que no soy suficientemente bueno”) y el segundo, los sentimientos de odio o el deseo de hacerse daño a uno mismo, escala Yo odiado (HS) expresado con mensajes como “siento que merezco mi autocrítica”. El factor Autotranquilizar (RS) refleja la capacidad autorreflexiva de ser cuidadoso con uno mismo, capaz de recordarse aspectos positivos de sí mismo, éxitos pasados y sus habilidades, además de reflejar la capacidad para tolerar las decepciones y sentimientos de vulnerabilidad y tener compasión con uno mismo. Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos en función de cuanto se ajusta al evaluado (oscila de 0= no, absolutamente no a 4= extremadamente). El autor encuentra adecuadas propiedades psicométricas, los coeficientes de fiabilidad interna para las tres escalas son buenos, así el factor Yo Inadecuado obtiene un alfa de Cronbach de 0.90, el factor Yo Odiado de 0.86 y el factor Autotranquilizarse de 0.86.

Escala de funciones de la AutoCrítica/Ataque, FSCS (Gilbert, Clarck et al., 2004) (ver ANEXO 4). Esta escala está diseñada para medir las funciones por las que las personas valoran los motivos para auto-criticarse o para auto-dañarse. El análisis factorial sugiere la presencia de estas dos funciones para ser autocrítico de manera diferenciada. Los ítems parecen una medida razonable para poder diferenciar entre una crítica dirigida a hacerse daño a sí mismo, expresando ira que corresponde al factor Autopersecución (SP) o un intento por mejorar y corregirse que describe el factor Autocorrección (SC). La escala cuenta con 21 ítems los cuales se responden en una escala Likert de 5 puntos que oscila entre el 0 (“para nada como yo”) y el 5 (“extremadamente como yo”). Ambos factores presentan un alfa de Cronbach de 0.92.

Escala Niveles de AutoCrítica, LOSC (Thompson y Zuroff, 2003) (ver ANEXO 5). Esta escala está diseñada para medir dos formas de autocrítica, Auto-Crítica Comparativa (CSC) y Auto-Crítica Internalizada (ISC). La primera forma, factor CSC, es una forma de realizar la evaluación del yo en comparación con otros, mientras que el segundo factor, ISC, es definido como una visión negativa del yo en comparación con unos estándares personales internos. La escala está compuesta por 22 ítems. Los

ítems se puntúan en una escala Likert en función de cómo valoran que son descritos por ese ítem. Las puntuaciones varían del 1 (nada bien) al 7 (muy bien). La fiabilidad de este inventario es buena, presentando un alfa de Cronbach de 0.81 para el factor CSC y de 0.87 para el factor ISC. Los datos de la adaptación española de esta escala también fue llevada a cabo por nosotros; los resultados de la misma se expondrán en un artículo que se encuentra en preparación.

Escala de Auto-compasión, SCS (Neff, 2003) (ver ANEXO 6). Adaptado a población española por García-Campayo et al. (2014). El marco conceptual de esta escala de autocompasión implica (1) la capacidad para ser amable y comprensivo con uno mismo, en lugar de juicioso y autocrítico, (2) entender la propia experiencia como parte de la experiencia humana en lugar de sentirse aparte y solo y (3) mantener los pensamientos y sentimientos dolorosos en consciencia y de forma equilibrada sin sobreidentificarse con ellos. Para evaluar la autocompasión, los autores crean una escala de 26 ítems que mide seis aspectos de la autocompasión: Autoamabilidad, Humanidad Común, Mindfulness, Autojuicio, Aislamiento, Sobreidentificación. Aunque el índice de auto-compasión se construye en base a tres factores (Autoamabilidad, Humanidad Común y Mindfulness), el análisis factorial sugiere estas seis subescalas que indican aspectos positivos y negativos de cada faceta. El índice total de autocompasión se obtiene de la suma de las puntuaciones de Autoamabilidad y la inversión de los ítems de Autojuicio, el de Humanidad Común se obtiene a partir de los ítems de Humanidad Común y Aislamiento y, finalmente, el de Mindfulness se obtiene mediante los subfactores de Mindfulness y Sobreidentificación. Esta escala mide las acciones de cada evaluado hacia sí mismo en momentos difíciles mediante una escala Likert que oscila entre 1 (casi nunca) y 5(casi siempre). Esta prueba ofrece una adecuada validez y fiabilidad incluso en diferentes culturas (Neff, Pisitsungkagarn y Hsieh, 2008, en García-Camapayo et al., 2014). El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.87, oscilando entre 0.72 a 0.79 para cada una de las 6 subescalas.

1.3. Procedimiento

1.3.1. Procedimiento de adaptación

El procedimiento de adaptación de la escala comenzó solicitando al autor (Paul Gilbert) y a su equipo de trabajo permiso para poder adaptarla, recibiendo también asesoramiento por su parte. Una vez obtenido el permiso, se llevó a cabo la traducción de las escalas Formas y Funciones de la Autocrítica (FSCRS y FSCS), así como la escala de Niveles de Autocrítica (LOSC). La traducción de inglés a español fue realizada por el doctorando y director de tesis.

Una vez llegado a este punto, con la intención de que la escala fuera lo más fidedigna posible, se utilizó un método de traducción inversa (back translation). Es decir, una vez obtenida la primera versión española de las escalas, una filóloga inglesa desconocedora del objetivo de la escala así como de la redacción original, las volvía a traducir a lengua inglesa.

Posteriormente, el director de tesis, el doctorando y un miembro del equipo del autor de la escala analizaban las diferencias de los ítems en inglés obtenidos, reformulando aquellos que no tenían la misma connotación. Este proceso se repitió hasta que en este trabajo conjunto de los cuatro profesionales, se acordó que la traducción de los ítems era suficientemente acorde a la intención del ítem original.

1.3.2. Procedimiento de aplicación

La aplicación de los cuestionarios se realizó tanto de manera presencial como de forma telemática. Aunque podría criticarse la existencia de diferencias entre los dos formatos de aplicación, existen investigaciones en las que se demuestra que el procedimiento online es tan válido y fiable como lo obtenido offline (Hiskey y Troop, 2002).

En cuanto la aplicación presencial, se seguían los siguientes pasos. En primer lugar se leía o daba a leer el consentimiento informado, a través del cual se hacía a los participantes conocedores de la voluntariedad de su colaboración, la posibilidad de

abandonar el mismo en el momento que lo desearan y la confidencialidad de los datos. En la presentación telemática, esta información estaba presentada en la primera página.

Una vez finalizados la cumplimentación de estos cuestionarios de autoinforme, fueron recogidos, bien de manera directa por el investigador de la tesis o bien a través de los profesores de la universidad que ayudaron en la recopilación de datos.

1.4. Análisis de resultados

Para llevar a cabo el análisis de la estructura factorial tanto de la escala de formas como de la escala de funciones se siguió el mismo procedimiento que Halamová et al. (2018). Ellos señalaron y tuvieron en cuenta las limitaciones de los estudios previos de validación (por ejemplo, Baião et al., 2015; Kupeli et al., 2013). Concretamente indicaron que en estos estudios no se había tenido en cuenta la naturaleza ordinal de los ítems en la escala de Formas. Por este motivo, propusieron que el estudio de las propiedades psicométricas se tendría que realizar a través de un procedimiento IRT Graded Response Models. Este procedimiento trabaja con modelos de variables latentes con indicadores categóricos.

Debido a que no solo la escala de formas, sino que también la escala de funciones cuenta con ítems de carácter ordinal, este modelo se aplicó a ambas escalas. Más concretamente, este análisis se realizó mediante Mplus (Muthén y Muthén, 1998-2011) modelos IRT logísticos denominados Modelos de respuesta gradual, con mínimos cuadrados ponderados, y estimación de varianza ajustada para distribuciones no normales.

Para la escala de formas se probaron tres modelos: 1) modelo de un factor; 2) un modelo de dos factores (esto es, Autotranquilizarse [SR] y Autocrítica [ACRI] que engloba tanto Yo Inadecuado [IS] como Yo Odiado [HS]); 3) el modelo de tres factores correlacionados (es decir, IS, HS y RS).

En cuanto a la escala de funciones se compararon dos modelos: 1) el modelo de un factor (funciones de autocrítica), y 2) el modelo de dos factores intercorrelacionados (es decir, Autocorrección y Autopersecución) que es el modelo que se plantea en la escala original (Gilbert, Clarck et al., 2004).

Por otro lado, para estudiar la adecuación de los modelos en cada una de las escalas se analizó atendiendo al ratio Chi-cuadrado (χ^2) y los grados de libertad (df), también los indicadores Índice Comparativo de Ajuste (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI) y la Raíz Cuadrada del Error Medio Cuadrático (RMSEA). Los valores que se tuvieron en cuenta para valorar un buen ajuste fueron χ^2/df menores de 3, CFI y TLI iguales o mayores de .90 y RMSEA por debajo de .08 (Hu y Bentler, 1999).

Además, los modelos fueron comparados en base a la corrección de las diferencias de Chi-cuadrado mediante la opción DIFFEST de Mplus para estimadores WLSMV (Muthén y Muthén, 1998-2011). Las comparaciones que realizamos en cada cuestionario fueron las que explicamos a continuación. Para el cuestionario de formas se comparó el modelo de dos factores con el modelo de un factor, el de tres factores con el de dos factores. En la escala de funciones, se realizó la comparación del modelo de dos factores con el de un factor.

También se realizó un estudio de la validez convergente y predictiva de las escalas. Para ello se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de las distintas medidas empleadas. Así, la validez convergente la analizamos por un lado, mediante las relaciones de las dos formas de autocrítica del FSCRS y las dos formas de autocrítica, comparativa (CSC) e internalizada (ISC) de la escala LOSC, y por otro lado a través de las relaciones de RS con el factor de autocompasión (AUTO) de la escala SCS. El estudio de la validez predictiva lo realizamos a través de las correlaciones de los factores IS, HS, RS con la variable de depresión (BDI).

Además de realizar el análisis de los factores que componen las escalas, atendimos a las posibles relaciones de mediación y moderación que podrían existir entre los factores de la escala. Para ello, se realizó un análisis de correlación de las variables implicadas mediante la macro Process facilitada por Hayes (2013). Para testar la mediación se empleó un procedimiento bootstrapping, estableciendo en 10000 el número de muestras para generar los intervalos de confianza. Se puede concluir que existe un efecto de mediación estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el cero.

Para nuestro análisis consideramos como antecedentes los factores de la escala de funciones Autocorrección y Autopersecución, las variables mediadoras son las formas (RS, IS y HS) y la variable consecuente la puntuación del inventario de depresión (BDI). Se realizó un análisis múltiple mediacional paralelo en el que se añadieron de forma simultánea todas las variables antecedentes; este análisis nos permitía la comprobación comparativa del tamaño del efecto indirecto a través de cada mediador.

Finalmente, en cuanto al posible efecto moderador de la autocompasión y de la capacidad de ser autotranquilizador con uno mismo sobre las formas de autocrítica en las puntuaciones de depresión, se realizó un análisis de regresión múltiple, probando la interacción mediante la técnica de Johnson-Neymar.

2. Resultados

2.1. Estadísticos descriptivos

En la tabla 2 se exponen la media y desviación típica (SD) de la muestra total (N=242) en cada uno de los factores de las diferentes medidas de resultados.

Tabla 2.

Media y desviación típica de los cuestionarios BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS.

		Media	SD
		(N=242)	
Depresión	BDI	10,138	8,215
Formas	IS	12,908	7,260
	HS	2,543	2,892
	RS	19,866	5,924
Funciones	SC	14,762	8,787
	SP	3,269	4,418
	CSC	36,651	10,881
LOSC	ISC	38,689	11,931
	AUTOOC	31,334	8,244

2.2. Diferencias por sexo en las formas y funciones de autocrítica, niveles de depresión.

Como podemos observar en la tabla 3, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las formas de autocrítica según el sexo. Sin

embargo, la función Autocorrección (SC) sí ofrece una diferencia estadísticamente significativa que indica que los hombres presentan en su propia crítica un mayor componente de mejora que las mujeres ($t(238)=2.019$; $p<.05$).

También encontramos en los hombres una mayor capacidad para mantener una relación autocompasiva consigo mismos ($t(240)=2.339$; $p<.05$). Finalmente, las mujeres presentan mayores niveles de depresión ($t(237)= -1.982$; $p<.05$).

Tabla 3.

Diferencias por sexo en cada una de las medidas de resultados (BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS).

		Hombre	Mujer		
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	t	p
Depresión	BDI	8,605 (7,054)	10,852 (8,631)	-1.982	.045*
Formas	IS	11,628 (6,971)	13,524 (7,336)	-1.906	.058
	HS	2,220 (2,398)	2,695 (3,092)	-1.188	.236
	RS	20,315 (5,715)	19,658 (6,023)	.799	.425
Funciones	SC	16,434 (9,446)	13,987 (8,382)	2.019	.045*
	SP	3,623 (4,798)	3,103 (4,233)	.851	.396
LOSC	CSC	36,597 (10,266)	36,677 (11,194)	-.053	.958
	ISC	38,184 (10,941)	38,930 (12,402)	-.488	.655
SCS	AUTOC	33,115 (7,427)	30,487 (8,496)	2.339	.020*

Nota: AUTOC = Autocompasión; BDI = Depresión; IS = Yo Inadecuado; HS = Yo odiado; RS = Autotranquilizar; SC = Autocorrección; SP = Autopersecución; CSC = Autocrítica Comparativa; ISC = Autocrítica Internalizada.

*= La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

2.3. Relación de la autocrítica, depresión y autocompasión con la edad

En la tabla 4 se presenta las correlaciones de las medidas de resultados con la edad, las cuales resultan en general significativas pero de baja magnitud.

En cuanto a la relación con autocrítica se detectan niveles bajos pero significativos ($p<.01$) tanto en las dos formas de autocrítica ($r= -.246$ para IS y $r=-.249$ para HS) como de la función de Autocorrección ($r=-.255$). También encontramos una relación de baja magnitud para la función de Autopersecución ($r= -.161$ para SP) pero con una significación de $p<.05$. El valor de estas correlaciones indican las personas más jóvenes tienden a mostrar un nivel menor de autocrítica.

Respecto a la capacidad de ser Autotranquilizador (RS), encontramos una correlación baja y que no alcanza significación estadística ($r=.090$). Sin embargo, la Autocompasión muestra una relación baja y estadísticamente significativa con la edad

($r=.175$; $p<.01$), apuntando que cuanto mayor es la edad de los participantes, más capacidad muestran para ser autocompasivos.

Los dos tipos de autocrítica recogidos por la escala LOSC también muestran una correlación estadísticamente significativa ($p<.01$) con la edad ($r=-.255$ para CSC y $r=-.277$). Como sucede con las formas y funciones de las escalas FSCRS y FSCS, la relación indica que a menor edad más críticas se muestran las personas consigo mismas.

Tabla 4.

Correlación de los factores de las escalas BDI, FSCRS, FSCS y SCS con la edad.

		Edad
Depresión	BDI	-.192**
Formas	IS	-.246**
	HS	-.249**
	RS	.090
Funciones	SC	-.262**
	SP	-.161*
LOSC	CSC	-.255**
	ISC	-.227**
SCS	AUTOC	.175**

** . La correlación es significativa en el nivel 001 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

2.4. Estructura Factorial de la Escala de Formas de Autocrítica

En primer lugar se analizó la estructura factorial de la escala de Formas de Autocrítica, examinando los indicadores de ajuste de los modelos de IRT, los cuales se muestran en la Tabla 5. El modelo de un factor obtuvo unos indicadores que representaban un mal ajuste, mientras que los modelos de dos y tres factores ofrecían indicadores de buen ajuste.

Aunque los modelos de dos y tres factores mostraban valores altos y similares de ajuste, el test de comparación de los tres modelos reflejaba que de manera significativa el modelo de tres factores ajustaba mejor que los otros dos. Los pesos factoriales fueron todos significativos (ver Figura 2).

Figura 2.

Resultados estandarizados del modelo final de la escala de formas de autocrítica. FSCRS 1-FSCRS 22 denotan los ítems de la escala. Los pesos factoriales fueron significativos a $p < .001$.

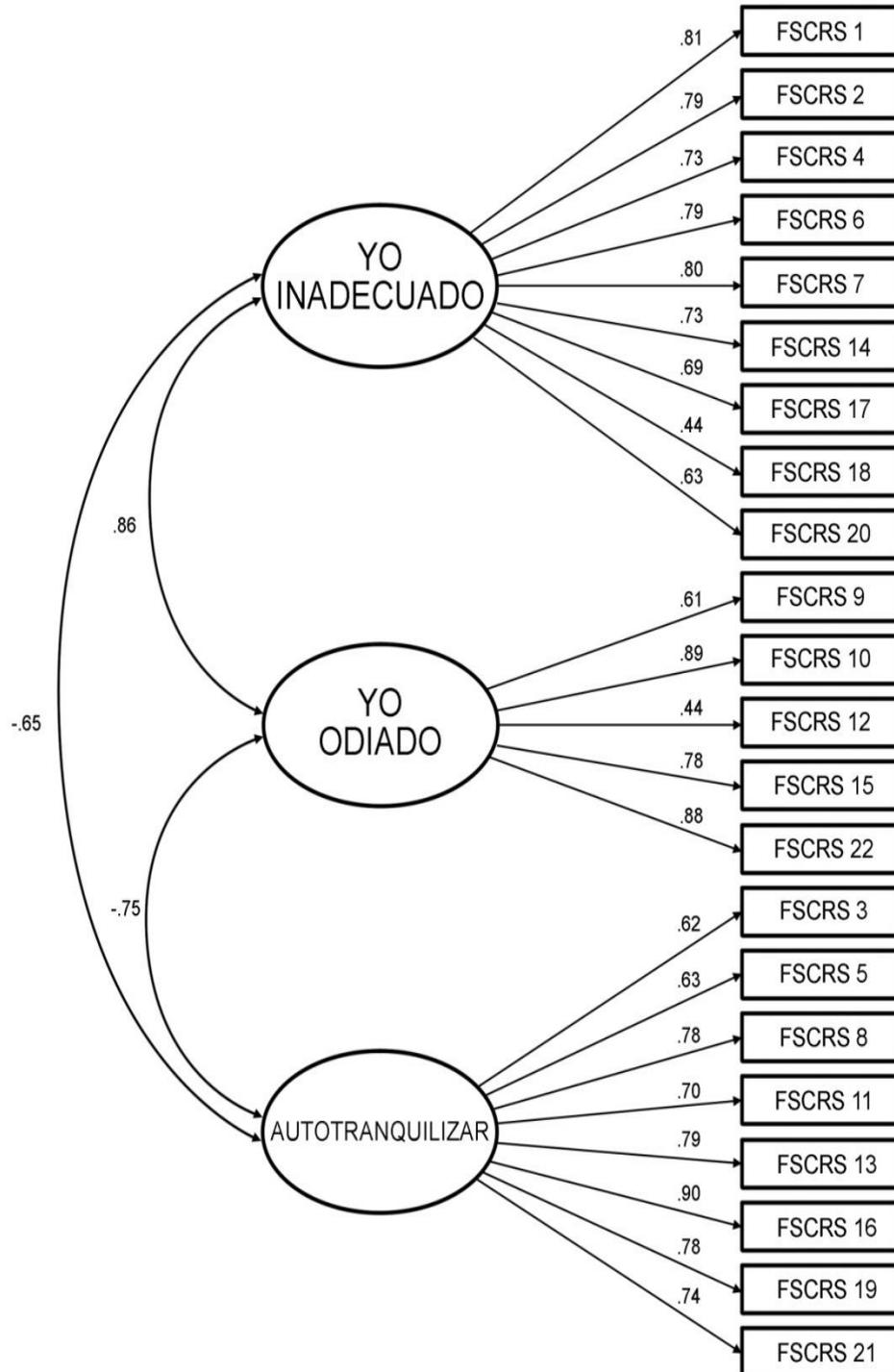


Tabla 5.*Comparación e Indicadores de Ajuste de los Modelos IRT de las Escalas de Formas y Funciones de Autocrítica (n = 242)*

Escala de autocrítica	Model	Model fit						Model comparison		
		χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	χ^2	df	<i>p</i>
Formas	1-factor	876.17	209	4.19	.88	.87	.115	--	--	--
	2-factor	440.97	208	2.12	.96	.96	.068	95.75	1	< .001
	3-factor	303.28	206	1.47	.97	.97	.060	30.37	2	< .001
Funciones	1-factor	884.93	185	4.78	.82	.79	.125	--	--	--
	2-factor	462.74	184	2.51	.93	.92	.079	100.56	1	< .001

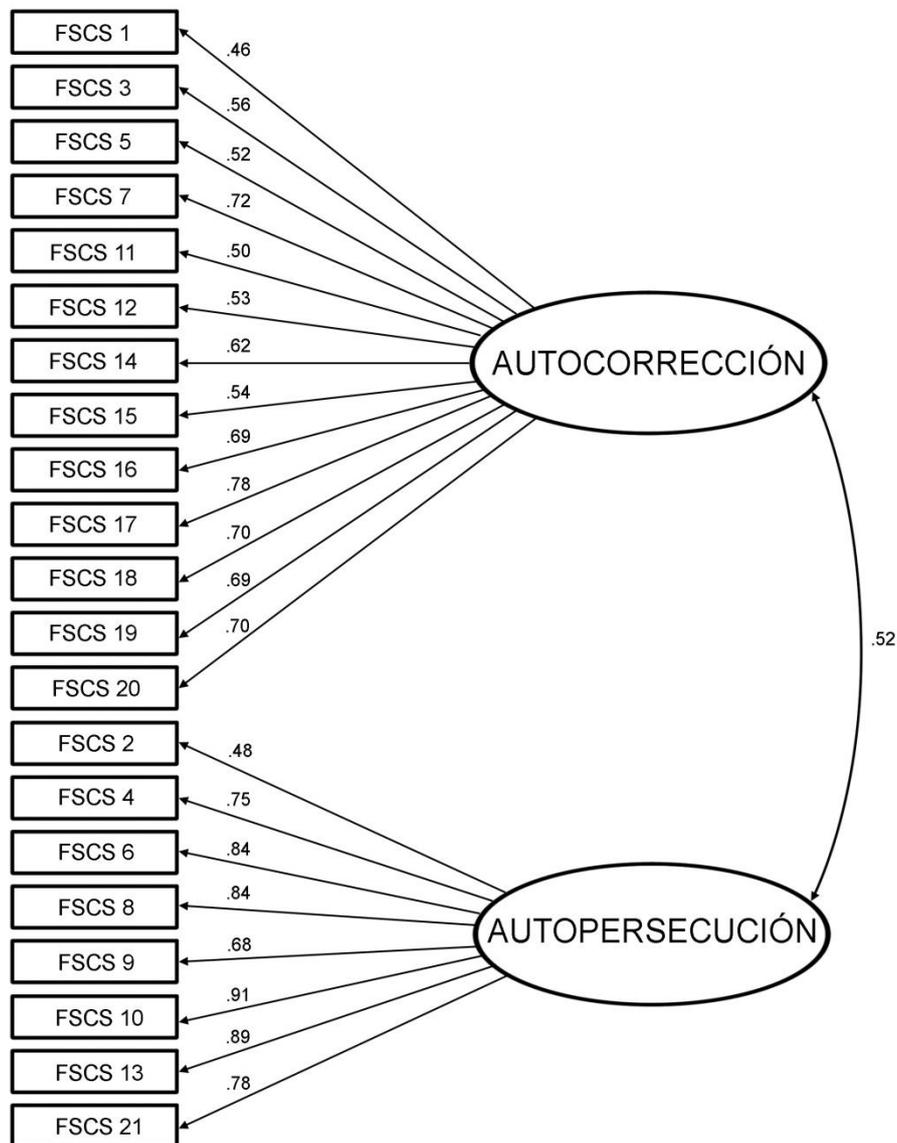
Note. CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

2.5. Estructura Factorial de la Escala de Funciones de Autocrítica

Los indicadores de ajuste del modelo IRT de la escala de funciones refleja que el modelo de un único factor no cuenta con indicadores que cumplan con los criterios de ajuste. Por su parte, el modelo de dos factores presentó adecuados indicadores de ajuste. Lógicamente, el Chi-cuadrado de comparación entre los modelos indicó que el modelo de dos factores ajustaba significativamente mejor que el modelo de un factor. Los pesos factoriales fueron todos significativos (Figura 3).

Figura 3.

Modelo estructural de la escala de Funciones. FSCS 1-FSCS 21 denotan los ítems de la escala. Todos los pesos factoriales fueron significativos a $p < .001$.



2.6. Consistencia interna

Igualmente, analizamos los resultados de fiabilidad. Los resultados (tabla 6) indicaron valores de buena consistencia interna para los factores de autocorrección y autopersecución.

Tabla 6.

Índice de fiabilidad de los factores de Formas y Funciones de autocrítica.

Escala de autocrítica	Factores	Índice de fiabilidad
		α
Formas	Autocrítica (ACRI)	.90
	Autotranquilizar (RS)	.88
	Yo Inadecuado (IS)	.88
	Yo odiado (HS)	.71
Funciones	Autocorrección (SC)	.86
	Autopersecución (SP)	.82

Nota: α = alfa de Cronbach.

2.7. Validez concurrente y predictiva

Para el análisis de la validez concurrente y predictiva, atendemos a los resultados obtenidos en el análisis de correlación de Pearson (Tabla 7).

Los resultados revelan correlaciones de Pearson de magnitud alta entre los factores de autocrítica de la escala FSCRS y LOSC en un nivel de confianza de $p < .01$. Todas las correlaciones se dan con el signo esperado. De este modo, encontramos valores elevados y estadísticamente significativos entre IS y la autocrítica comparada (CSC; $r = .613$) y la autocrítica internalizada (ISC; $r = .733$). Igualmente, apreciamos resultados estadísticamente significativos, elevados entre HS y CSC ($r = .540$) e ISC ($r = .583$). Además, las correlaciones con el factor de autocompasión (AUTC) resultan estadísticamente significativos y en la dirección esperada tanto para IS ($r = -.690$) como para HS ($r = -.614$).

Tabla 7.

Correlaciones de Pearson entre los factores de las medidas de resultados BDI, FSCRS, FSCS, LOSC y SCS.

		AUTC	BDI	IS	HS	RS	SC	SP	CSC
Autocompasión	AUTC								
Depresión	BDI		-.629**						
Formas	IS		-.690**	.673**					
	HS		-.614**	.638**	.677**				
Funciones	RS		.709**	-.642**	-.596**	-.566**			
	SC		-.305**	.405**	.497**	.362**	-.196**		
LOSC	SP		-.523**	.538**	.582**	.680**	-.491**	.418**	
	CSC		-.626**	.624**	.613**	.540**	-.645**	.393**	.453**
	ISC		-.746**	.568**	.733**	.583**	-.577**	.448**	.499**
									.630**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Nota: AUTC = Autocompasión; BDI = Depresión; IS = Yo Inadecuado; HS = Yo odiado; RS = Autotranquilizar; SC = Autocorrección; SP = Autopersecución; CSC = Autocrítica Comparativa; ISC = Autocrítica Internalizada.

En lo referente al factor RS, presenta una correlación elevada y estadísticamente significativa con el factor AUTC ($r=.709$), mientras que las correlaciones con CSC ($r=-.645$) e ISC ($r=-.577$) también son significativas y del signo esperado

Respecto a la validez predictiva, cabe destacar que las correlaciones de IS y HS con depresión (BDI) son las esperadas. Concretamente IS obtiene un $r=.673$ y HS alcanza un valor $r=.638$, a un nivel de confianza de $p<.01$.

En cuanto a la escala de funciones obtiene valores moderados en todas sus correlaciones con otras escalas. Es decir, el factor autopersecución (SP) muestra una correlación de $r=.453$ con CSC y $r=.499$ con ISC. Además, correlaciona con el factor AUTC de manera significativa ($r=-.523$). Finalmente, el factor autocorrección (SC) ofrece un coeficiente de correlación de $r=.393$ con CSC, $r=.448$ con ISC y $r=-.305$ con AUTC. Estos valores resultaron significativos en nivel $p<.01$.

2.8. Análisis del efecto mediador

En la tabla 8 se muestra los resultados que obtuvimos para el modelo de mediación. De estos datos podemos extraer que la depresión es predecible de manera estadísticamente significativa ($F(5,228)= 104.36$, $p<0.001$, $R^2=0.584$) cuando se ponen como antecedentes las funciones de autocrítica (Autocorrección y Autopersecución) y como variables mediadoras las formas (IS, HS y RS) de autocrítica.

Tabla 8.*Información Resumida del Modelo de Múltiples Mediadores en Paralelo.*

Antecedentes		Consecuentes											
		RS			IS			HS			Y (BDI)		
		Coef.	SE	p	Coef.	SE	p	Coef.	SE	p	Coef.	SE	p
Funciones	SC	.008	.042	.847	.249*	.045	<.001	.029	.017	.090	.114	.048	.017
	SP	-.688*	.085	<.001	.761*	.091	<.001	.429*	.035	<.001	.080	.117	.491
Formas	RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.459	.080	<.001
	IS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.279	.078	<.001
	HS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.590	.193	.003
Constante		22.09	.660	<.001	6.720	.705	<.001	.733	.271	.007	12.240	2.146	<.001
		R ² =.252			R ² =.424			R ² =.475			R ² =.584		
		F(2,231)=38.90, p<.001			F(2,231)= 84.85, p<.001			F(2,231)= 104.36, p<.001			F(5,228)= 63.91, p<.001		

Nota: Coef.=Coeficiente; SE=Error Típico.

También encontramos que el efecto de la función de autocorrección sobre la depresión solo tiene lugar mediado por la forma IS (Yo Inadecuado, efecto indirecto = 0.0694, SE=0.221, 95% intervalo de confianza: 0.031, 0.119). Por el contrario no encontramos que ejerza efecto sobre la depresión incrementando la forma HS (Yo Odiado, efecto indirecto = 0.017, SE=.014, 95% intervalo de confianza: -.001, .055) o disminuyendo la forma RS (Autotranquilizarse, efecto indirecto = -.004, SE=.019, 95% intervalo de confianza: -.040, .034).

Por el contrario, el efecto de la función Autopersecución (SP) sobre la depresión sí es mediado a través de los tres factores de la autocrítica, es decir, tanto por las formas de crítica IS y HS como por la capacidad de ser Autotranquilizador (RS). Así, el efecto indirecto es significativo a través de IS (efecto indirecto = .212, SE=.068, 95% intervalo de confianza: .089, .358), como de HS (efecto indirecto = .253, SE=.099, 95% intervalo de confianza: .065, .453) y RS (efecto indirecto = .316, SE=.071, 95% intervalo de confianza: .192, .471).

2.9. Análisis del efecto moderador

Para llevar a cabo el estudio del efecto de moderación de las variables autotranquilizarse (SR) y el factor llamado autocompasión (AUTC) de la escala de autocompasión (SCS) sobre el efecto que las formas de autocrítica (IS y HS) sobre las puntuaciones de depresión realizamos un análisis de regresión, cuyos resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9.

Análisis de Regresión para examinar el Modelo de Moderación que la capacidad para Autotranquilizarse (RS) y la Autocompasión (AUTO) tienen sobre el Efecto de las Formas de Autocrítica (IS y HS) en la depresión (BDI).

Autotranquilizar como moderador					Autocompasión como moderador				
	Coef.	SE	t	P		Coef.	SE	t	p
Intersección	9.463	3.125	3.028	.0027	Intersección	4.421	3.400	1.300	.195
IS	.795	.157	5.067	<.001	IS	1.209	.183	6.620	<.001
RS	-.295	.137	-2.164	.032	AUTC	-.017	.094	-.176	.861
IS x RS	-.016*	.008	-2.004	.046	IS x AUTC	-.026***	.006	-4.104	.0001
R ² =.551, MSE=31.040, F(3,232)=94.704, p<.001; ΔR ² =.008					R ² =.538, MSE=31.705, F(3,234)=90.715, p<.001; ΔR ² =.033				
Intersección	17.904	2.140	8.366	<.001	Intersección	17.516	2.338	7.491	<.001
HS	1.344	.352	3.816	.0002	HS	1.828	.414	4.417	<.001
RS	-.533	.097	-5.518	<.001	AUTC	-.322	.067	-4.795	<.001
HS x RS	-.014	.021	-.643	.521	HS x AUTC	.030	.016	-1.824	.070
R ² =.522, MSE=32.909, F(3,233)=84.775, p<.001; ΔR ² =.0008					R ² =.507, MSE=33.760, F(3,234)=80.352, p<.001; ΔR ² =.0070				

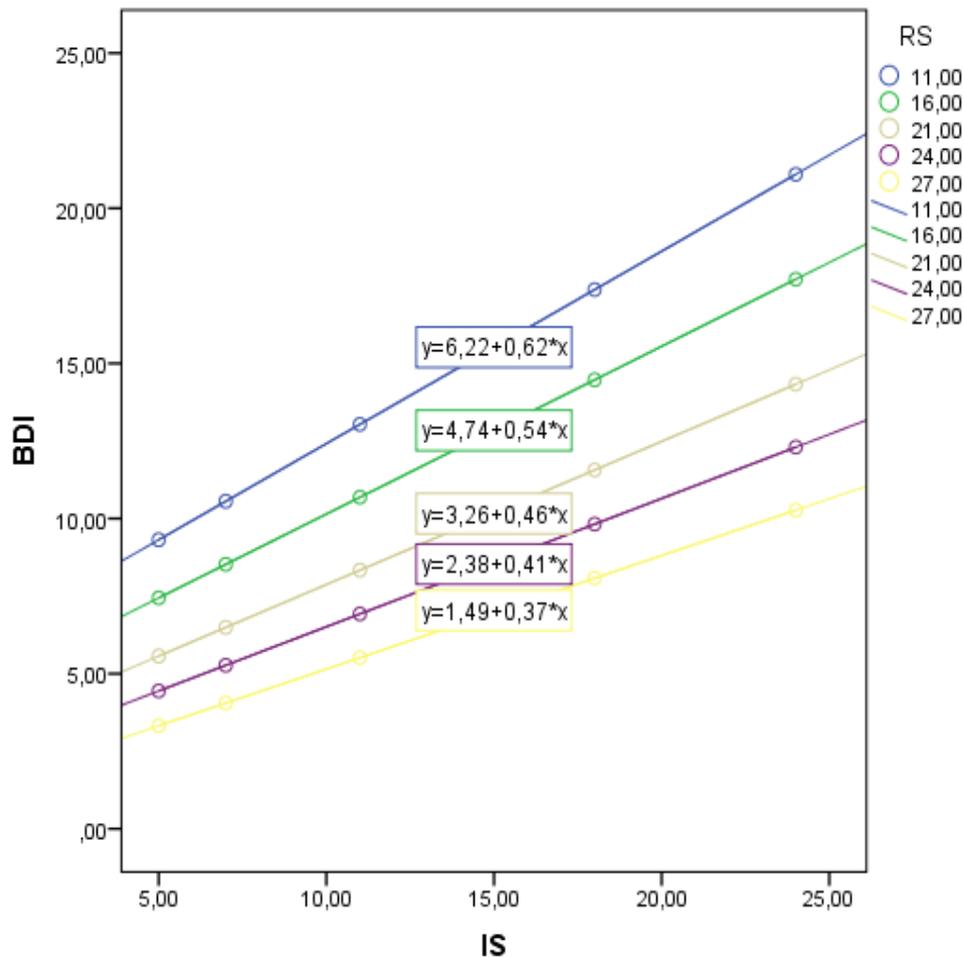
Nota: *p<.05; ***p<.001

Estos datos muestran que tanto RS (modelo que incluye la interacción: $\Delta F(1,232)=4.02$, $p=.046$) como AUTO (modelo que incluye la interacción: $\Delta F(1,234)=16.84$, $p<.001$) moderan el efecto que tiene IS sobre la depresión. La magnitud del efecto es pequeña en el caso de RS y algo menos pequeña para la moderación que produce AUTO ($\Delta R^2=.008$ y $\Delta R^2=.033$ respectivamente).

Respecto a la relación de RS con IS, la técnica de Johnson Neyman muestra que para todos los valores de RS, el efecto de IS sobre BDI es estadísticamente significativo. Así, en la figura 4 se puede objetivar que cuanto mayor es la puntuación en RS, menor es el efecto de IS sobre la depresión, por lo que surge un efecto de amortiguación.

Figura 4.

Recta de regresión de BDI en función de IS para diferentes valores de RS.

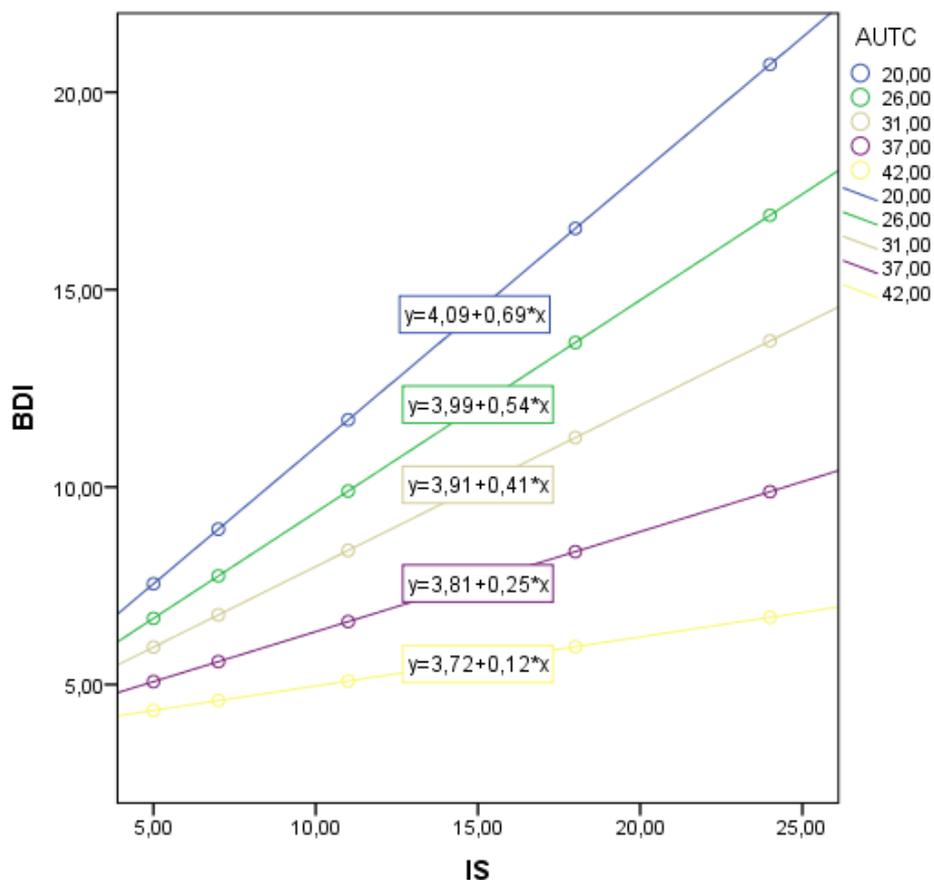


Sin embargo, el papel moderador de la autocompasión no sigue el mismo patrón. De forma más precisa, la técnica de Johnson Neyman indica que para valores iguales o superiores a 38.94 (correspondiente al percentil 79 de AUTO), el efecto de IS sobre BDI deja de ser estadísticamente significativo. La figura 5 permite comparar el efecto de amortiguación que AUTO produce en la relación entre IS y depresión.

En cuanto al posible efecto de moderación de RS y AUTO sobre el impacto de HS en el BDI (tabla 9), no se ha encontrado que haya efecto de moderación ni a través de RS (modelo que incluye la interacción: $\Delta F(1,233)=.414$, $p=.521$, $\Delta R^2=.001$) ni a través de AUTO (modelo que incluye la interacción: $\Delta F(1,234)=3.325$, $p=.07$, $\Delta R^2=.007$).

Figura 5.

Recta de regresión de BDI en función de IS para diferentes valores de Autocompasión.



3. Discusión

El objetivo de nuestro estudio era la adaptación de la escala FSCRS a lengua castellana con el fin de incrementar la disponibilidad de instrumentos que permitan dirigir la investigación al estudio de la autocrítica. Elegimos esta escala debido a que es la más empleada en investigación (Halamová et al., 2018) y que ya ha sido empleada en el marco de la Terapia Focalizada en la Emoción (por ejemplo, B. Shahar et al., 2012, Stiegler et al., 2018).

En este estudio hemos encontrado resultados que convergen con el conocimiento previo, indicando que la escala es válida y fiable para medir el nivel de autocrítica, así como de la capacidad de ser tranquilizador con uno mismo.

Atendiendo a estos resultados, podemos considerar que la mejor forma de conceptualizar las formas de autocrítica para la población española a través de esta escala es mediante la afirmación de la existencia de tres factores (IS, HS y RS) como los

aspectos más específicos de las formas de autocrítica. Así, los resultados replican lo conceptualizado en la construcción original (Gilbert, Clarck et al., 2004) y lo observado por diferentes autores (Baião et al., 2015; Halamová et al., 2017, 2018; Kupeli et al., 2013).

Los análisis de modelos bifactor y two-tier que Halamová et al. (2018) realizan, no se presentan en este capítulo de la tesis debido a que forman parte de un artículo en preparación, pero apunta que estos modelos no son tan adecuados como los modelos de 3 factores que sí se muestra en el capítulo.

Por otro lado, el análisis de los datos del modelo unifactorial (HS, IS, RS como un único factor) nos lleva a rechazar el modelo unifactorial porque sus datos ajustan peor, es decir estos factores aportan información diferenciada.

La consistencia interna de la traducción española es buena (0.71- 0.88), similares a los de las versiones eslovaca (0.75-0.85) de Halamová et al. (2017) y portuguesa (0.72-0.89) de Castilho et al. (2015). En comparación a la original (Gilbert, Clarck et al., 2004) es un poco más baja (0.86-0.90) pero tal y como apunta Halamová et al. (2017), las diferencias son insignificantes y la fiabilidad es alta.

Por tanto, atendiendo a nuestros resultados, que son obtenidos a partir de una muestra no clínica, tenemos que plantear que aunque en el reciente estudio de Halamová et al. (2018) recomiendan el empleo de un único factor que combine HS e IS para muestras no clínicas, en este estudio encontramos que es importante no perder de vista la presencia de dos factores diferenciados. Además, como explicaremos a continuación, estos factores mantienen relaciones (de moderación y mediación) diferenciadas con el resto de variables de las escalas formas y funciones, así como con la depresión.

El estudio de la validez de la escala de formas de autocrítica revela los resultados esperables, convergentes con lo obtenido en los estudios previos donde comparan las correlaciones con el LOSC (Gilbert, Clarck et al., 2004) y el SCS (Castilho et al., 2013; Kupeli et al., 2013). Es decir, las correlaciones de las formas IS y HS con los factores CSC e ISC de la escala LOSC son elevados y en la dirección esperable, indicando esta convergencia que miden constructos que están relacionados.

Existe validez convergente que se aprecia en la correlación positiva y elevada entre los factores RS de nuestra escala y la escala autocompasión de la escala de SCS.

Igualmente, los resultados señalan que niveles más altos de cualquiera de las dos formas de autocrítica (IS o HS) predicen puntuaciones más elevadas en depresión, lo que supone una evidencia de validez predictiva, reforzando la idea de que la autocrítica contribuye a estos síntomas.

También encontramos en este estudio una réplica de los resultados de la estructura de dos factores hallada por Gilbert et al. (2004) en la escala de funciones. De esta forma, el mal ajuste del modelo de un factor y la correlación media entre ambas dimensiones indican que Autopersecución (SP) y Autocorrección (SC) conforman dos factores como unidades sólidas y separadas aunque relacionadas entre ellas.

Estos resultados confirman que la autocrítica no es una dimensión única, sino que presenta diferentes formas y funciones, con las posibles implicaciones que puede tener tanto en su evaluación como en la acción terapéutica.

Con respecto al análisis del modelo mediacional, este arroja resultados interesantes. Mientras que la función de autocorrección afecta a los síntomas depresivos únicamente a través del incremento de la forma del Yo inadecuado, la función de Autopersecución tiene un impacto más extendido en la depresión porque se produce a través del cambio en una mayor diversidad de formas. Es decir, la Autopersecución afecta en la sintomatología incrementando las dos formas de autocrítica (HS, IS) y debilitando la capacidad de ser tranquilizador con uno mismo. Por tanto, también disminuye la resiliencia.

Es conveniente señalar que tanto en nuestro estudio como en el original de Gilbert, Clark et al. (2004) la forma por la que se relacionan las funciones de autocrítica con las formas es la misma. En base a estos resultados, podemos apreciar que el Yo Inadecuado puede afectar tanto cuando se da un contexto en el que yo me dirijo odio (función Autopersecución) como en el contexto en el que yo pretendo corregirme o mejorarme (función Autocorrección). En el primer contexto existen más variables intervinientes: también disminuye mi capacidad de tranquilizarme y puede acompañar otra forma de criticarme más destructiva. Por tanto, de cara a la intervención terapéutica, si estamos en un contexto en el que la forma predominante de la autocrítica tiene que ver con la autocorrección, al intervenir sobre el Yo inadecuado, con el objetivo de suavizar o modificar esta forma de tratarme a mí mismo, podría verse disminuida la sintomatología depresiva. Sin embargo, si el contexto implica una persecución de mí mismo (función

Autopersecución), la intervención única sobre el Yo inadecuado puede no resultar suficiente al estar actuando de manera simultánea un incremento de HS y la disminución de RS.

Debido a que la función Autopersecución tiene un efecto más extendido sobre la depresión porque se da a través de las dos formas de autocrítica y de la disminución en la capacidad de ser autotranquilizador, planteamos que podría ser interesante estudiar si esta función es más virulenta por estar relacionada con el proceso cognitivo de la generalización, el cual se encuentra estrechamente relacionado con el incremento de la sintomatología depresiva. La generalización refiere a una ruptura en la confianza de mantener un funcionamiento efectivo en un aspecto de la vida y que se extiende a un sentido más amplio del yo, convirtiéndose en un elemento de vulnerabilidad a la depresión (Carver, 1998; Carver y Ganellen, 1983; Carver, La Voie, Kuhl, y Ganellen, 1988). Entonces, si la Autopersecución afecta mediante una crítica que demuestra odio, también por el sentimiento de fracaso derivado de no cumplir con las propias expectativas y, además, disminuye la capacidad de ser sostenedor del propio malestar y de apoyo a uno mismo, podría estar tiñendo un espectro de funcionamiento cognitivo-emocional amplio.

En cuanto a las relaciones de moderación, el modelo obtenido señala que no existe una disminución del efecto adverso del Yo odiado sobre la depresión cuando se emplea Autotranquilizar o Autocompación como variable moderadora, por tanto, esto remarca la dificultad para amortiguar esta forma de autocrítica. Por el contrario, sí existe una moderación parcial de la relación Yo inadecuado sobre la depresión mediante la capacidad de tranquilizarse a uno mismo y la capacidad de ser autocompasivo.

Debido a que la acción del Yo inadecuado es menos patógena e incluso puede tener un cariz positivo, es probable que la capacidad para ser autotranquilizador y autocompasivo, recordando aspectos positivos de uno mismo, aplaque los elementos perniciosos de subir los estándares e incluso permita reajustar los mismos a las posibilidades reales de la persona, existiendo una menor disonancia entre las expectativas y la realidad. De forma más específica, encontramos que las personas con una elevada puntuación en autocompasión no sufren los efectos perjudiciales de la autocrítica inadecuada sobre la depresión; es decir, a partir de una puntuación de 38.94 en autocompasión, con independencia de lo elevado que sea la puntuación en Yo

inadecuado, no se va a ver incrementado las puntuaciones en depresión (BDI). Quizá esto recoge aspectos diferenciales entre el factor autotranquilizarse y de autocompasión, exhibiendo la autocompasión aspectos de mayor resiliencia.

A tenor de las relaciones de moderación, nos podemos plantear que igual que la autocrítica supone un factor de vulnerabilidad, la presencia moderadora de una elevada capacidad para ser de apoyo, puede en parte ser un factor de protección.

Esto sería acorde con el planteamiento teórico de que la búsqueda de unos estándares elevados puede tener un aspecto positivo, pero el afloramiento del malestar psicológico puede tener que ver tanto con la elevación continua de los estándares e ideales (por ejemplo, Kannan y Levitt, 2013; Shahar, 2015; Werner, 2018), como con la inhabilidad para afrontar la autocrítica (Greenberg et al., 1990). Si a todo ello se suma una baja autocompasión, el efecto será aún más negativo al no ser amortiguado.

En contraste, en personas cuya autocrítica donde la versión más destructiva (HS) parece necesario intervenir de manera directa sobre ella. Es más, sería insuficiente intentar contrarrestar las repercusiones de esta crítica fomentando únicamente una actitud tranquilizadora o autocompasiva.

Podemos concluir que las interacciones entre las funciones y formas de la autocrítica son complejas, por ello es importante en la práctica clínica poder comprender el papel que en la autocrítica de cada persona cumple esta forma de relación de uno consigo mismo.

En líneas generales, creemos que nuestro estudio aporta valor a la escala debido a que amplía las lenguas a las que ha sido traducida y también supone un beneficio tanto para la psicometría, por contar con instrumentos válidos y fiables, como en sus aplicaciones clínicas.

Entre las limitaciones de este estudio nos encontramos el tamaño de la muestra, siendo interesante en próximos estudios incrementarla para aumentar la representatividad de la misma y poder crear los datos normativos. Si logramos ampliar la muestra nos permitiría contrastar si existen diferencias entre hombres y mujeres, aunque en nuestro caso no se confirma la existencia de diferencias entre ambos sexos. No ha sucedido así en relación a la edad, ya que hemos encontrado que las personas más jóvenes son más

autocríticas y menos autocompasivas; debido a la falta de información en otros estudios no podemos realizar una adecuada comparativa respecto a la edad.

Además, no contamos con muestra clínica para poder comparar los resultados con los de la población no clínica y así verificar si la estructura factorial se mantiene en población clínica o si existen variaciones. En este sentido, Halamová et al. (2018) apuntaban que mientras con muestras no clínicas se puede combinar HS e IS para evitar el efecto suelo, en población clínica sí parece más adecuado evaluarlas por separado.

Otra limitación de este estudio tiene que ver con el diseño y los análisis realizados. Los estudios de mediación tienen mayor solidez cuando hay tres momentos de medida. Por tanto, sería de interés ampliar el estudio de la escala con más tiempos de mediciones y también con ello, podríamos analizar la estabilidad temporal (test-retest) de las puntuaciones.

Por último, la validez predictiva de esta prueba también se podría ampliar con el uso de otras variables estrechamente relacionadas con la autocrítica como las señaladas en el Capítulo 2, por ejemplo, ansiedad social como variable dependiente (Shahar et al, 2015; Iancu et al., 2015).

CAPÍTULO 6.

EFICACIA DE LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESCISIONES AUTOCRÍTICAS

En el siguiente capítulo presentamos nuestro estudio de investigación y los resultados obtenidos en cuanto a la eficacia terapéutica de la Terapia Focalizada en la Emoción para tratar la autocrítica. Para ello, igual que en los estudios previamente citados (Capítulo 4), evaluamos los cambios en depresión (BDI-II), autocrítica (FSCRS) y la sintomatología general (CORE-OM), así como la repercusión del tratamiento en la capacidad de ser autocompasivo (SCS) y en otros aspectos como los problemas en las relaciones interpersonales (IIP-32).

Finalmente, debido al valor de la alianza terapéutica que se ha señalado en los capítulos previos, se ha administrado el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI) con la intención de poder valorar la misma a lo largo del proceso y su relación con los resultados.

1. Método

1.1. Diseño

Este estudio es un ensayo controlado completamente aleatorizado (Randomized Controlled Trial, RCT) que cuenta con un seguimiento de 3 meses. El diseño incluía un grupo de tratamiento (grupo TFE, 24 personas) que realizaron entre 10 y 12 sesiones de terapia individual, y un grupo control (24 personas).

1.2. Participantes

Las personas que pudieron acceder al estudio fueron aquellas que puntuaban una desviación típica o más en alguno de los factores de autocrítica (IS, HS) de nuestra adaptación en la escala FSCRS. Este criterio de inclusión es equivalente al empleado en el estudio piloto de Shahar et al. (2012) y en el estudio de Stiegler et al. (2018).

Los requisitos de exclusión acordados para esta investigación están en relación con la ausencia de un tratamiento psicoterapéutico en el momento actual y la presencia de la siguiente psicopatología o circunstancias de alta gravedad: episodio depresivo mayor, intención suicida, trastornos del ámbito psicótico, trastornos de la conducta alimentaria,

abuso de alcohol u otras drogas y situaciones que impliquen relaciones con algún tipo de violencia o abuso. Si se detectaba alguna de estas circunstancias durante la evaluación, se acordaba junto al paciente la posibilidad de realizar una búsqueda de un recurso más adecuado a la idiosincrasia del participante.

Para llevar a cabo este estudio se precisó de una muestra de 24 participantes para cada una de las dos condiciones, lo que daba lugar a un total de 48 personas. Debido a que más de 48 personas cumplían con los criterios de admisión y no eran descartados por los criterios de exclusión, se amplió el número de participantes del grupo control con el objetivo de compensar la posible mayor tasa de abandono en este grupo; en este sentido, Stubbs et al. (2016) indican que los datos de su meta-análisis indican que el grupo control suele tener una mayor tasa de abandonos.

Como se puede observar en el diagrama de flujo (Figura 6), recibimos la solicitud de las 184 personas que quisieron participar en el estudio, siendo excluidos un total de 132 participantes. En concreto, 95 no responden cuando nos ponemos en contacto para la entrevista de inclusión, 32 no cumplían criterios, 2 participantes son descartados por incompatibilidad horaria y 3 personas que podían participar lo rechazaron en última instancia.

Por tanto, participaron un total de 52 personas, 24 en el grupo de tratamiento y 28 en el grupo control. En la tabla 10 ofrecemos un resumen de los datos sociodemográficos de los participantes tanto para el grupo de participantes y el grupo control, en la que se puede apreciar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables exploradas. La muestra estaba compuesta por 14 hombres y 38 mujeres. La edad estaba comprendida entre los 18 y los 55 años, siendo la media 28.65 y la desviación típica 9.42.

En cuanto a la nacionalidad de los participantes, 50 (96.2%) eran españoles, un participante (1.9%) brasileño y otro participante (1.9%) venezolano. Respecto al estado civil de los participantes, el 38.5% eran solteros, 53.8% estaban en pareja, el 5.8% casados y el 1.9% separados.

En lo referente al nivel de formación encontramos que el 63.5% habían completado los estudios superiores, el 32.7% se encontraban aun cursando estudios superiores, el 1.9% había finalizado la educación secundaria y el 1.9% había realizado en

grado medio. Además del nivel formativo, informaron que el 53.8% se encontraban trabajando en el momento de la evaluación, el 38.5% eran estudiantes y el 7.7% estaban en situación de desempleo.

Tabla 10.

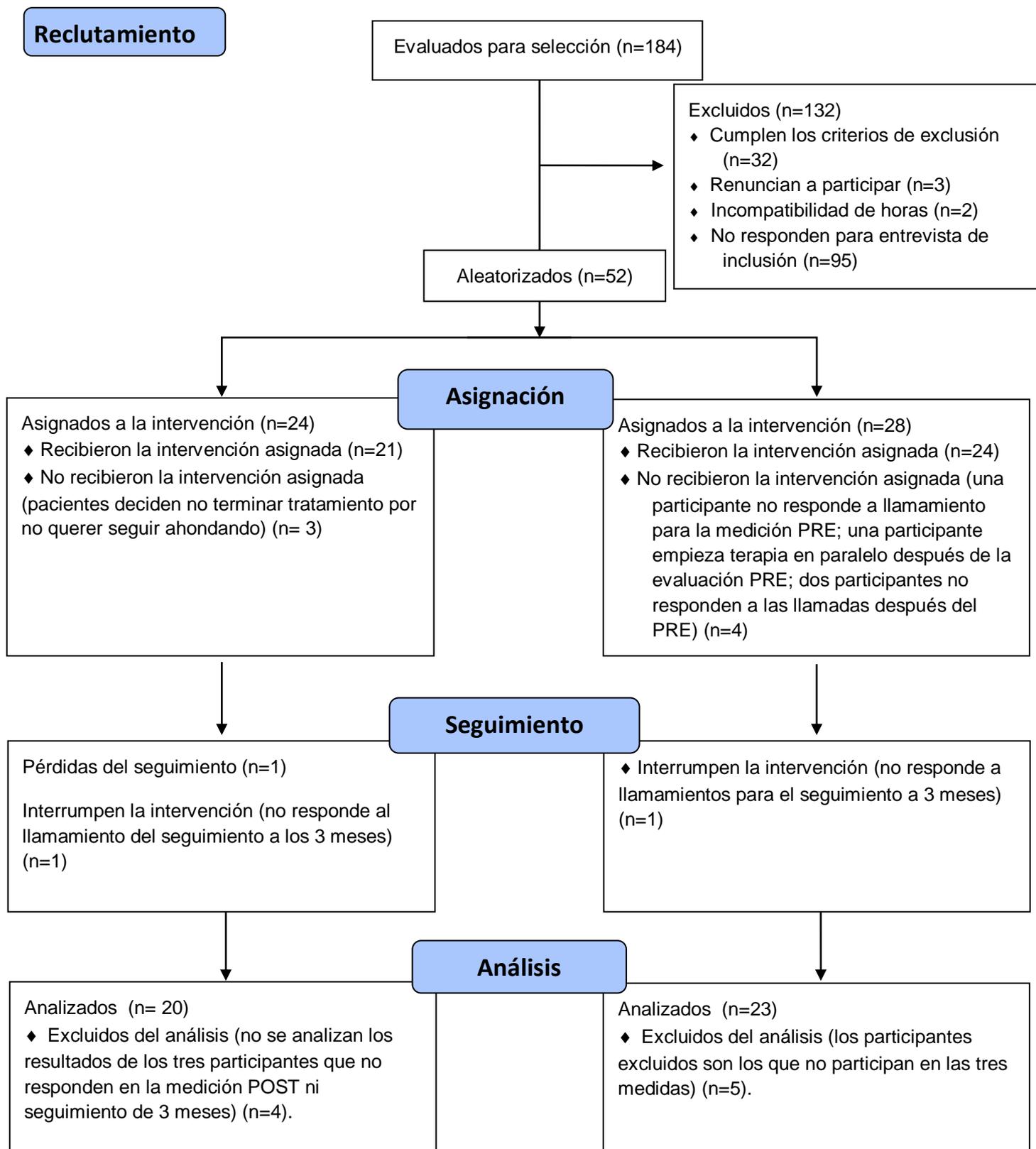
Datos demográficos (medias y desviaciones típicas) de los Participantes TFE y Grupo Control en la línea base.

	Participantes TFE (N=24)	Grupo Control (N=28)	P
	Media (SD)	Media (SD)	
Edad	31.3 (11.6)	26.35 (6.32)	.70 ^a
	n (%)	n (%)	
Sexo			.13 ^b
Mujer	15 (62.5)	23 (82.1)	
Hombre	9 (37.5)	5 (17.9)	
Nacionalidad			.203 ^c
Española	22 (91.7)	28 (100)	
Brasileña	1 (4.2)	0 (0)	
Venezolana	1 (4.2)	0 (0)	
Estado civil			.577 ^c
Soltero	8 (33.3)	12 (42.9)	
Pareja	13 (54.2)	15 (53.6)	
Casado	2 (8.3)	1 (3.6)	
Separado/Divorciado	1 (4.2)	0 (0)	
Nivel formativo (estudios)			.565 ^c
Superior-completado	15 (62.5)	18 (64.3)	
Superior-cursando	8 (33.3)	9 (32.1)	
Grado Medio	1 (4.2)	0 (0)	
Educación Secundaria	0 (0)	14 (50)	
Situación laboral			.565 ^c
Activo	13 (54.2)	14 (50)	
Desempleado	1 (4.2)	2 (7.1)	
Estudiante	9 (37.5)	12 (42.9)	
Invalidez	1 (4.2)	0 (0)	

Nota. a= Prueba T student para igualdad de medias, sig<.05; b= estadístico exacto de Fisher, sig<.05; c= Chi-cuadrado de Pearson, sig<.05.

Figura 6.
Diagrama de flujo CONSORT.

CONSORT 2010 Diagrama de flujo



Además, hay que señalar que de las 24 personas incluidas en el grupo tratamiento, hubo 4 personas excluidas del análisis debido a que 3 de los participantes decidieron abandonar el tratamiento al no querer continuar ahondando en su mundo cognitivo-afectivo y 1 de ellos no responde al seguimiento de 3 meses. En cuanto a los 28 participantes del grupo control, se analizaron los datos de 23 porque uno de ellos no respondió a la medida PRE, otro inició tratamiento psicológico después de la medición PRE, 2 no respondieron la medida POST y una persona no respondió al seguimiento de 3 meses.

1.3. Psicoterapeutas

Participaron un total de siete psicoterapeutas: dos profesores de la Universidad Pontificia de Comillas, tres psicólogos contratados en la UNINPSI, además de colaboradores en el Máster de Psicoterapia Humanista y Terapia Focalizada en la Emoción. También dos psicoterapeutas que trabajan de forma privada con formación TFE.

El primero de los terapeutas es el director de esta tesis, quien posee formación y supervisión en los niveles 1, 2 y 3 en Terapia Focalizada en la Emoción, formación en Gestalt en el Instituto de Psicoterapia Gestáltica y Máster en Psicoterapia Constructivista. Además cuenta con trece años de experiencia como psicoterapeuta.

El segundo terapeuta y también profesor de la universidad, tiene más de 17 años de experiencia clínica, con formación en Terapia Focalizada en la Emoción (nivel 1, 2 y 3), y Terapia Focalizada en la Emoción para parejas. Formación en Terapia Centrada en la Persona y Psicodinámica de Grupo e Individual (en el Instituto de Interacción).

El tercer terapeuta tiene más de 9 años de experiencia clínica, cuenta con formación en Terapia Focalizada en la Emoción (niveles 1 y 2) y con horas de supervisión en este mismo modelo (nivel 3), complementado con estudios en Terapia Focalizada en la Emoción para parejas y familias. Formación de Counselling y Máster general sanitario.

La cuarta terapeuta tiene más de 9 años de experiencia clínica tanto en terapia individual como de pareja, con formación en Terapia Focalizada en la Emoción (niveles 1 y 2) y Terapia Focalizada en la Emoción para parejas. Además tiene formación en Focusing, Terapia Cognitiva, Terapia Gestalt, Análisis Transaccional y Eneagrama.

La quinta terapeuta cuenta con 13 años de experiencia clínica en contexto público y 5 en privado. Psicóloga Clínica vía PIR, también ha complementado su amplia formación con los niveles 1 y 2 de Terapia Focalizada en la Emoción, además de ahondar en la Terapia Focalizada en la Emoción para familias. Lleva trabajando dentro de este modelo desde hace cuatro años.

La sexta psicoterapeuta, estudiante de doctorado, tiene 5 años de experiencia profesional como psicoterapeuta humanista. Cuatro de ellos desde la terapia focalizada en la emoción. Tiene formación en TFE (nivel 1 y 2), formación de pareja y familia desde la Terapia Focalizada en la Emoción. Cursó el Máster de Terapia Humanista- Existencial y Terapia Focalizada en la Emoción de la Universidad de Comillas. Cuenta también con formación en psicodrama para grupos e individual en la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama (EPyP).

Por último, la séptima terapeuta cuenta con 3 años de experiencia profesional como psicoterapeuta humanista. Cuenta con formación TFE en los niveles 1 y 2, asimismo se ha formado en TFE para parejas. Además, cumplimentó su formación a través del máster en Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid.

1.4. Tratamiento

Terapia Focalizada en la Emoción. Como señalábamos en el capítulo 4, Greenberg et al. (1996) describen que este tipo de tratamiento implica, además de las condiciones relacionales básicas, un proceso guiado por la presencia de marcadores de tarea, un proceso directivo e intervenciones experienciales. De esta manera, las primeras sesiones se caracterizan por el empleo de intervenciones de exploración empática, añadiendo en sesiones posteriores intervenciones específicas, una vez los marcadores de tarea han sido identificados. Para poder proponer las tareas y que el cliente se implique en las mismas es preciso la generación de una adecuada alianza terapéutica, donde exista una adecuada sintonía empática y se pueda desarrollar y mantener las condiciones de la relación especificadas por Rogers. Si bien podemos encontrar diferentes marcadores de problemas cognitivo-afectivos, en este trabajo nos interesan aquellos que apuntan hacia una escisión, es decir, una ruptura de dos aspectos del self que se hayan en contraposición y que reflejan la presencia de voces críticas sobre algún aspecto o varios aspectos del self del cliente. El foco final de este tipo de tratamiento está en lograr acceder a la emoción (o

emociones) primaria adaptativa y activar los esquemas emocionales disfuncionales mediante las tareas activas experienciales para poder modificarlos. Para poder llegar a una adecuada resolución de las escisiones del self en el diálogo de las dos sillas, es preciso que la dureza de la crítica se vea suavizada.

1.5. Medidas

1.5.1. Medidas de inclusión y evaluación inicial

Cuestionario de datos socio demográficos, consentimiento informado. (ver ANEXO 7) y **compromiso de confidencialidad** (ver ANEXO 8). Durante la exploración inicial se entregó a los participantes un consentimiento informado explicando el objetivo de la investigación, la posibilidad de abandonar la misma y la confidencialidad de los datos. Además, se realizaban unas preguntas previas acerca de la edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel de formación y estado ocupacional.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, y Soto, 2000). Es una entrevista diagnóstica estructurada que tiene el objetivo de explorar los trastornos psiquiátricos del Eje I, tal y como los clasifican tanto el DSM – IV y la CIE-10. El tiempo de aplicación es breve pero solo deben aplicarla clínicos o no clínicos con un entrenamiento más intenso. Los resultados de los estudios de validez y fiabilidad demuestran unos resultados aceptablemente altos. Concretamente hemos empleado los módulos A (Episodio depresivo mayor), C (Riesgo de suicidio), J (Abuso y dependencia de alcohol), K (Trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas), L (Trastornos psicóticos), M (Anorexia nerviosa) y N (Bulimia nerviosa). La versión española de libre acceso y empleo de copias simples para investigación ha sido extraída de la página <http://www.iiap.es/files/mini.pdf>.

1.1.1. Medidas de resultados

Además de realizar una recogida de datos sociodemográfico, el **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II;** Beck et al., 1996), la **Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y auto-tranquilizarse de Gilbert (FSCRS;** Gilbert, Clarke et al., 2004) y la **Escala de Auto-compasión de Neff (SCS;** Neff, 2003), previamente explicados en el Capítulo 5. En este estudio se emplearán las siguientes medidas de resultados:

Clinical Outcomes in Rutine Evaluation – Outcome Measure, CORE -OM (Evans et al., 2000). Cuestionario de 34 ítems, puntuados en una escala de 0 a 4 que van

de nunca a siempre o casi siempre. Cuenta con una versión para mujer (ver ANEXO 9) y otra para hombre (ver ANEXO 10). Intenta captar lo más esencial del malestar psicológico de los pacientes a través de 4 escalas definidas como (W) bienestar subjetivo (ítems como “Me he sentido optimista sobre mi futuro” “Me he sentido agobiado por mis problemas”), (P) problemas/ síntomas que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos, (F) funcionamiento general que evalúa relaciones íntimas, sociales y otros aspectos del funcionamiento cotidiano y (R) riesgo que presenta indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones y posibles actos de agresión a terceros. Además, se puede calcular una puntuación total del malestar sumando los ítems de todas las escalas menos los de la escala de riesgo (R) y dividiendo entre el número de ítems contestados (Feixas et al., 2012). Los datos de consistencia interna son adecuados, oscilando entre 0,7 y 0,9, similar a la versión inglesa y la de otras traducciones (Trujillo et al., 2016).

Inventario de Relaciones Interpersonales, IIP-32 (Horowitz, Alden, Wiggins, y Alden, 2000). Adaptado al español por Salazar, Martí, Soriano, Beltan y Adam, (2010) (ver ANEXO 11). Es la versión abreviada (32 ítems) del original que contaba con 137 ítems. Evalúa el malestar que emerge de las relaciones interpersonales. De esta forma, la escala evalúa los problemas que pueden surgir con la asertividad, la sociabilidad o la intimidad. Las puntuaciones van desde el 0 al 4, valorando desde situaciones nada difíciles a muy difíciles, así como, cosas que no hago demasiado o, por el contrario, las hago demasiado. Los resultados de la adaptación española ofrece un resultado similar al de la versión original, siendo el α de Cronbach de 0.85.

1.5.2. Medidas de relación terapéutica (cumplimentadas por paciente y por terapeuta).

Inventario de Alianza Terapéutica, versión abreviada, WAI-S (Horvath y Greenberg, 1986). Adaptado a versión española por Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco (2010). Es un inventario que presenta en su forma abreviada 12 ítems a responder en una escala tipo Likert de 7 puntos, encontrando en el extremo inferior la valoración de “nunca” y en el superior “siempre”. La puntuación puede fluctuar entre 12 a 84 puntos. Este instrumento cuenta con tres subescalas, sobre las que puntúan cuatro ítems para cada una de ellas. Estas subescalas evalúan los componentes que Bordin propone para definir la alianza terapéutica. Por tanto, la prueba evalúa el grado de

acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico, el grado de sensación mutua (paciente-terapeuta) de que las tareas pedidas por cada uno de ellos durante la terapia son racionales y alcanzables, a la vez que están relacionadas con los objetivos de la terapia y, por último, la sensación de vínculo (como confianza mutua, entendimiento y cuidado o dedicación) entre ambos. Corbella et al. (2010) hallan una consistencia interna de 0.88 para el acuerdo en las tareas, de 0.86 para la sensación de vínculo y de 0.85 para el grado de acuerdo los objetivos. El coeficiente alfa de Cronbach para la versión española fue de 0.91. Existe una versión para el paciente (ANEXO 12) y otra para el terapeuta (ANEXO 13).

1.6. Procedimiento

Previamente a introducirnos en la explicación del procedimiento y diseño de investigación, es preciso señalar que el presente estudio cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad (ver ANEXO 14).

1.6.1. Procedimiento de inclusión en el estudio.

Hemos llegado a la muestra obtenida a través de diferentes medios. En primer lugar, los participantes del estudio 1 que desearon participar dejaron su contacto. Además, el estudio fue publicitado en la universidad y se acompañó la difusión a través de redes sociales donde se pagaron anuncios de una página creada para este propósito (www.autocritica.eu).

Antes de la primera sesión de tratamiento, se celebró una primera entrevista con el doctorando de esta tesis. En ella, se leyó junto a los participantes el consentimiento informado donde se explica, además de aspectos éticos como la confidencialidad, la posibilidad de abandonar, el requisito de grabación de las sesiones y explicación del objetivo de la investigación.

Una vez llegado el acuerdo con las condiciones, se realizó una entrevista que nos permitiera descartar los criterios de exclusión, preguntando sobre la implicación en otro proceso terapéutico en ese momento y se evaluó la presencia de psicopatología, concretamente. Asimismo, se valoró las relaciones de pareja mantenidas y la posibilidad de estar implicados en una relación con conductas violentas. Además, se aplicó el cuestionario de problemas interpersonales, IIP-32.

1.6.2. Procedimiento de tratamiento.

Una vez seleccionados los participantes que cumplían los criterios de inclusión previamente expuestos, los pacientes fueron asignados de manera completamente aleatorizada a uno de los dos grupos, es decir, grupo TFE (N=24) y grupo control (N=28), con un total de 52 participantes (N=52). Como señalábamos anteriormente, consideramos apropiado una mayor presencia de participantes en el grupo control con el fin de compensar la previsible mayor tasa de abandono.

Para llevar a cabo la aleatorización primero asignamos códigos (últimos 4 dígitos del DNI y letra) que no permitieran identificar a los participantes. Posteriormente, estos códigos eran introducidos en un programa (<https://echaloasuerte.com/groups/>) que procedía al reparto aleatorio en las dos condiciones mencionadas, grupo de tratamiento TFE o grupo control. La distribución de pacientes y terapeutas se llevó a cabo en función de la compatibilidad horaria.

El periodo del estudio se inició en septiembre de 2017 y finalizó en septiembre de 2018. La mitad de los participantes del grupo de tratamiento realizó las sesiones de terapia entre los meses de septiembre y diciembre, existiendo también un grupo control con la mitad de participantes cuyas medidas fueron recogidas en el mismo periodo. Se realizó un segundo periodo de tratamiento entre los meses de marzo y junio, con la segunda mitad de los participantes.

Las sesiones de terapia tuvieron una duración de 10 a 12 sesiones. Durante la primera de las sesiones cada terapeuta dio las medidas de resultados para su cumplimentación. Además, las dos primeras sesiones tenían el objetivo de realizar una exploración empática y generar de forma conjunta con el paciente un foco terapéutico. A partir de este momento, el resto de sesiones consistían en la aplicación de las tareas que propone la TFE en la medida que emergían los marcadores; sin embargo los terapeutas prestaban mayor atención a la tarea de las dos sillas para escisiones autoevaluativas debido a la estrecha vinculación con el tratamiento de la autocrítica. En la tabla 11 se puede observar el número de sesiones en las que se ha aplicado la tarea de las dos sillas por cada participante.

Durante las sesiones terapéuticas, se contempló prestar atención a otros marcadores de tarea que no sean la autocrítica pero redirigiéndolos a trabajar con el yo

crítico, es decir, estableciendo directamente puentes de unión con la voz crítica (por ejemplo, Terapeuta: “Y esta forma juiciosa de tu madre de dirigirse hacia ti, ¿cómo lo haces tú contigo mismo?”). Especialmente relevante si se da una situación de asuntos no resueltos (cuya tarea de trabajo es la silla vacía), debido a que en ocasiones la autocrítica puede tener de forma muy evidente un correlato con una autocrítica introyectada que refleja un asunto no resuelto con otro significativo.

Tabla 11.

Número de sesiones de terapia y sesiones en las que se emplea la tarea con las sillas por cada uno de los participantes en el grupo de participantes TFE.

Participante	Nº de sesiones	Sillas	Autocrítica	UFB	Autoconsuelo
1	12	5	5	0	0
2	12	3	2	1	0
3	10	6	4	2	0
4	10	8	6	2	0
5	12	2	2	0	0
6	12	1	1	0	0
7	12	5	4	1	0
8	12	8	2	3	3
9	12	7	6	1	0
10	12	5	3	2	0
11	11	4	1	1	2
12	10	5	2	3	0
13	11	5	3	2	0
14	11	1	1	0	0
15	11	3	1	2	0
16	10	3	1	2	0
17	10	6	4	2	0
18	11	1	0	1	0
19	10	3	3	0	0
20	11	2	2	0	0
Total:		83	53	25	5

Durante las sesiones terapéuticas, se contempló prestar atención a otros marcadores de tarea que no sean la autocrítica pero redirigiéndolos a trabajar con el yo crítico, es decir, estableciendo directamente puentes de unión con la voz crítica (por ejemplo, Terapeuta: “Y esta forma juiciosa de tu madre de dirigirse hacia ti, ¿cómo lo haces tú contigo mismo?”). Especialmente relevante si se da una situación de asuntos no resueltos (cuya tarea de trabajo es la silla vacía), debido a que en ocasiones la autocrítica puede tener de forma muy evidente un correlato con una autocrítica introyectada que refleja un asunto no resuelto con otro significativo.

La alianza terapéutica fue evaluada tanto en el cliente y el terapeuta, cumplimentando los cuestionarios en las sesiones 3, 6 y 9.

Posteriormente, se realizó un seguimiento que consistía en la aplicación de las medidas de resultados tres meses después de haber finalizado la última sesión.

Con el propósito de facilitar la adherencia de los terapeutas al modelo de la TFE, se celebraron sesiones de supervisión que eran lideradas por los profesores e investigadores en TFE, Leslie S. Greenberg y Ladislav Timulak, las cuales tenían un carácter quincenal.

Respecto al grupo control, ha sido evaluado con las mismas medidas de resultados y en el mismo periodo temporal que las personas pertenecientes al grupo de tratamiento (pre-post-seguimiento 3 meses).

1.7. Análisis de datos

Para estudiar la eficacia del tratamiento llevamos a cabo un análisis de la varianza mixto (ANOVA mixto) con un factor intersujetos y otro intrasujetos como variables independientes. El factor intersujetos es el tratamiento que a su vez tiene dos niveles (grupo control y grupo tratamiento, a partir de ahora *grupo de participantes TFE*) y el factor tiempo con tres niveles (pre, post y seguimiento). La variable dependiente son las puntuaciones en depresión (BDI-II), autocrítica (FSCRS), autocompasión (SCS), sintomatología general (CORE-OM) y problemas en las relaciones interpersonales (IIP-32). También se analizó el porcentaje de recuperaciones en cada condición (tratamiento y control) según los puntos de corte para cada una de las medidas (BDI, IS, HS y CORE).

Finalmente, se analizarán las correlaciones entre la alianza terapéutica referida por participante y terapeuta con los cambios producidos en las medidas de resultado.

2. Resultados

2.1. Correlaciones de las medidas de resultados en el momento inicial de la intervención

En la tabla 12 ofrecemos los resultados de las correlaciones en el momento Pre con las respuestas que han ofrecido todos los participantes (grupo control y grupo de participantes TFE) a las medidas de resultado.

Tabla 12.

Correlaciones entre las medidas de resultados en el momento previo a la intervención (momento Pre) (n=43).

		BDI	HS	IS	RS	CORE	Autoc	Hum Común	Mindf	Inhibid	Distant	No Aseritivo	A Centrado	Domin	ASacri	Dem Abiert
BDI	BDI															
FSCRS	HS	.689 ^(**)														
	IS	.511 ^(**)	.622 ^(**)													
	RS	-.379 ^(*)	-.460 ^(**)	-.265												
CORE	CORE	.750 ^(**)	.606 ^(**)	.380 ^(*)	-.462 ^(**)											
SCS	Autoc	-.412 ^(**)	-.621 ^(**)	-.760 ^(**)	.591 ^(**)	-.479 ^(**)										
	Hum Común	-.417 ^(**)	-.553 ^(**)	-.568 ^(**)	.442 ^(**)	-.299	.737 ^(**)									
	Mindfulness	-.449 ^(**)	-.494 ^(**)	-.674 ^(**)	.548 ^(**)	-.404 ^(**)	.753 ^(**)	.729 ^(**)								
IIP-32	Inhibido	.306 ^(*)	.149	-.047	-.441 ^(**)	.383 ^(*)	-.182	-.169	-.157							
	Distante	.326 ^(*)	.231	.029	-.312 ^(*)	.464 ^(**)	-.268	-.372 ^(*)	-.296	.404 ^(**)						
	No Aseritivo	.377 ^(*)	.259	.271	-.136	.137	-.128	-.179	-.209	-.015	-.109					
	ACentrado	.123	.072	.108	-.160	.026	-.119	-.261	-.288	.133	.398 ^(**)	-.225				
	Dominante	.303 ^(*)	.334 ^(*)	.188	-.039	.299	-.165	-.269	-.332 ^(*)	.039	.401 ^(**)	-.124	.513 ^(**)			
	ASacri	.207	.120	.172	-.020	.109	-.043	.044	-.086	-.281	-.135	.464 ^(**)	-.503 ^(**)	-.220		
	DemAbierto	.145	.281	.344 ^(*)	.035	-.006	-.187	-.035	-.156	-.412 ^(**)	-.324 ^(*)	.472 ^(**)	-.247	.067	.560 ^(**)	
	No Aafirmativo	.192	.160	.173	-.256	.120	-.193	-.067	-.105	-.099	-.168	.690 ^(**)	-.427 ^(**)	-.423 ^(**)	.600 ^(**)	.347 ^(*)

Nota: HS=Yo odiado; IS=Yo inadecuado; RS=Autotranquilizar; Autoc=Autocompasión; Hum Común=Humanidad común; Mindf=Mindfulness; ACentrado=Autocentrado; Domin=Dominante; ASacri=Autosacrificado; DemAbierto=Demasiado Abierto; No Aafirmativo=No Autoafirmativo.

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

Como se puede observar, existen correlaciones de moderadas a elevadas entre las escalas de depresión (BDI), autocrítica (FSCRS) y autocompasión (SCS).

Dentro de estas correlaciones llama la atención la ausencia de correlación significativa entre el Yo inadecuado (IS) y Autotranquilizar (RS) en este momento de medida.

Por otro lado, los factores del IIP-32 apenas presentan correlaciones con los factores de otras escalas.

2.2. DEPRESIÓN: eficacia del tratamiento atendiendo a las puntuaciones en BDI

2.2.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones

A continuación se presentan los datos descriptivos (tabla 13) para la medida de depresión BDI para cada uno de los grupos (grupo de participantes y grupo control) y en los tres momentos de medida. En la Tabla 13 se ofrece el tamaño del efecto intergrupo, mostrando más adelante el tamaño del efecto intragrupo.

Tabla 13.

Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para la medida BDI.

Medida	Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)	Comparación de medias	Tamaño del efecto entre grupos d Cohen
	Media (Sd)	Media (Sd)	t(gl), p	pp ^a /ps ^b
BDI				
BDI_Pre	17.5 (9.503)	20.04 (9.583)	t(41)=.85, p=.401	
BDI_Post	8.2 (7.599)	19.13 (11.25)	t(38.8)= 3.77, p=.001	
BDI_Seg	7.65 (10.07)	15.04	t(41)=2.05, p=.047	
Cambio		(13.154)		0.948/0.370

Nota. ^app= cambio post-pre; ^bps= cambio seg-pre

En la tabla 14 se ofrecen los datos de las correlaciones de las puntuaciones del grupo de participantes TFE en el BDI en los tres momentos en que se tomaron las medidas (Pre, Post, Seguimiento a los 3 meses). Estos datos fueron empleados para el cálculo del tamaño del efecto intragrupo y su intervalo de confianza.

Tabla 14.

Correlación de las puntuaciones totales en BDI en cada tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	BDI_Pre	BDI_Post
BDI_Pre		
BDI_Post	.461 ^(*)	
BDI_Seg	.395	.810 ^(**)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

2.2.2. Cambios en las puntuaciones de BDI

Para evaluar el cambio en las puntuaciones debido a la intervención realizamos un ANOVA mixto con 2 variables independientes (tratamiento y tiempo) y una variable dependiente (depresión BDI). Dicho ANOVA mixto, con la variable *tratamiento* como factor inter-sujetos de 2 niveles (TFE, control) y la variable *tiempo* como factor intra-sujetos con 3 niveles (pre, post, seguimiento) como variables independientes y las puntuaciones en *depresión* (BDI-II) como variable dependiente reveló un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) de la interacción *tratamiento* x *tiempo* ($F(1.623,66.523)=3.390$, $p=.049$, $\mu^2_{par}=.076$).

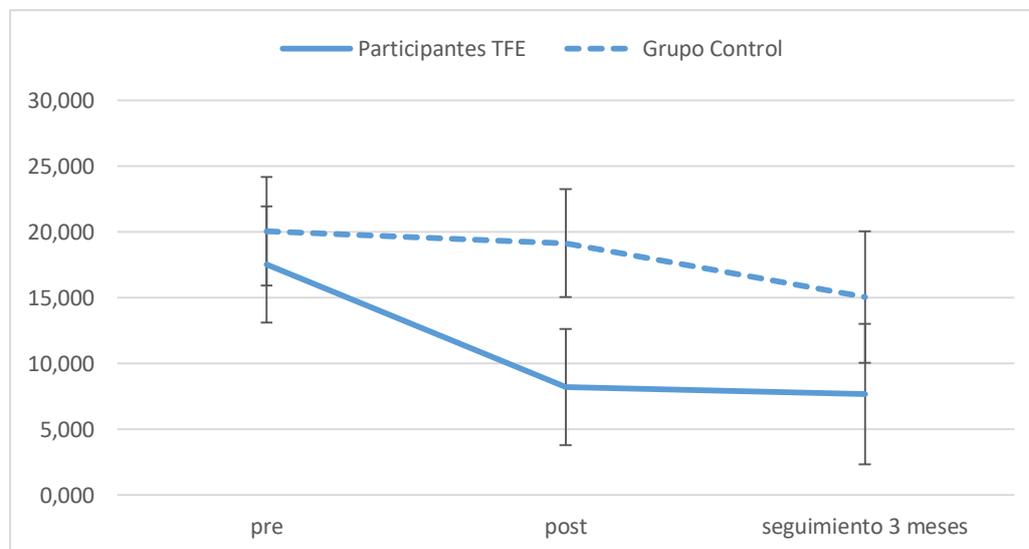
Con el propósito de tratar de discernir en qué momento de la intervención se produce el cambio en las puntuaciones de depresión realizamos un nuevo ANOVA con cada uno de los tiempos por separado.

A través de esta estrategia de análisis (planned-comparison; Breitbart et al., 2010) podemos apreciar que el ANOVA que refleja el intervalo de tiempo pre-post ofrece un resultado significativo ($F(1,41)=9.276$, $p=.003$, $\mu^2_{par}=.192$). Por el contrario, la prueba señala que no existe un efecto significativo de la intervención en el seguimiento, es decir, el ANOVA del periodo pre-seguimiento de 3 meses no es estadísticamente significativo ($F(1,41)=1.524$, $p=.224$, $\mu^2_{par}=.036$).

En la Figura 7 se puede observar las medias de cada grupo, participantes TFE y control, en cada uno de los tiempos.

Figura 7.

Medias en BDI-II según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



2.2.3. Tamaño del efecto

Para hallar el tamaño del efecto en los cambios producidos en el grupo TFE hemos empleado el índice D de Cohen. El tamaño del efecto (tabla 15) para muestras emparejadas a lo largo del tiempo en el grupo de los participantes TFE ha revelado el valor D pre post = 1.066 IC 95% (0.494, 1.638) para el cambio producido entre el periodo comprendido entre el pretratamiento y postratamiento y D pre seg= 0.992 IC 95% (0.416, 1.569) para el periodo pretratamiento y seguimiento.

Tabla 15.

Tamaño del efecto en BDI para el grupo de participantes.

Medida	D (95%)	IC inf	IC sup
BDI Pre Post	1.066	0.494	1.638
BDI Pre Seg	0.992	0.416	1.569

2.2.4. Recuperación de los participantes en síntomas de depresión

La versión española del BDI-II indica que una persona está recuperada de la depresión cuando su puntuación en el inventario toma el valor 9 e inferior (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003, p. 266).

Así, podemos ver (tabla 16) que en la medida Pre había 16 (80%) participantes con puntuaciones que indicaban depresión en el grupo TFE y 19 (82.6%) en el grupo control. Sin embargo, en la medida Post encontramos un 25% de participantes deprimidos en el grupo de TFE frente a un 78% en el grupo control. Finalmente, en el seguimiento a 3 meses el grupo TFE cuenta con 30% de participantes deprimidos y el grupo control con un 60%.

Tabla 16.

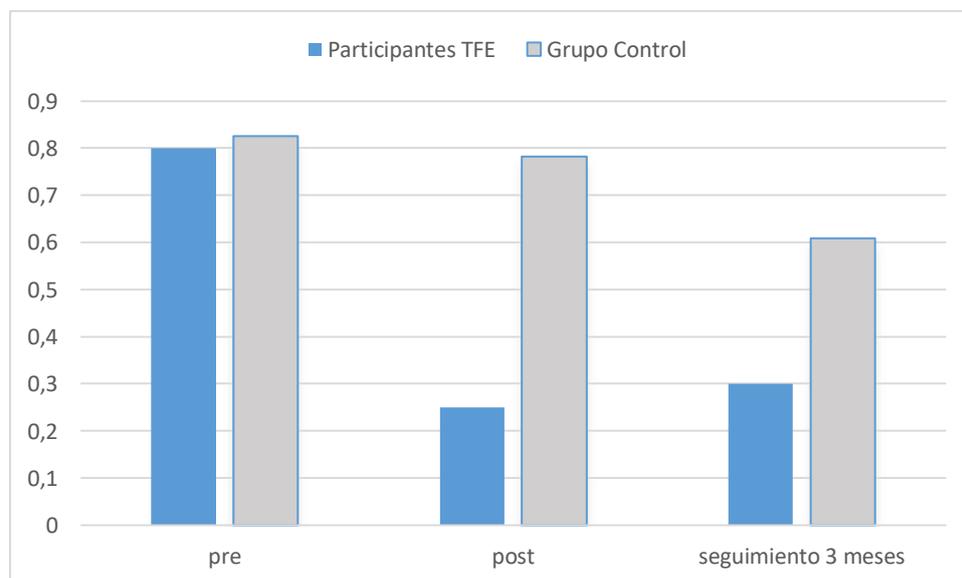
Número de recuperaciones según las puntuaciones en BDI-II.

		Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)
Pre	Número de No Deprimidos	4	4
	Número de Deprimidos	16	19
Post	Número de No Deprimidos	15	5
	Número de Deprimidos	5	18
Seguimiento 3 meses	Número de No Deprimidos	14	9
	Número de Deprimidos	6	14

En la figura 8 se puede observar el porcentaje de recuperaciones en función del tiempo y del grupo.

Figura 8.

Porcentaje de participantes con puntuaciones en BDI-II superiores a 9.



2.3. AUTOCRÍTICA: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en Autocrítica y Autotranquilizar

2.3.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones

A continuación se presentan los datos descriptivos (tabla 17) para la medida de autocrítica FSCRS para cada uno de los grupos (grupo de participantes y grupo control) y en los tres momentos de medida.

Tabla 17.

Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para los factores HS, IS, RS del FSCRS.

Medida	Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)	Comparación de medias	Tamaño del efecto entre grupos d Cohen
	Media (Sd)	Media (Sd)	t(gl)= , p=	pp ^a /ps ^b
HS_FSCRS				
HS_Pre	4.6 (4.005)	5 (2.907)	t(41)=.38, p=.707	
HS_Post	3.35 (8.814)	5.04 (3.007)	t(41)=1.90, p=.065	
HS_Seg	3.45 (3.525)	4.73 (3.78)	t(41)=1.19, p=.241	
Cambio				0.526/0.232
IS_FSCRS				
IS_Pre	22.43 (7.916)	22.43 (7.415)	t(41)=.015, p=.988	
IS_Post	16.25 (7.859)	20.65 (6.463)	t(41)=2.02, p=.050	
IS_Seg	14.15 (8.125)	20.13 (5.646)	t(41)= 2.56, p=.014	
Cambio				0.563/0.661
RS_FSCRS				
RS_Pre	16.1 (5.64)	13.26 (4.43)	t(41)=1.85, p=.072	
RS_Post	21.25 (5.3)	13.65 (6.027)	t(41)=4.09, p<.001	
RS_Seg	18.3 (6.027)	13.91 (6.72)	t(41)=2.24, p=.031	
Cambio				0.907/0.295

Nota. ^app= cambio post-pre; ^bps= cambio seg-pre

En la tabla 18 se ofrecen los datos de las correlaciones de las puntuaciones del grupo de participantes en el FSCRS en los tres momentos en que se tomaron las medidas (Pre, Post, Seguimiento a los 3 meses).

Tabla 18.

Correlación de las puntuaciones totales en los factores HS, IS y RS en cada tiempo de medida para el grupo de Participantes TFE (n=20).

	HS_Pre	HS_Post	HS_Seg	IS_Pre	IS_Post	IS_Seg	RS_Pre	RS_Post
HS_Pre								
HS_Post	.550(*)							
HS_Seg	.544(*)	.712(**)						
IS_Pre	.697(**)	.442	.428					
IS_Post	-.023	.467(*)	.529(*)	.293				
IS_Seg	.301	.368	.762(**)	.273	.584(**)			
RS_Pre	-.545(*)	-.383	-.344	-.328	-.067	-.109		
RS_Post	-.436	-.803(**)	-.651(**)	-.368	-.629(**)	-.478(*)	.486(*)	
RS_Seg	-.464(*)	-.549(*)	-.764(**)	-.222	-.458(*)	-.587(**)	.627(**)	.708(**)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

2.3.2. Cambios en las puntuaciones autocrítica (Yo odiado, HS y Yo inadecuado, IS) y Autotranquilizar (RS)

Se realizó un análisis multivariado de Varianza, MANOVA, con los tres factores de la escala de autocrítica como variable dependiente combinada (los dos factores de autocrítica, HS e IS, y el factor autotranquilizar, RS). Como variables independientes se vuelve a emplear el tratamiento (TFE y grupo control) y el tiempo (medidas pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a los 3 meses). El resultado de este MANOVA no refleja un efecto estadísticamente significativo de la interacción *tratamiento x tiempo* ($\lambda=.72$, $F(6,36)=2.33$, $p=.052$, $\mu^2_{par}=.28$).

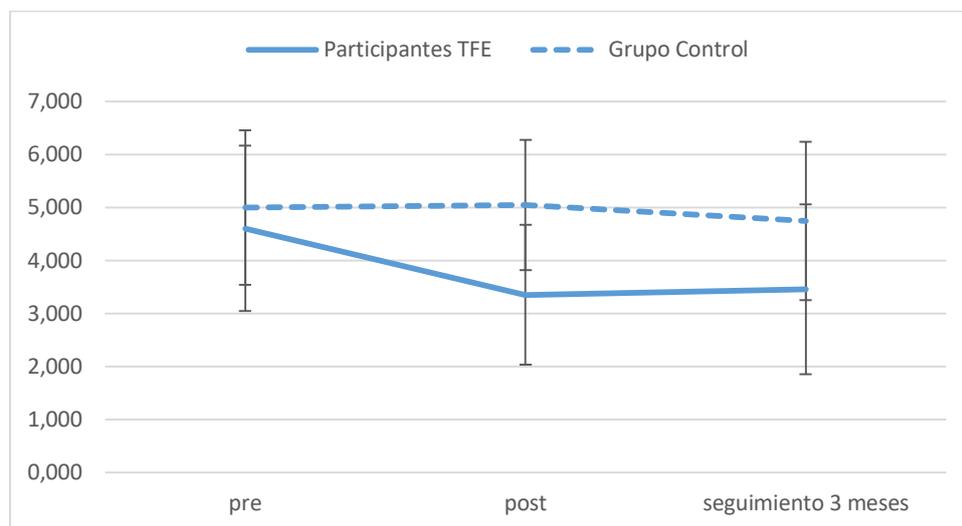
Sin embargo, nuestro objetivo tenía la pretensión de profundizar en la forma que han actuado los diferentes factores de la escala a lo largo del tratamiento, para ello hemos realizado un ANOVA de cada uno de los factores. Así, en el caso de la autocrítica HS tampoco se encuentra un efecto estadísticamente significativo ($p<.05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(1.9,76)=.820$, $p=.444$, $\mu^2_{par}=.020$).

En la figura 9 se puede apreciar que, a pesar de que no haya un cambio significativo, las puntuaciones medias de los participantes reflejan una leve disminución en el grupo de participantes TFE entre los periodos de las medidas PRE tratamiento y POST tratamiento, pero no se mantiene la tendencia de mejora en el seguimiento

Cuando se realiza las comparaciones posteriores, tampoco se observan resultados significativos el análisis del periodo pre-post ($F(1,41)=1.76$, $p=0.192$, $\mu^2_{\text{par}}=.041$) o el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1,41)=0.58$, $p=.450$, $\mu^2_{\text{par}}=.014$).

Figura 9.

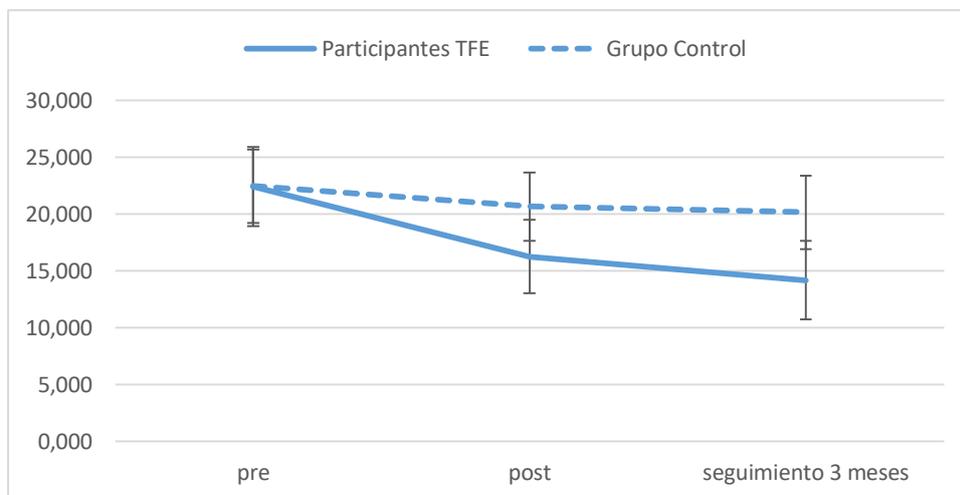
Medias en Yo odiado (HS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



Por el contrario, la autocrítica IS (figura 10) sí muestra un efecto estadísticamente significativo en la interacción *tratamiento x tiempo*, contemplando de manera conjunta los tres momentos temporales ($F(1.8,74)=3.28$, $p=.048$, $\mu^2_{\text{par}}=.074$). No obstante, cabe destacar que cuando realizamos la comparación en cada tiempo, el resultado del ANOVA no es significativo entre el momento pre y el momento post ($F(1,41)=3.42$, $p=0.072$, $\mu^2_{\text{par}}=.077$). Sin embargo, sí encontramos resultados significativos de la interacción *tratamiento x tiempo* entre el pre-seguimiento ($F(1,41)=4.73$, $p=.035$, $\mu^2_{\text{par}}=.103$), obteniendo un efecto del tratamiento a los 3 meses de seguimiento.

Figura 10.

Medias en Yo Inadecuado (IS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

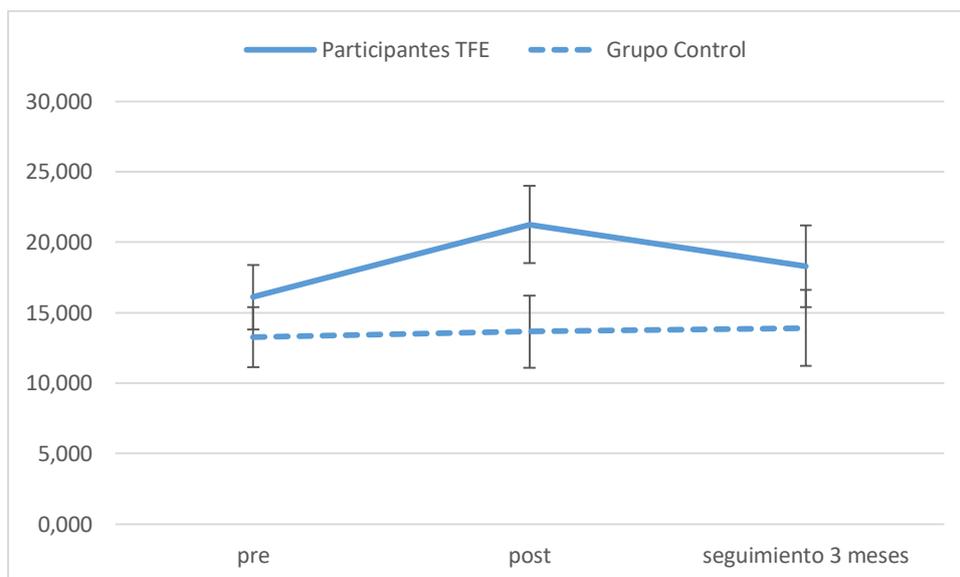


Por otro lado, el análisis de la capacidad de autotranquilizar (RS) también ha mostrado un efecto estadísticamente significativo en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(2,81.9)=4.54$, $p=.013$, $\mu^2_{\text{par}}=.100$) (ver figura 11).

Sin embargo, el cambio de las puntuaciones que encontramos estadísticamente significativo ($p<.05$) entre el periodo pre-post ($F(1,41)=8.90$, $p=.005$, $\mu^2_{\text{par}}=.178$), no se mantiene entre el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1,41)=.940$, $p=.338$, $\mu^2_{\text{par}}=.022$).

Figura 11.

Medias en Autotranquilizar (RS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



2.3.3. Tamaño del efecto

El tamaño del efecto para muestras emparejadas a lo largo del tiempo en el grupo de los participantes TFE ha revelado los valores que se ofrecen en la tabla 19.

Tabla 19.

Tamaño del efecto para HS, IS y RS en el grupo de participantes.

Medida	D (95%)	IC inf	IC sup
HS Pre Post	0.35673825	-0.0886601	0.8021366
HS Pre Seg	0.35673065	-0.0910994	0.8045607
IS Pre Post	0.7751272	0.1982256	1.3520288
IS Pre Seg	1.02243235	0.4015037	1.643361
RS Pre Post	0.9324697	-1.4673486	-0.3975908
RS Pre Seg	0.37243645	-0.7699103	0.0250374

2.3.4. Proporción de participantes recuperados en cada condición en Yo odiado (HS) y Yo inadecuado (IS) (Participantes TFE vs. Grupo Control)

Usamos como punto de corte para establecer el criterio de recuperación en HS e IS las puntuaciones superiores a una desviación típica por encima de la media del estudio 1 (validación de la escala de autocrítica). En este caso, para IS = 19.03, y para HS = 4.93.

Como se puede observar en la tabla 20, el factor HS cuanta con 9 personas (55%) por encima del punto de corte y 11 personas (45%) por debajo. Posteriormente, las medias tomadas en el momento Post muestran una mejoría para 3 participantes, por lo que el grupo que recibe tratamiento presenta una proporción de 14 personas (70%) por debajo del punto de corte al finalizar el tratamiento.

Por el contrario, el grupo control presenta al inicio de la intervención un total de 10 personas (43.47%) por encima del punto de corte y 13 personas (56.52%) por debajo de dicho punto pero no se detectan cambios al finalizar el tratamiento. Es decir, en el momento Post el grupo control continúa contando con 10 personas (43.47%) por encima del punto de corte y 13 personas (56.52%) por debajo. Por tanto, no hay recuperaciones.

En cuanto a la proporción de recuperados entre el tiempo Pre y el Seguimiento de 3 meses, encontramos que persiste la misma proporción que en el momento Post, tanto en el grupo control y el grupo de participantes de TFE. Esto quiere decir que el grupo de

participantes TFE cuenta con 14 personas por debajo del punto de corte (70%) en el seguimiento frente a las 11 (45%) personas del momento Pre. Por otro lado, el grupo control presenta la misma cantidad de participantes en el tiempo de seguimiento a los 3 meses que en el momento Pre, es decir, 10 personas (43.47%) por encima del punto de corte y 13 personas (56.52%) por debajo.

Tabla 20.

Número de participantes según las puntuaciones en HS e IS.

			TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)
HS	Pre	Número de participantes por debajo del punto de corte	11	13
		Número de personas con HS por encima del punto de corte	9	10
	Post	Número de participantes por debajo del punto de corte	14	13
		Número de personas con HS por encima del punto de corte	6	10
	Seguimiento 3 meses	Número de participantes por debajo del punto de corte	14	13
		Número de personas con HS por encima del punto de corte	6	10
IS	Pre	Número de participantes por debajo del punto de corte	6	6
		Número de personas con IS por encima del punto de corte	14	17
	Post	Número de participantes por debajo del punto de corte	12	7
		Número de personas con IS por encima del punto de corte	7	16
	Seguimiento 3 meses	Número de participantes por debajo del punto de corte	16	10
		Número de personas con IS por encima del punto de corte	4	13

En cuanto al factor Yo Inadecuado encontramos que en el momento Pre el grupo de Participantes TFE cuenta con un total de 14 (70%) personas por encima del punto de corte frente a 6 (30%) personas por debajo del punto de corte. Posteriormente, en la medida Post el grupo TFE disminuye el número de personas por encima del punto de corte a 7 (40%), con un total de 12 (60%) por debajo del punto de corte.

Por su parte, el grupo control cuenta con 17 (73.9%) participantes por encima del punto de corte y 6 (26.08%) por debajo del punto de corte en el momento Pre, mostrando una persona mejoría en el grupo control en el tiempo de medida Post, por lo que cuenta con 16 (69.56%) participantes por encima del punto de corte y 7 (30.43%) por debajo el punto de corte.

Finalmente, en la medida de seguimiento a los 3 meses encontramos que el grupo TFE presenta una mejoría frente al momento Pre en el grupo de participantes. Concretamente, encontramos que un total de 10 personas mejoran en este intervalo de tiempo. De esta manera, en el momento Pre hay 14 personas (70%) por encima del punto de corte y en el seguimiento solo hay 4 personas (20%) por encima del punto de corte y 16 (80%) por debajo. También encontramos una disminución en el número de personas que superan el punto de corte en el grupo control, pasando de 17 (73.9%) personas que superaban el punto de corte a 13 (56.52%) personas.

En las figuras 12 y 13 se muestra el porcentaje de recuperaciones, en cada grupo de participantes, para ambos factores (HS e IS).

Figura 12.

Porcentaje de participantes con puntuaciones en HS superiores a 4.93.

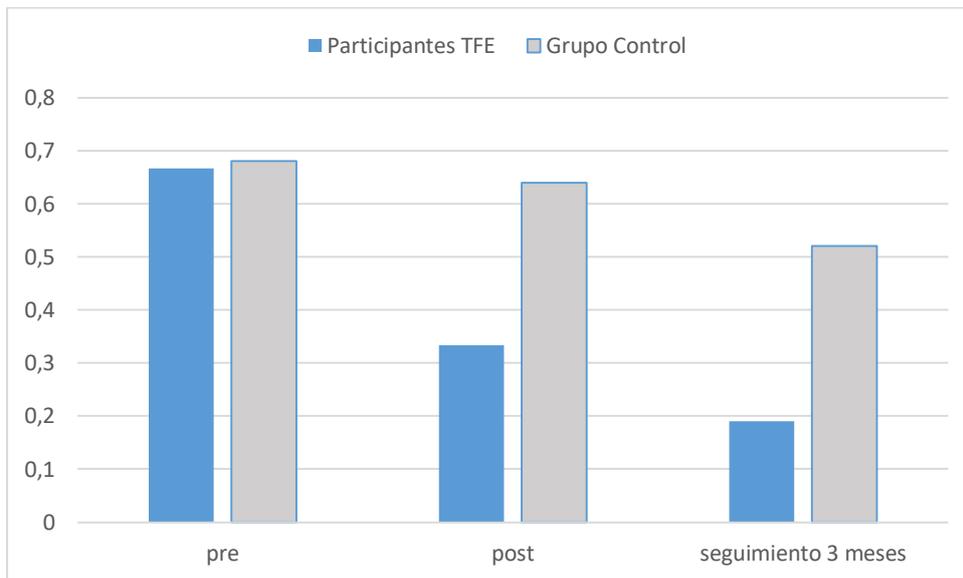
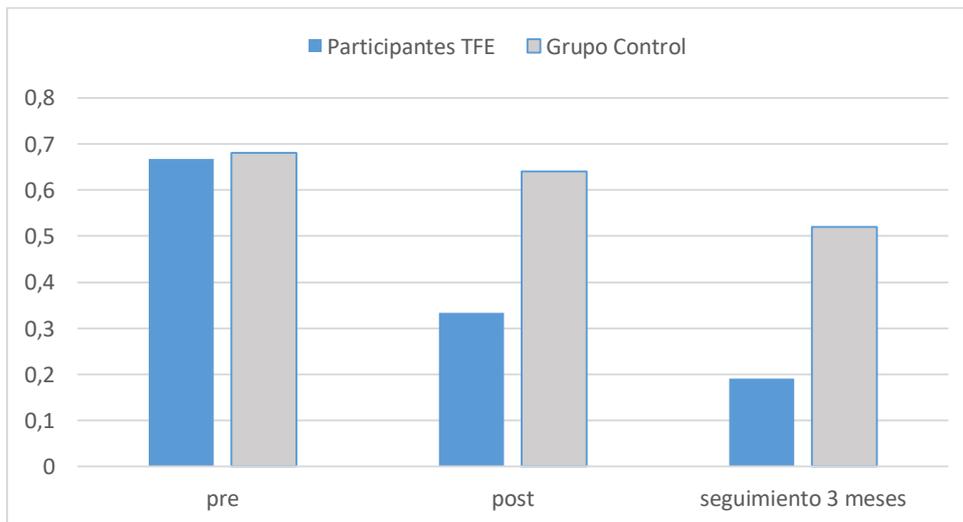


Figura 13.

Porcentaje de participantes con puntuaciones en IS superiores a 19.03.



2.4. MALESTAR PSICOLÓGICO: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en el malestar psicológico

2.4.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones

En la tabla 21 se muestra la media de las puntuaciones de cada uno de los dos grupos en cada uno de los tiempos.

Tabla 21.

Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para la medida CORE.

Medida	Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)	Comparación de medias	Tamaño del efecto entre grupos d Cohen
	Media (Sd)	Media (Sd)	t(gl)= , p=	pp ^a /ps ^b
CORE Total				
CORE_Pre	1.36 (0.495)	1.83 (0.358)	t(41)= 3.58, p=.001	
CORE_Post	0.8 (0.469)	1.75 (0.38)	t(41)=6.52, p<.001	
CORE_Seg	1.5 (0.411)	1.79 (0.477)	t(41)=2.09, p=.043	
Cambio				0.901/ 0.6

Nota. ^a pp= cambio post-pre; ^b ps= cambio seg-pre

Seguidamente se muestran los resultados de las correlaciones de las puntuaciones CORE según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	CORE_Pre	CORE_Post
CORE_Pre		
CORE_Post	.447 ^(*)	
CORE_Seg	.559 ^(*)	.637 ^(**)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

2.4.2. Cambios en las puntuaciones de malestar psicológico: indicador global (CORE Total).

Los resultados de la sintomatología general también fueron evaluados a través de un análisis ANOVA. Una vez que hallamos la puntuación total CORE, la empleamos como variable dependiente y el tratamiento (TFE y grupo control) y momento de la intervención (Pre, Post y Seg) como variables independientes. El análisis reveló un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) de la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(1.9, 6.58) = 11.107$, $p = .000$, $\mu^2_{par} = .213$).

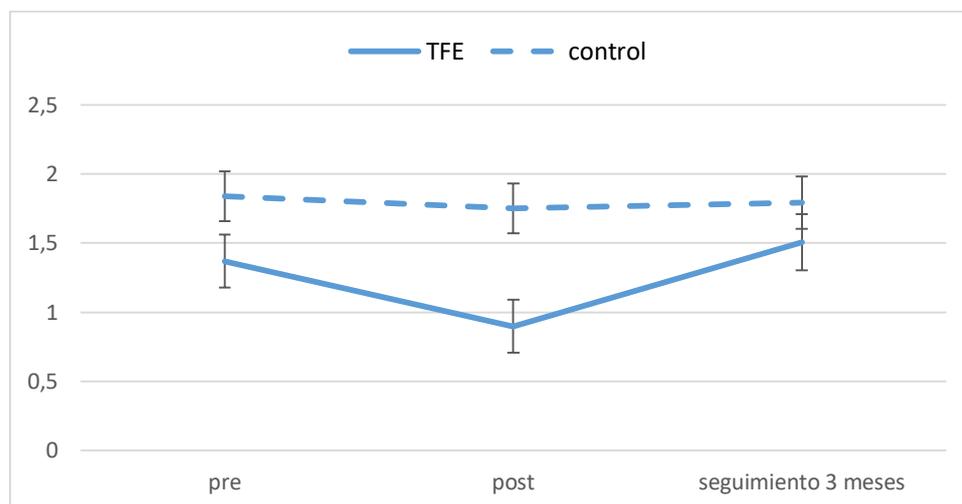
Los análisis posteriores realizados con el fin de distinguir en qué tiempo de la intervención tiene lugar el cambio estadísticamente significativo en las puntuaciones de sintomatología general reflejan que el intervalo de tiempo pre-post ofrece un resultado significativo ($F(.791, 3.795) = .791$, $p = .006$, $\mu^2_{par} = .172$).

Sin embargo, no encontramos un efecto estadísticamente significativo de la intervención en el seguimiento. Es decir, el ANOVA del periodo pre-seguimiento de 3 meses no es estadísticamente significativo ($F(.175, 3.525) = 2.032$, $p = .162$, $\mu^2_{par} = .047$).

En la Figura 14 se puede observar las medias del grupo de participantes TFE y el grupo control en cada uno de los tiempos.

Figura 14.

Medias en las puntuaciones de sintomatología general (CORE) según el grupo y momento de intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



Si observamos la figura 14, podemos apreciar una distancia entre las medias y sus intervalos de confianza que permite intuir que ambos grupos presentan una diferencia de medias estadísticamente significativa. Por ello, realizamos una T de Student para muestras independientes ($t(41)=-3.575$, $p<.05$) que confirma dicha diferencia de medias en el momento inicial, apuntando que las personas del grupo control presentan un mayor nivel de sintomatología general ($M=1.837$, $SE=.358$) que los participantes TFE ($M=1.369$, $SE=.495$).

2.4.3. Tamaño del efecto

El análisis del CORE (tabla 22) muestra un tamaño del efecto para muestras emparejadas a lo largo del tiempo en el grupo de los participantes TFE con los siguientes valores:

Tabla 22.

Tamaño del efecto CORE-OM para muestras emparejadas en el grupo de participantes TFE.

Medidas	D (95%)	IC inf	IC sup
CORE total Pre Post	1.153038	0.6106712	1.6954048
CORE total Pre Seg	-0.3039196	-0.731139	0.1232998

2.4.4. Proporción recuperados en cada condición en cada condición en sintomatología general (CORE Total) (Participantes TFE vs. Grupo Control)

El CORE-OM presenta dos categorías de puntuaciones (Trujillo et al., 2016). Por un lado, aquellas personas que presentan una puntuación total en el CORE total menor que 10 se les considera con puntuaciones "no clínicas" clínica, mientras que se consideran puntuaciones clínicas cuando la puntuación total del CORE es superior o igual a 10 puntos.

Además, Trujillo et al. (2016) indican que el cambio tiene lugar cuando hay un cambio de lo clínico a lo no clínico y para que el cambio sea más fiable es preciso que la puntuación baje en 5 puntos (incluso dentro de la categoría de lo no clínico) debido a que conlleva un cambio en el nivel de gravedad a excepción del nivel severo (por ejemplo, 31-5=26, sigue siendo severo). Los puntos de corte son los siguientes:

0-10: diferencia entre población clínica y no clínica.

0-5: categoría saludable.

5-10: categoría leve (dentro de lo no clínico).

10-15: medio

15-20: moderado

20-25: moderado a severo

25: severo.

Como se puede observar en la tabla 23, el cambio en las puntuaciones en el periodo comprendido entre el tiempo Pre y el Post nos refleja unos datos que señalan que 9 personas del grupo de Participantes TFE presentan una disminución en sus puntuaciones de más de 5 puntos. Además, de estas 9 personas, 7 logran bajar sus puntuaciones del punto de corte que indica lo clínico a un puntuación dentro de lo no clínico. Esto quiere decir, que un 45% de los participantes que reciben tratamiento TFE logran una mejoría relevante (disminución de más de 5 puntos en el CORE) y la mejora que reciben el 35% redunda en un cambio de lo clínico a lo no clínico.

Por otra parte, el grupo control sólo refleja una mejoría de más de 5 puntos en 2 personas del grupo control, aunque ambas permanecen dentro de los criterios clínicos (\geq 10 puntos en el CORE). Esto quiere decir que un 8.7% de los participantes del grupo

control han tenido una mejora relevante (de más de 5 puntos en CORE), pero un 0% del grupo control han cambiado más de 5 puntos pasando de situación clínica a sub-clínica.

Con respecto a las medidas tomadas de CORE al cabo de 3 meses de terminar el tratamiento (seguimiento) cabe señalar que de forma inesperada, tan solo una persona (5%) del grupo de participantes TFE presenta una mejoría de 5 puntos en el Seguimiento respecto al momento Pre. Además, esta persona alcanza niveles clínicos (puntuación CORE = 16.64), por lo que nadie ha pasado de manera relevante (es decir, un cambio de más de 5 puntos) de la situación clínica a una no clínica 3 meses después de acabar el tratamiento.

Curiosamente, en el grupo control, un total de 5 personas han bajado 5 puntos en el Seguimiento respecto al momento Pre (21.7%). Pero sólo 1 persona del grupo control (4%) ha pasado a puntuaciones no clínicas en el momento seguimiento al tiempo que ha reducido en más de 5 puntos (puntuación CORE=6.43).

Tabla 23.

Puntuaciones totales en cada momento del tratamiento. Cambio realizado en los periodos pre-post (ch_pp) y pre-seguimiento 3 meses (ch_preseg).

Grupo	ch_pp	ch_preseg	CORE_Pre	CORE_Post	CORE_Seg	
Control	6.07	5.36	21.07	15	15.71	
	-0.36	0.35	18.21	18.57	17.86	
	0.72	-3.21	19.29	18.57	22.5	
	-0.72	5.35	19.64	20.36	14.29	
	-2.5	-1.43	22.14	24.64	23.57	
	2.5	7.14	13.57	11.07	6.43	
	-1.79	0.36	11.07	12.86	10.71	
	1.79	-1.78	20.36	18.57	22.14	
	-5.72	-3.22	16.07	21.79	19.29	
	3.93	1.79	17.5	13.57	15.71	
	-1.42	-0.71	16.79	18.21	17.5	
	-0.71	-4.64	16.43	17.14	21.07	
	7.14	5.36	21.43	14.29	16.07	
	2.14	-0.36	17.5	15.36	17.86	
	-2.5	-2.15	19.64	22.14	21.79	
	6.07	10.36	25	18.93	14.64	
	-6.07	-1.07	13.57	19.64	14.64	
	1.43	-2.86	20	18.57	22.86	
	3.21	0	12.5	9.29	12.5	
	5	4.29	21.43	16.43	17.14	
	1.79	-3.21	22.86	21.07	26.07	
	1.07	-1.79	15	13.93	16.79	
	-1.07	-3.57	21.43	22.5	25	
	Participantes TFE	-1.07	-2.14	11.43	12.5	13.57
		0.36	-3.93	7.5	7.14	11.43
0.36		-7.5	15.36	15	22.86	
7.14		-3.21	8.93	1.79	12.14	
8.92		1.07	13.21	4.29	12.14	
-3.93		-4.64	8.57	12.5	13.21	
4.29		-1.78	11.43	7.14	13.21	
7.14		-1.08	23.21	16.07	24.29	
2.14		-7.86	6.43	4.29	14.29	
15.72		8.22	22.86	7.14	14.64	
9.29		3.57	17.86	8.57	14.29	
8.21		1.07	12.14	3.93	11.07	
3.57		1.79	18.93	15.36	17.14	
7.86		0.36	12.86	5	12.5	
3.93		1.78	13.57	9.64	11.79	
8.93		-1.79	9.64	0.71	11.43	
-1.79		-11.07	10	11.79	21.07	
2.86		1.43	16.07	13.21	14.64	
-1.07		-0.71	12.86	13.93	13.57	
11.43		-0.72	21.07	9.64	21.79	

Cambio >5 puntos PrePost
 Cambio >5 puntos PreSeg
 Puntuación ≥10 tiempo PRE
 Puntuación ≥10 tiempo POST
 Puntuación ≥10 en Seguimiento

En resumen (tabla 24), el grupo control presenta un total de 15 personas (75%) por encima del punto de corte clínico frente a los 23 (100%) del grupo control. Después del tratamiento, se encuentra una mejoría que asciende a 13 participantes (65%) en el grupo de participantes TFE, mientras que en el grupo control tan solo mejora una persona (5%).

Finalmente, en el seguimiento encontramos que en el grupo de participantes TFE todas las personas vuelven a estar por encima del criterio clínico. Por otra parte, en el grupo control, la proporción se mantiene igual en el seguimiento a los 3 meses que en el tiempo postratamiento, es decir, una persona por debajo del punto de corte clínico (5%).

Tabla 24.

Proporción de recuperaciones por debajo de lo clínico en el CORE-OM según el tiempo de medida.

		Participantes TFE (n=20)	Grupo control (n=23)
Pre	Número de participantes por debajo del punto de corte	5 (5%)	0 (0%)
	Número de personas con HS por encima del punto de corte	15 (75%)	23 (100%)
Post	Número de participantes por debajo del punto de corte	13 (65%)	1 (5%)
	Número de personas con HS por encima del punto de corte	7 (35 %)	22 (95%)
Seguimiento 3 meses	Número de participantes por debajo del punto de corte	0 (0%)	1 (5%)
	Número de personas con HS por encima del punto de corte	20 (100%)	22 (95%)

2.5. AUTOCOMPASIÓN: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en Autocompasión

2.5.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones

En la tabla 25 se muestran los datos descriptivos para la medida de Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness del SCS según el grupo (grupo de participantes y grupo control) y el momentos de medida (Pre, Post y Seg).

Tabla 25.

Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para los factores Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness del SCS.

Medida	Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)	Comparación de medias	Tamaño del efecto entre grupos d Cohen
	Media (Sd)	Media (Sd)	t(gl)= , p=	pp^a/ps^b
Autocompasión_SCS				
Autocompasión_Pre	2.41 (0.729)	2.27 (0.617)	t(41)=.663, p=.611	
Autocompasión_Post	3.08 (0.926)	2.36 (0.591)	t(31.5)=2.97, p=.006	
Aautocompasión_Seg	3.06 (0.891)	2.42 (0.569)	t(31.5)=2.75, p=.010	
Cambio				0.356/0.729
Humanidad Común_SCS				
HumComún_Pre	2.46 (0.696)	2.53 (0.586)	t(41)= .39, p=.701	
HumComún_Post	3.05 (0.857)	2.69 (0.534)	t(30.9)=1.62, p=.115	
HumComún_Seg	3.2 (0.966)	2.69 (0.534)	t(30.4)=2.03, p=.051	
Cambio				0.744/0.833
Mindfulness_SCS				
Mindfulness_Pre	2.58 (0.766)	2.44 (0.596)	t(41)=.651, p=.518	
Mindfulness_Post	3.08 (0.7)	2.52 (0.539)	t(41)=2.96, p=.005	
Mindfulness_Seg	3.26 (0.891)	2.48 (0.524)	t(41)=3.55, p=.001	
Cambio				-0.584/0.918

Nota. ^app= cambio post-pre; ^bps= cambio seg-pre

En la tabla 26 se pueden encontrar los datos de las correlaciones de las puntuaciones del grupo de participantes TFE en cada una de los factores de la escala SCS en los momentos Pre, Post, Seguimiento a los 3 meses.

Tabla 26.

Correlaciones de los factores Autocompasión (AUTOC), Humanidad Común (HComun) y Mindfulness (Mindf) para el grupo de participantes (n=20).

	Autoc_ Pre	Autoc_ Post	Autoc_ Seg	HComun_ Pre	HComun_ Post	HComun_ Seg	Mindf_ Pre	Mindf_ POST
Autoc_Pre								
Autoc_Post	.495 ^(*)							
Autoc_Seg	.422	.752 ^(**)						
HComun_Pre	.790 ^(**)	.647 ^(**)	.482 ^(*)					
HComun_Post	.382	.884 ^(**)	.660 ^(**)	.643 ^(**)				
HComun_Seg	.303	.729 ^(**)	.859 ^(**)	.548 ^(*)	.737 ^(**)			
Mindf_Pre	.741 ^(**)	.700 ^(**)	.481 ^(*)	.824 ^(**)	.665 ^(**)	.433		
Mindf_Post	.248	.869 ^(**)	.588 ^(**)	.553 ^(*)	.823 ^(**)	.584 ^(**)	.709 ^(**)	
Mindf_Seg	.167	.701 ^(**)	.741 ^(**)	.397	.691 ^(**)	.737 ^(**)	.426	.695 ^(**)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

2.5.2. Cambio en las puntuaciones en Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness

Para el análisis de esta escala también se realizó un análisis multivariado de varianza, MANOVA, con autocompasión como variable dependiente combinada (autocompasión, humanidad común y mindfulness) mientras el tratamiento y el tiempo se emplean nuevamente como variables independiente. El resultado de este MANOVA no refleja un efecto estadísticamente significativo de la interacción *tratamiento x tiempo* ($\lambda=.781$, $F(6,36)=2.335$, $p=.052$, $\mu^2_{\text{par}}=.28$).

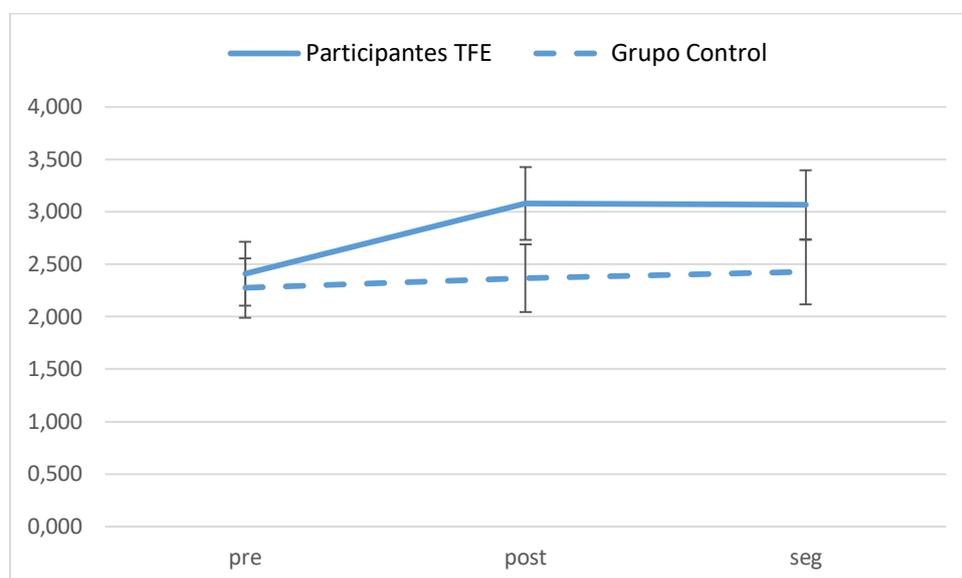
El análisis de los resultados (ANOVA) sí ofreció cambios estadísticamente significativos para cada uno de los tres factores que mide la escala SCS.

De esta forma, el factor Autocompasión obtienen un valor $F(1,8,77)=5.22$, $p=.009$, $\mu^2_{\text{par}}=.113$, señalando la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos a lo largo del tiempo, indicando un efecto del tratamiento. En la figura 15 se puede apreciar las medias de cambio de las puntuaciones en este factor según el grupo y tiempo de tratamiento.

El análisis comparado también indica un ANOVA significativo en los dos periodos, es decir, del pre respecto al post ($F(1,41)=7.99$, $p=0.007$, $\mu^2_{\text{par}}=.163$) y del pre respecto al seguimiento ($F(1,41)=5.82$, $p=.020$, $\mu^2_{\text{par}}=.124$).

Figura 15.

Medias en puntuaciones de Autocompasión (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

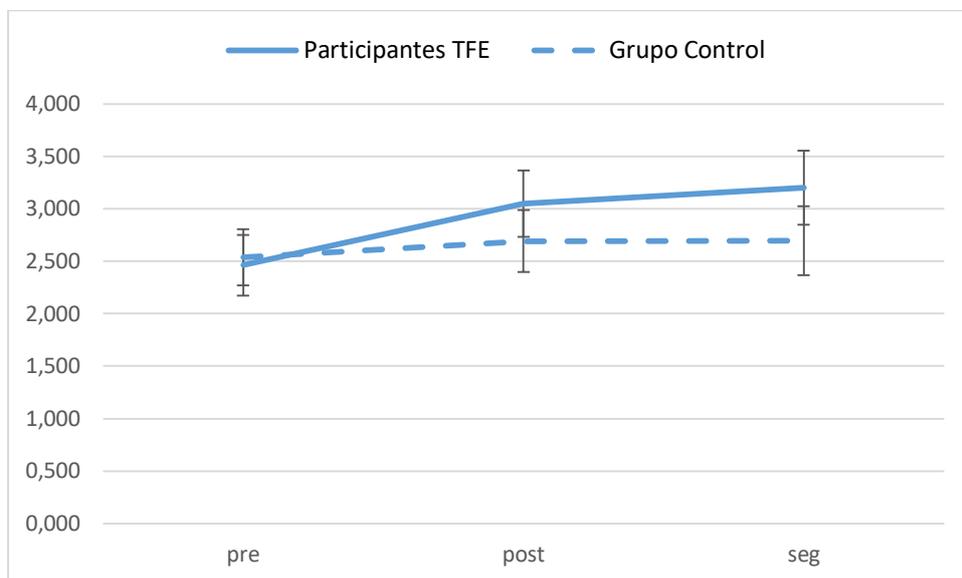


El ANOVA realizado en el factor Humanidad Común también refleja un cambio estadísticamente significativo a lo largo de las mediciones entre los grupos tratamiento y control ($F(1,9,76.6)=5.15$, $p= .009$, $\mu^2_{\text{par}}= .112$). En la figura 16 se puede observar las variaciones en las medias de cambio de las puntuaciones del factor Humanidad Común según el grupo y tiempo de tratamiento.

También en este factor encontramos que el ANOVA pre-post y pre-seguimiento 3 meses ofrecen resultados estadísticamente significativos, obteniendo de manera respectiva los siguientes valores: $F(1,41)=6.14$, $p= .017$, $\mu^2_{\text{par}}= .130$ y $F(1,41)=7.50$, $p= .009$, $\mu^2_{\text{par}}= .155$.

Figura 16.

Medias en puntuaciones de humanidad común (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

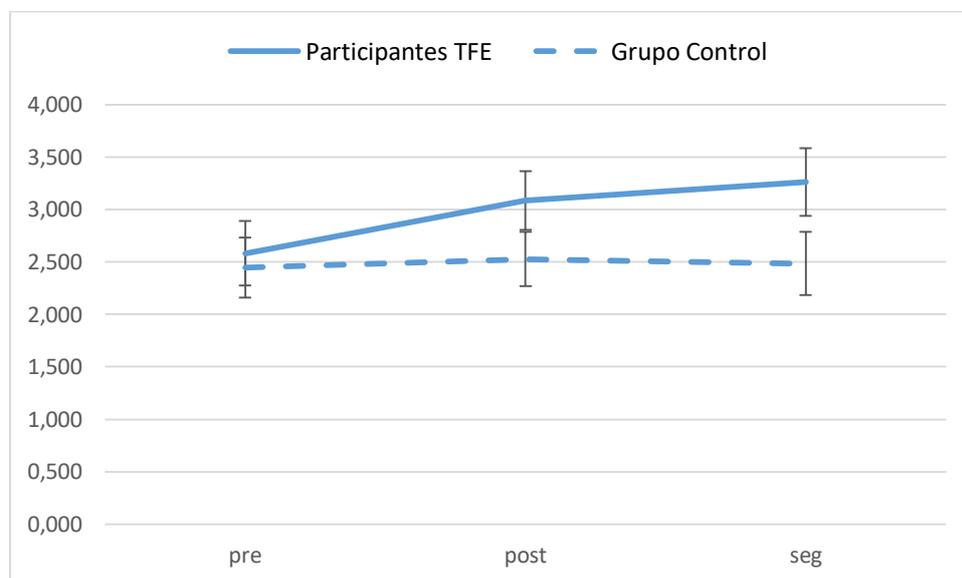


Finalmente, el último factor de esta escala, Mindfulness arroja unos resultado estadísticamente significativos en el estadístico ANOVA ($F(1,8, 72.3)= 6.29, p= .004, \mu^2_{\text{par}} = .133$). En la figura 17 se muestran las medias de cambio de las puntuaciones en Mindfulness en función del grupo y tiempo de tratamiento.

Los resultados de los análisis posteriores también ofrecieron datos estadísticamente significativos, tanto entre el periodo pre-post ($F(1,41)=6.92, p= .012, \mu^2_{\text{par}} = .144$) como en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1,41)=8.94, p= .005, \mu^2_{\text{par}} = .179$).

Figura 17.

Medias en puntuaciones de mindfulness (SCS) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



2.5.3. Tamaño del efecto

Hemos analizado el tamaño del efecto para muestras emparejadas en el grupo de participantes TFE en el cuestionario SCS, que recoge los efectos a lo largo del tiempo (tabla 27).

Tabla 27.

Tamaño del efecto para el grupo de participantes en los factores del SCS.

Medidas	D (95%)	IC inf	IC sup
Autocompasión Pre Post	0.9701439	-1.5823599	-0.3579279
Autocompasión Pre Seg	0.97482415	-1.5979825	-0.3516658
HumanidadComún Pre Post	0.7486685	-1.1951434	-0.3021936
HumanidadComún Pre Seg	0.87080235	-1.3821651	-0.3594396
Mindfulness Pre Post	0.67507505	-1.0740516	-0.2760985
Mindfulness Pre Seg	0.81016475	-1.3478888	-0.2724407

2.6. PROBLEMAS INTERPERSONALES: Eficacia en el tratamiento atendiendo a los cambios en los Problemas Interpersonales

2.6.1. Estadísticos descriptivos y correlaciones

En la tabla 28 se presentan los datos descriptivos (media y desviación típica) para cada factor en cada tiempo de medida y según el grupo de participantes (control y participantes TFE).

Tabla 28.

Medias, desviaciones típicas (Sd), comparación de medias y tamaño del efecto entre grupos para participantes TFE y grupo control para cada uno de los factores del IIP-32.

Medida	Participantes TFE (n=20)	Grupo Control (n=23)	Comparación de medias t(gl)= , p=	Tamaño del efecto entre grupos d Cohen pp ^a /ps ^b
	Media (Sd)	Media (Sd)		
Inhibido_IIP				
Inhibido_Pre	4.6 (4.121)	7.78 (3.907)	t(41)=2.60, p=.013	
Inhibido_Post	4.65 (4.591)	6.69 (3.746)	t(41)=1.61, p=.115	
Inhibido_Seg	4.2 (3.778)	6.91 (3.812)	t(41)=2.34, p=.024	
Cambio				0.374/0.132
Distante_IIP				
Distante_Pre	2.60 (3.185)	3.43 (3.665)	t(41)=.79, p=.433	
Distante_Post	1.45 (2.543)	3.21 (3.41)	t(41)=1.90, p=.064	
Distante_Seg	1.75 (2.425)	3.08 (2.794)	t(41)=1.66, p=.104	
Cambio				0.361/-0.272
No Asertivo_IIP				
No Asertivo_Pre	9.26 (3.859)	8.39 (3.664)	t(41)=.38, p=.705	
No Asertivo_Post	7.85 (4.556)	8.65 (3.485)	t(41)=.65, p=.517	
No Asertivo_Seg	7.85 (4.556)	8.65 (3.485)	t(41)=.65, p=.517	
Cambio				0.581/-0.581
Autocentrado_IIP				
Autocentrado_Pre	1.65 (2.033)	1.43 (1.949)	t(41)=.35, p=.725	
Autocentrado_Post	1.1 (1.618)	2.04 (2.93)	t(35)=1.33, p=.193	
Autocentrado_Seg	1.65 (2.455)	1.71 (1.79)	t(41)=.09, p=.927	
Cambio				0.487/-0.152
Dominante_IIP				
Dominante_Pre	3.3 (2.939)	3.08 (2.44)	t(41)=.26, p=.797	
Dominante_Post	2.80 (2.504)	3.26 (2.579)	t(41)=.59, p=.557	
Dominante_Seg	2.55 (2.502)	3 (2.96)	t(41)=.53, p=.597	
Cambio				0.355/-0.398
Autosacrificado_IIP				
Autosacrificado_Pre	10.75 (3.654)	9.6 (3.434)	t(41)=.46, p=.647	
Autosacrificado_Post	10.7 (3.57)	8.6 (4.075)	t(41)=.70, p=.486	
Autosacrificado_Seg	9.05 (3.153)	9.26 (3.595)	t(41)=.55, p=.584	
Cambio				0.324/-0.471
NoAutoafirmativo_IIP				
No Afirmativo_Pre	9.4 (3.69)	9 (3.434)	t(41)=1.06, p=.298	
No Afirmativo_Post	8.8 (3.791)	8.3 (3.482)	t(41)=1.78, p=.083	
No Afirmativo_Seg	8.05 (3.872)	7.56 (3.78)	t(41)=.20, p=.840	
Cambio				0.03/0.023
DemasiadoAbierto_IIP				
D. Abierto_Pre	6.35 (3.166)	5.91 (3.028)	t(41)=.34, p=.736	
D. Abierto_Post	6.6 (3.47)	5.86 (3.334)	t(41)=.45, p=.657	
D. Abierto_Seg	6.25 (2.935)	5.69 (3.56)	t(41)=.41, p=.681	
Cambio				0.117/0.042

Nota. ^a pp= cambio post-pre; ^b ps= cambio seg-pre

En las tablas 29 a 36 presentamos las correlaciones que se dan dentro de cada uno de los factores según el tiempo de medida para el cada uno de los participantes.

Tabla 29.

Tabla de correlaciones para el factor Inhibido según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Inhibido_Pre	Inhibido_Post
Inhibido_Pre		
Inhibido_Post	.768 ^(**)	
Inhibido_Seg	.462 ^(*)	.714 ^(**)

Tabla 30.

Tabla de correlaciones para el factor Distante según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Distante_Pre	Distante_Post
Distante_Pre		
Distante_Post	.348	
Distante_Seg	.852 ^(**)	.466 ^(**)

Tabla 31.

Tabla de correlaciones para el factor No Asertivo según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	No Asertivo_Pre	No Asertivo_Post
No Asertivo_Pre		
No Asertivo_Post	.800 ^(**)	
No Asertivo_Seg	.800 ^(**)	1.000 ^(**)

Tabla 32.

Tabla de correlaciones para el factor Autocentrado según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Autocentrado_Pre	Autocentrado_Post
Autocentrado_Pre		
Autocentrado_Post	.395	
Autocentrado_Seg	.712 ^(**)	.380

Tabla 33.

Tabla de correlaciones para el factor Dominante según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Dominante_Pre	Dominante_Post
Dominante_Pre		
Dominante_Post	.788 ^(**)	
Dominante_Seg	.806 ^(**)	.825 ^(**)

Tabla 34.

Tabla de correlaciones para el factor Autosacrificado según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Autosacrificado_Pre	Autosacrificado_Post
Autosacrificado_Pre		
Autosacrificado_Post	.619 ^(**)	
Autosacrificado_Seg	.481 ^(*)	.287

Tabla 35.

Tabla de correlaciones para el factor No Autoafirmativo según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	No Autoafirmativo_Pre	No Autoafirmativo_Post
No Autoafirmativo_Pre		
No Autoafirmativo_Post	.585 ^(**)	
No Autoafirmativo_Seg	.348	.635 ^(**)

Tabla 36.

Tabla de correlaciones para el factor Demasiado Abierto según el tiempo de medida para el grupo de participantes TFE (n=20).

	Demasiado Abierto_Pre	Demasiado Abierto_Post
Demasiado Abierto_Pre		
Demasiado Abierto_Post	.612 ^(**)	
Demasiado Abierto_Seg	.528 ^(*)	.661 ^(**)

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral) para todos los factores.

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral) para todos los factores.

2.6.2. Cambios en las puntuaciones en los factores del IIP-32

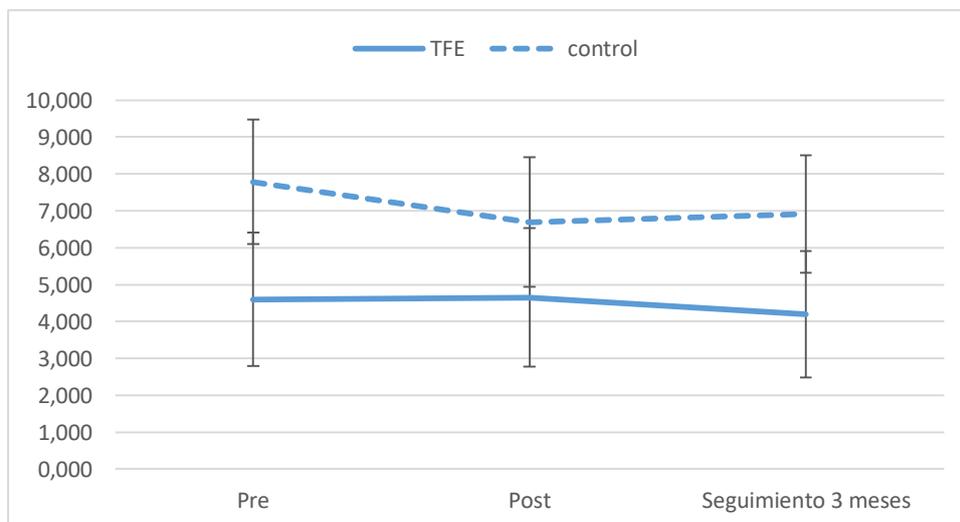
Los datos obtenidos en el cuestionario IIP-32 también se analizaron mediante un ANOVA para cada uno de los ocho factores que componen esta escala, que funcionaban como variables dependientes. Por otro lado, tanto el tratamiento (TFE y control) como el tiempo de medida se emplearon nuevamente como variables independientes.

Para el factor Inhibido no se ha encontrado un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(1.9,76)=.820$, $p=.444$, $\mu^2_{\text{par}}=.02$ $F(6.984, 383.016)=.748$, $p=.466$, $\mu^2_{\text{par}}=.018$). En la figura 18 se muestran las medias de las puntuaciones según el tiempo de intervención y el grupo.

Cuando se realiza las comparaciones posteriores, no hay cambios significativos el análisis del periodo pre-post ($F(6.914, 187.988)=1.513$, $p=.226$, $\mu^2_{\text{par}}=.036$) ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1.179, 243.704)=.198$, $p=.658$, $\mu^2_{\text{par}}=.005$).

Figura 18.

Medias en puntuaciones en la subescala de Inhibición (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

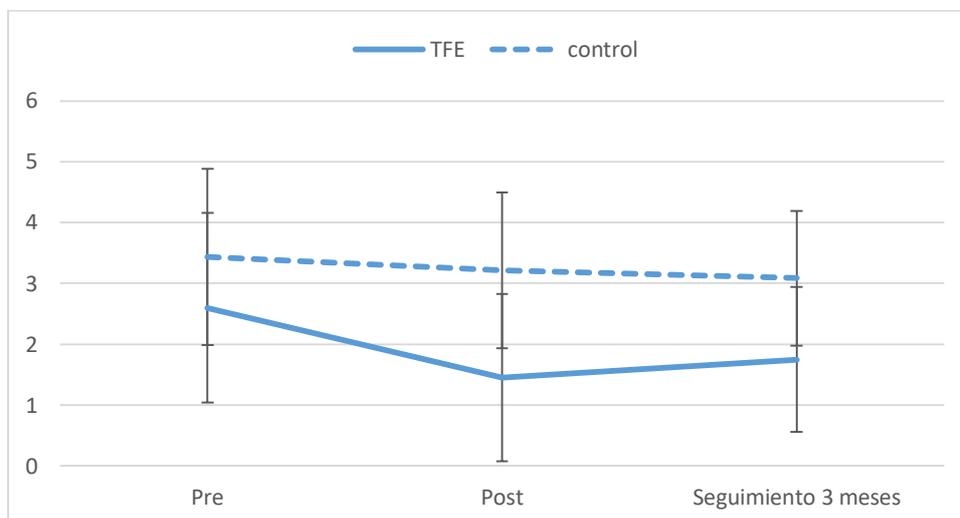


El factor Distante no muestra un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(4.661, 197.680) = .967, p = .374, \mu^2_{\text{par}} = .023$). En la figura 19 se muestran las medias de las puntuaciones según el tiempo de intervención y el grupo.

Cuando se realiza las comparaciones posteriores, tampoco se aprecian cambios significativos en el análisis del periodo pre-post ($F(4.652, 137.232) = 1.390, p = .245, \mu^2_{\text{par}} = .033$) ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1.349, 70.884) = .780, p = .382, \mu^2_{\text{par}} = .019$).

Figura 19.

Medias en puntuaciones en la subescala Distante (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

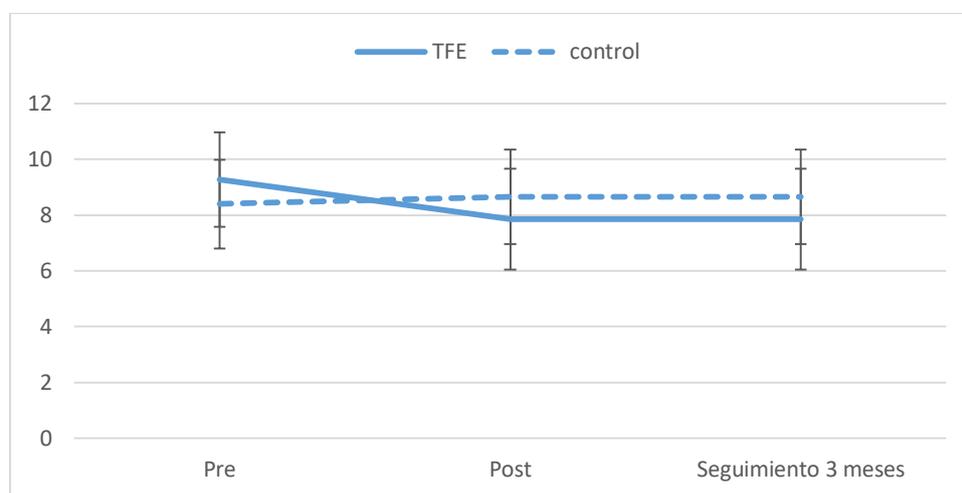


El factor No asertivo tampoco muestra un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(20.006, 223.369) = 3.683$, $p = .062$, $\mu^2_{par} = .082$). En la figura 20 se muestran las medias de las puntuaciones según el tiempo de intervención y el grupo.

Las comparaciones posteriores tampoco revelan cambios significativos en el análisis del periodo pre-post ($F(15.049, 167.527) = 3.683$, $p = .062$, $\mu^2_{par} = .082$) ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses, que ofrece resultados similares ($F(15.049, 167.527) = 3.683$, $p = .062$, $\mu^2_{par} = .082$).

Figura 20.

Medias en puntuaciones en la subescala No Asertivo (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

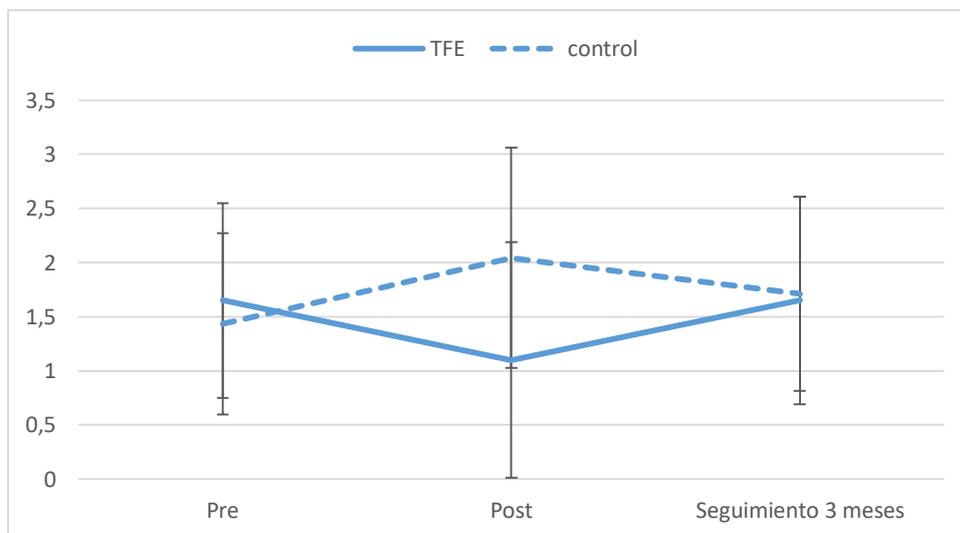


En cuanto al factor Autocentrado no arroja unos datos que reflejen un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(7.835, 175.684) = 1.282$, $p = .171$, $\mu^2_{par} = .043$). En la figura 21 se muestran las medias de las puntuaciones según el tiempo de intervención y el grupo.

Las comparaciones posteriores tampoco revelan cambios significativos en el análisis del periodo pre-post ($F(4.652, 132.232) = 1.390$, $p = .245$, $\mu^2_{par} = .033$) ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(1.349, 70.884) = .780$, $p = .382$, $\mu^2_{par} = .019$).

Figura 21.

Medias en puntuaciones en la subescala Autocentrado (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

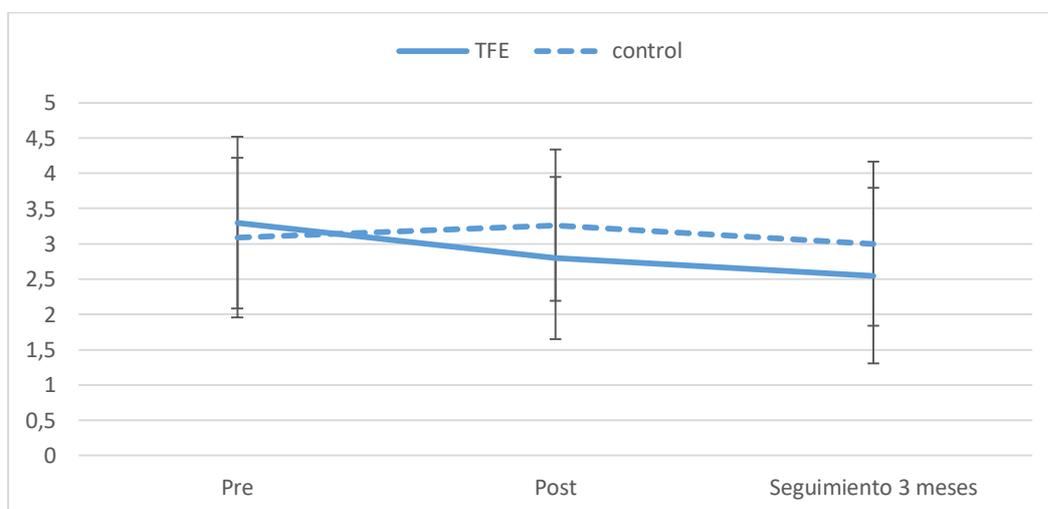


El factor Dominante no revela un efecto estadísticamente significativo ($p < .05$) en la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(3.188, 158.688) = .824, p = .441, \mu^2_{\text{par}} = .020$). En la figura 22 se muestran las medias de las puntuaciones según el tiempo de intervención y el grupo.

Las comparaciones posteriores tampoco revelan cambios significativos en el análisis del periodo pre-post ($F(2.429, 72.152) = 1.380, p = .247, \mu^2_{\text{par}} = .033$) ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(2.351, 89.788) = 1.074, p = .306, \mu^2_{\text{par}} = .026$).

Figura 22.

Medias en puntuaciones en la subescala Dominante (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

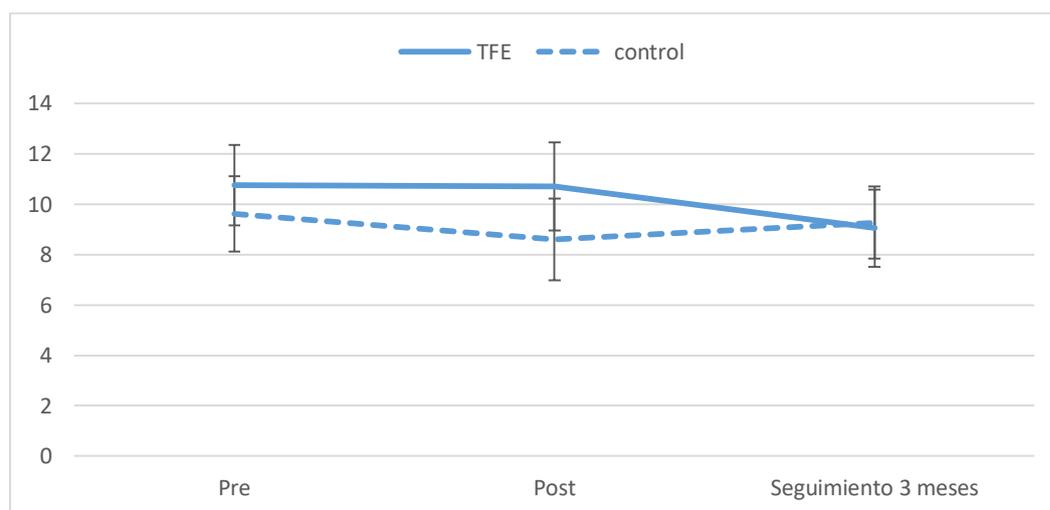


En el factor Autosacrificado, encontramos un efecto estadísticamente significativo para la interacción *tratamiento x tiempo* ($F(28.637, 355.378) = 3.304, p = .042, \mu^2_{par} = .075$). En la figura 23 se presentan las medias de las puntuaciones en los tres tiempos de medida para cada uno de los grupos de tratamiento

.Sin embargo, en los análisis posteriores, no se encuentra un efecto de interacción grupo de tratamiento x tiempo estadísticamente significativo para ninguno de los dos tiempos. Es decir, el ANOVA pre-post ofrece un resultado no significativo ($F(4.827, 174.475) = 1.134, p = .293, \mu^2_{par} = .027$), de la misma forma que el ANOVA pre-seguimiento a los 3 meses tampoco arroja un resultado significativo ($F(9.780, 166.709) = 2.405, p = .129, \mu^2_{par} = .055$).

Figura 23.

Medias en puntuaciones en la subescala Autosacrificado (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

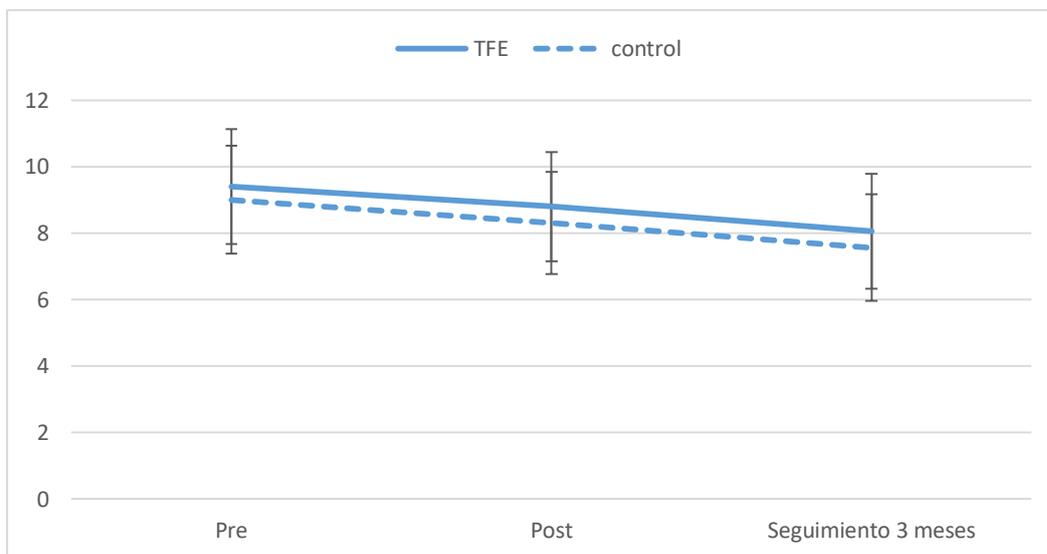


En lo referente al efecto *tratamiento x tiempo* en el factor No Autoafirmativo, tampoco se detecta un efecto significativo ($F(.059, 396.019) = .006, p = .992, \mu^2_{par} = .000$). En la figura 24, se puede apreciar las medias de las puntuaciones según el grupo y el tiempo de intervención.

Las comparaciones posteriores no han revelado un efecto significativo entre los grupos en ninguno de los tiempos de medida, es decir, ni en el periodo pre-post ($F(.049, 199.835) = .010, p = .921, \mu^2_{par} = .000$), ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(.038, 242.101) = .007, p = .936, \mu^2_{par} = .000$).

Figura 24.

Medias en puntuaciones en la subescala No Autoafirmativo (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.

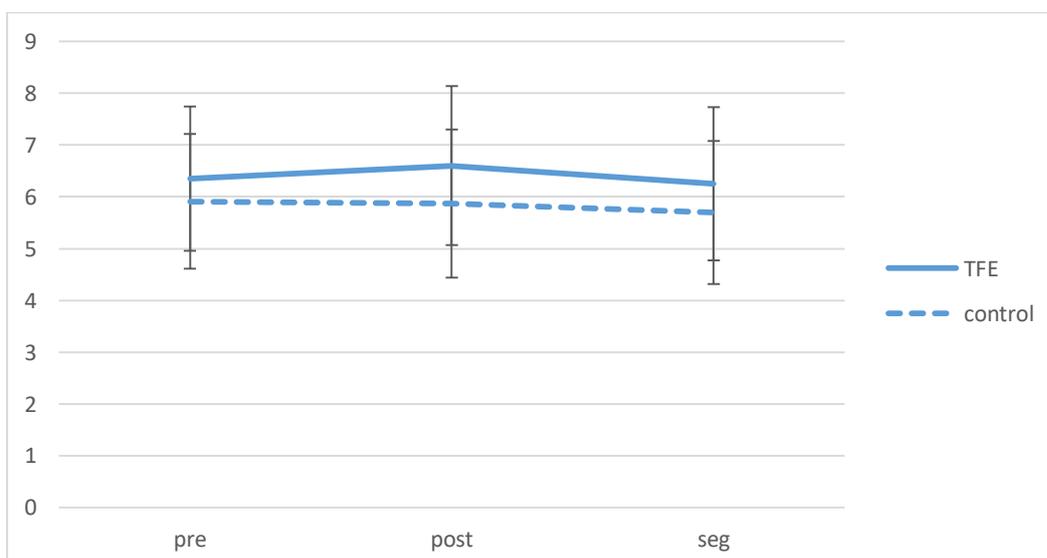


Finalmente, el último factor de las escala IIP-32, Demasiado Abierto, tampoco refleja un efecto *tratamiento x tiempo* significativo ($F(.467, 252.091) = .076, p = .914, \mu^2_{\text{par}} = .002$). En la figura 25, se puede apreciar que las variaciones en las medias según el grupo y el tiempo de intervención no expresan un cambio significativo.

Las comparaciones posteriores no reflejan un efecto significativo entre los grupos ni en el periodo pre-post ($F(.461, 125.353) = .151, p = .700, \mu^2_{\text{par}} = .004$), ni en el periodo pre-seguimiento 3 meses ($F(.074, 157.857) = .019, p = .891, \mu^2_{\text{par}} = .000$).

Figura 25.

Medias en puntuaciones en la subescala Demasiado Abierto (IIP-32) según el grupo y el momento de la intervención. Barras de error expresan el IC 95%.



2.6.3. Tamaño del efecto

El análisis del CORE muestra un tamaño del efecto para muestras emparejadas a lo largo del tiempo en el grupo de los participantes TFE con los siguientes valores que se muestran en la tabla 37.

Tabla 37.

Tamaño del efecto para muestras emparejadas para para los factores de la escala IIP-32 en el grupo de participantes TFE.

Medidas	D (95%)	IC inf	IC sup
Inhibido Pre Post	0.0113172	-0.3127138	0.2900794
Inhibido Pre Seg	0.099864	-0.3565923	0.5563203
Distante Pre Post	0.45907285	-0.0930693	1.011215
Distante Pre Seg	0.29680805	0.0181674	0.5754487
No asertivo Pre Post	0.3301247	0.0265761	0.6336733
No asertivo Pre Seg	0.3301247	0.0265761	0.6336733
Autocentrado Pre Post	0.29558765	-0.1995964	0.7907717
Autocentrado Pre Seg	0	-0.3397533	0.3397533
Dominante Pre Post	0.18083065	-0.1168735	0.4785348
Dominante Pre Seg	0.2715163	-0.0217848	0.5648174
Autosacrificado Pre Post	0.01366645	-0.3690138	0.3963467
Autosacrificado Pre Seg	0.4923351	0.0168279	0.9678423
No autoafirmativo Pre Post	0.4025841	0.2442565	0.5609117
No autoafirmativo Pre Seg	0.35259645	-0.0744366	0.7796295
Dem abierto Pre Post	0.0742879	-0.4623676	0.3137918
Dem abierto Pre Seg	0.03232495	-0.3942971	0.458947

2.7. ALIANZA TERAPÉUTICA: relación de la Alianza Terapéutica con los resultados en las variables BDI, HS, IS, RS, CORE, Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness

Las correlaciones de Pearson (tablas 38 y 39) realizadas entre las respuestas ofrecidas en el inventario WAI por parte de los participantes en las sesiones 3, 6 y 9, y los cambios en las puntuaciones entre los momentos Post-Pre y Seguimiento 3 meses-Pre informan de la relación existente entre los cambios en las medidas de resultados y la alianza informada por el paciente.

Así, encontramos que los cambios obtenidos de la medida PRE a la medida POST en BDI son asociados de manera significativa por la forma en que la tarea (WAI tareas) ayuda a generar cambios ($r=-.460$, $p<.05$) en la sesión 3. En cuanto, al seguimiento

realizado a los 3 meses de finalizar el tratamiento, encontramos que los cambios en BDI son asociados a las respuestas ofrecidas en la variable tareas en la sesión 3 ($r=-.663$, $p<.01$) y la sesión 9 ($r=-.504$, $p<.05$). También hay correlaciones entre BDI y WAI vínculo en las tres sesiones en las que se tomó medida. De esta forma el WAI vínculo en la sesión 3 correlaciona de forma significativa con BDI $r=-.448$ ($p<.01$), en la sesión 6 obtiene un valor $r=-.457$ ($p<.05$) y en la sesión 9 el valor $r=-.486$ ($p<.05$). Por último, el WAI metas en la sesión 3 correlaciona de forma significativa con los cambios en las puntuaciones en BDI ($r=-.633$, $p<.01$).

Respecto al factor IS, también hallamos una correlación significativa entre el WAI tarea en la sesión 3 ($r=-.572$, $p<.01$) y los cambios en este factor al finalizar el tratamiento. Respecto a la correlación de IS con WAI entre el PRE y el seguimiento a los 3 meses, encontramos las siguientes puntuaciones: WAI tarea correlaciona tanto en la sesión 3 ($r=-.836$, $p<.01$) como en la sesión 9 ($r=-.508$, $p<.05$). Por otro lado, WAI vínculo también obtiene correlaciones positivas en las tres sesiones, es decir correlaciona con el cambio en IS en la sesión 3 ($r=-.561$, $p<.05$), en la sesión 6 ($r=-.478$, $p<.05$) y en la sesión 9 ($r=-.576$, $p<.01$). En el último lugar, el cambio en IS correlaciona con el WAI de la tercera sesión ($r=-.600$, $p<.01$), la sexta ($r=-.468$, $p<.05$) y la novena ($r=-.609$, $p<.01$).

En cuanto al cambio en la capacidad para ser autotranquilizador (RS), obtiene relaciones significativas tanto con WAI vínculo ($r=.518$, $p<.05$) y WAI metas ($r=.496$, $p<.05$) en la sesión 9 cuando finaliza el tratamiento. En relación al seguimiento, se encuentra una correlación significativa de RS con WAI tarea en la sesión 3 ($r=.488$, $p<.05$) y WAI vínculo en la sesión 9 ($r=.541$, $p<.05$).

En cuanto a HS solo obtiene una correlación significativa con WAI tareas en la sesión 3 ($r=-.562$, $p<.01$) y el cambio producido en el seguimiento.

Por su parte, la sintomatología general solo encuentra correlación estadísticamente significativa en el grado de acuerdo de las tareas al principio de la intervención (sesión 3) y los resultados al finalizar el tratamiento ($r=-.499$, $p<.05$). No se recoge ninguna correlación significativa de entre la alianza y el seguimiento a los 3 meses.

En cuanto a la autocompasión, encontramos una correlación significativa entre WAI Tareas y el cambio producido al finalizar el mismo ($r=.480$, $p<.05$). Nuevamente, encontramos predicciones para el seguimiento, especialmente con la sesión 3 para WAI

tareas ($r=.658$, $p<.01$) y vínculo ($r=.494$, $p<.05$), y en la sesión 9 existe una relación entre WAI vínculo ($r=.639$, $p<.01$) y WAI metas ($r=.578$, $p<.01$) con el cambio en la capacidad de ser autocompasivo.

En lo referente a la Humanidad Común, solo se encuentran asociaciones entre WAI tareas de la sesión 3 y los cambios en el seguimiento ($r=.674$, $p<.01$), así como entre WAI vínculo en la sesión 9 ($r=.565$, $p<.01$) y WAI metas de la sesión 9 ($r=.447$, $p<.05$) con el sentimiento de Humanidad Común.

Finalmente, respecto a la relación entre la alianza terapéutica informada por el participante y mindfulness se ha obtenido una relación entre las metas en la sesión 9 ($r=.463$, $p<.05$) y los resultados al finalizar el tratamiento, además de encontrar una asociación entre WAI tareas en la sesión 3 y los resultados en el seguimiento ($r=.453$, $p<.01$).

En lo que refiere a las correlaciones entre los cambios en las medidas de resultados y las respuestas que ofrecen los terapeutas al cuestionario de alianza (tabla 40 y 41) encontramos una correlación positiva entre HS y la alianza terapéutica informada por el terapeuta en cuanto a las tareas en la sesión 6 ($r=-.434$, $p<.05$). También encontramos una correlación significativa entre IS y alianza terapéutica tareas en la sesión 6 ($r=-.458$, $p<.05$) y alianza metas en la sesión 6 ($r=.486$, $p<.05$). Igualmente, se encuentran correlaciones positivas entre Autocompasión y Alianza tareas en las sesiones 6 ($r=-.495$, $p<.05$) y 9 ($r=-.476$, $p<.05$) al finalizar el tratamiento.

No se detectan correlaciones significativas entre la alianza informada por el terapeuta y los cambios obtenidos en el seguimiento a los tres meses para ninguno de los 3 factores. Para el resto de medidas de resultados, no se parecía ninguna relación significativa.

Tabla 38.

Correlaciones del WAI con BDI, HS, IS y RS cuando informa el paciente (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

	Cambio post - pre				Cambio seguimiento - pre			
	ch_bdi_pp	ch_hs_pp	ch_is_pp	ch_rs_pp	ch_bdi_ps	ch_hs_ps	ch_is_ps	ch_rs_ps
WaiTareas_S3	-.460 ^(*)	-.245	-.572 ^(**)	.187	-.663 ^(**)	-.562 ^(**)	-.836 ^(**)	.488 ^(*)
WaiVinculo_S3	-.270	-.194	-.394	.147	-.448 ^(*)	-.317	-.561 ^(*)	.197
WaiMetas_S3	-.249	-.048	-.264	.051	-.633 ^(**)	-.385	-.600 ^(**)	.363
WaiTareas_S6	-.287	-.421	-.443	.193	-.153	-.292	-.233	-.043
WaiVinculo_S6	-.300	-.277	-.302	.211	-.457 ^(*)	-.383	-.478 ^(*)	.178
WaiMetas_PS6	-.046	-.101	-.212	.081	-.350	-.209	-.468 ^(*)	.251
WaiTareas_S9	-.380	-.342	-.443	.214	-.504 ^(*)	-.398	-.508 ^(*)	.199
WaiVinculo_S9	-.138	-.204	-.340	.518 ^(*)	-.486 ^(*)	-.411	-.576 ^(**)	.541 ^(*)
WaiMetas_S9	-.210	-.307	-.400	.496 ^(*)	-.418	-.370	-.609 ^(**)	.433

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 39.

Correlaciones del WAI con CORE, Autocompasión (Autoc), Humanidad Común (HComún) y Mindfulness (Mindf) cuando informa el paciente (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

	Cambio post - pre				Cambio seguimiento - pre			
	ch_CORE_pp	ch_Autoc_pp	ch_HComún_pp	ch_Mindf_pp	ch_CORE_pp	ch_Autoc_pp	ch_HComún_pp	ch_Mindf_pp
WaiTareas_S3	-.499 ^(*)	.311	.320	.366	-.398	.658 ^(**)	.674 ^(**)	.453 ^(**)
WaiVinculo_S3	-.302	.292	.221	.441	-.082	.494 ^(*)	.392	.268
WaiMetas_S3	-.253	-.048	-.136	.170	-.329	.384	.342	.319
WaiTareas_S6	-.301	.480 ^(*)	.322	.271	.022	.287	.246	.047
WaiVinculo_S6	-.441	.314	.112	.284	-.223	.357	.274	.087
WaiMetas_PS6	-.162	.009	-.223	.170	-.097	.335	.201	.133
WaiTareas_S9	-.299	.210	.100	.430	-.272	.341	.204	.272
WaiVinculo_S9	-.342	.302	.181	.337	-.282	.639 ^(**)	.565 ^(**)	.263
WaiMetas_S9	-.344	.319	.181	.463 ^(*)	-.263	.578 ^(**)	.447 ^(*)	.347

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 40.

Correlaciones del WAI del terapeuta (Ali) con BDI, HS, IS y RS cuando informa el terapeuta (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

	Cambio post - pre				Cambio seguimiento - pre			
	ch_bdi_pp	ch_hs_pp	ch_is_pp	ch_rs_pp	ch_bdi_ps	ch_hs_ps	ch_is_ps	ch_rs_ps
AliTareas_S3	-.263	-.310	-.297	.045	-.159	-.230	-.213	-.125
AliVinculo_S3	-.234	-.154	-.281	.124	-.397	-.203	-.312	.017
AliMetas_S3	-.283	-.173	-.264	-.045	-.230	-.151	-.198	-.168
AliTareas_S6	-.300	-.434 ^(*)	-.458 ^(*)	.208	-.190	-.327	-.259	-.018
AliVinculo_S6	-.283	-.200	-.266	.253	-.417	-.232	-.302	.116
AliMetas_S6	-.398	-.399	-.486 ^(*)	.046	-.241	-.258	-.298	-.116
AliTareas_S9	-.225	-.308	-.247	.173	-.015	-.107	-.041	-.144
AliVinculo_S9	-.281	-.194	-.289	.246	-.393	-.193	-.321	.074
AliMetas_S9	-.258	-.152	-.272	.079	-.165	-.097	-.195	-.032

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 41.

Correlaciones del WAI del terapeuta (Ali) con CORE, Autocompasión (Autoc), Humanidad Común (HComún) y Mindfulness (Mindf) cuando informa el terapeuta (Sesión 3, Sesión 6 y Sesión 9).

	Cambio post-pre				Cambio seguimiento-pre			
	ch_CORE_pp	ch_Autoc_pp	ch_HComún_pp	ch_Mindf_pp	ch_CORE_pp	ch_Autoc_pp	ch_HComún_pp	ch_Mindf_pp
AliTareas_S3	-.169	.308	.198	.152	.069	.111	.073	-.028
AliVinculo_S3	-.211	.199	.078	.246	-.053	.274	.157	-.002
AliMetas_S3	-.111	.108	.037	.096	.036	.108	-.006	.016
AliTareas_S6	-.335	.495 ^(*)	.314	.305	.000	.323	.273	.065
AliVinculo_S6	-.203	.145	-.014	.083	-.158	.223	.172	.070
AliMetas_S6	-.281	.277	.257	.253	-.034	.238	.172	.139
AliTareas_S9	-.140	.476 ^(*)	.325	.210	.082	.235	.058	-.033
AliVinculo_S9	-.195	.205	.090	.101	-.125	.203	.171	.056
AliMetas_S9	-.143	.256	.220	.079	-.009	.268	.118	.019

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

2.8. Correlaciones entre las variables de cambio de cada factor para cada uno de los factores de las medidas de resultados.

En las tablas 42 y 43 se muestran los resultados de la correlación de las variables de cambio para cada uno de los factores en cada uno de los momentos de medida: Pretratamiento – Postratamiento y Pretratamiento-Seguimiento a los 3 meses de finalización.

La tabla 42, se muestra que en el momento de cambio PrePost existen correlaciones que van de moderadas a altas entre los factores de las medidas que han arrojado cambios significativos (BDI, FSCRS, CORE y SCS). Estas relaciones se dan en la dirección esperada, aunque resulta destacable que en este periodo no existe una asociación significativa entre el cambio entre IS y RS pero no es así en el seguimiento (tabla 43). Encontramos que el factor Humanidad común del SCS se encuentra menos asociado con el cambio en otros factores, concretamente su relación BDI, HS y RS no alcanza significación estadística.

En cuanto a las asociaciones entre las variables de cambio al finalizar el tratamiento, podemos apreciar un patrón similar: BDI, FSCRS, CORE y SCS muestran correlaciones moderadas y elevadas entre ellas. Tan solo desaparece la asociación entre la medida de sintomatología general (CORE) y la Autocompasión y Humanidad Común.

Finalmente, en relación al instrumento de relaciones interpersonales a penas se encuentra correlaciones significativas, a excepción de las variables Dominante, Autosacrificado y Demasiado abierto que establecen correlaciones moderadas-altas con las variables de depresión, autocrítica, sintomatología general al finalizar el tratamiento, aunque esto se diluye en el seguimiento realizado a los 3 meses.

Tabla 42.

Correlaciones entre las variables de cambio para cada una de las medidas de resultados. Periodo PrePost. Grupo de participantes TFE (n=20).

		Variables de cambio PrePost														
		BDI	HS	IS	RS	CORE	Autoc	Hum Común	Mindf	Inhibid	Distant	No Asertivo	A Centrado	Domin	ASacri	Dem Abiert
BDI	BDI															
FSCRS	HS	.671 ^(**)														
	IS	.776 ^(**)	.731 ^(**)													
	RS	-.225	-.474 ^(*)	-.432												
CORE	CORE	.773 ^(**)	.717 ^(**)	.839 ^(**)	-.460 ^(*)											
SCS	Autoc	-.416	-.624 ^(**)	-.717 ^(**)	.668 ^(**)	-.622 ^(**)										
	Hum Común	-.368	-.372	-.669 ^(**)	.419	-.508 ^(*)	.782 ^(**)									
	Mindfulness	-.470 ^(*)	-.635 ^(**)	-.748 ^(**)	.501 ^(*)	-.591 ^(**)	.741 ^(**)	.600 ^(**)								
IIP-32	Inhibido	.196	.285	.228	-.285	.410	-.433	-.553 ^(*)	-.289							
	Distante	.401	.137	.575 ^(**)	.104	.465 ^(*)	-.179	-.448 ^(*)	-.257	-.126						
	No Asertivo	.284	.329	.292	-.432	.368	-.513 ^(*)	-.453 ^(*)	-.293	.713 ^(**)	-.201					
	ACentrado	.454 ^(*)	.336	.694 ^(**)	.017	.462 ^(*)	-.217	-.385	-.416	-.090	.751 ^(**)	.004				
	Dominante	.229	.540 ^(*)	.621 ^(**)	-.528 ^(*)	.512 ^(*)	-.483 ^(*)	-.408	-.523 ^(*)	.092	.310	.259	.546 ^(*)			
	ASacrificado	.483 ^(*)	.396	.533 ^(*)	-.369	.419	-.580 ^(**)	-.401	-.575 ^(**)	.178	.201	.450 ^(*)	.372	.472 ^(*)		
	DemAbierto	.472 ^(*)	.563 ^(**)	.522 ^(*)	-.562 ^(**)	.500 ^(*)	-.699 ^(**)	-.578 ^(**)	-.564 ^(**)	.564 ^(**)	-.013	.806 ^(**)	.139	.432	.756 ^(**)	
	No Aafirmativo	.137	.196	.238	-.386	.170	-.430	-.325	-.244	.106	.031	.546 ^(*)	.182	.340	.559 ^(*)	.494 ^(*)

Nota: HS=Yo odiado; IS=Yo inadecuado; RS=Autotranquilizar; Autoc=Autocompasión; Hum Común=Humanidad común; Mindf=Mindfulness; ACentrado=Autocentrado; Domin=Dominante; ASacri=Autosacrificado; DemAbierto=Demasiado Abierto; No Aafirmativo=No Autoafirmativo.

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 43.

Correlaciones entre las variables de cambio para cada una de las medidas de resultados. Periodo PreSeguimiento. Grupo de participantes TFE (n=20).

		Variables de cambio PreSeguimiento														
		BDI	HS	IS	RS	CORE	Autoc	Hum Común	Mindf	Inhibid	Distant	No Asertivo	A Centrado	Domin	ASacri	Dem Abiert
BDI	BDI															
FSCRS	HS	.766 ^(**)														
	IS	.810 ^(**)	.628 ^(**)													
	RS	-.540 ^(*)	-.550 ^(*)	-.569 ^(**)												
CORE	CORE	.835 ^(**)	.740 ^(**)	.625 ^(**)	-.614 ^(**)											
SCS	Autoc	-.507 ^(*)	-.650 ^(**)	-.685 ^(**)	.754 ^(**)	-.435										
	Hum Común	-.467 ^(*)	-.506 ^(*)	-.716 ^(**)	.793 ^(**)	-.391	.862 ^(**)									
	Mindfulness	-.612 ^(**)	-.633 ^(**)	-.633 ^(**)	.658 ^(**)	-.554 ^(*)	.717 ^(**)	.687 ^(**)								
IIP-32	Inhibido	-.092	-.099	-.019	-.356	.181	-.191	-.319	-.058							
	Distante	.254	.171	.394	-.403	.048	-.284	-.445 ^(*)	-.514 ^(*)	.122						
	No Asertivo	.006	.253	.044	-.367	.280	-.487 ^(*)	-.444 ^(*)	-.308	.355	-.239					
	ACentrado	.111	.111	.153	-.227	.129	-.167	-.182	-.232	.066	.053	.268				
	Dominante	.372	.528 ^(*)	.151	-.346	.347	-.259	-.235	-.398	-.279	-.174	.130	.207			
	ASacrificado	.393	.200	.353	-.391	.494 ^(*)	-.139	-.156	-.206	.130	-.168	.078	.078	.177		
	DemAbierto	.041	.007	.187	-.520 ^(*)	.205	-.507 ^(*)	-.512 ^(*)	-.349	.511 ^(*)	-.115	.657 ^(**)	.370	.145	.363	
	No Aafirmativo	.153	.430	.047	-.282	.425	-.199	-.041	-.198	.117	-.164	.505 ^(*)	.476 ^(*)	.157	.439	.288

Nota: HS=Yo odiado; IS=Yo inadecuado; RS=Autotranquilizar; Autoc=Autocompasión; Hum Común=Humanidad común; Mindf=Mindfulness; ACentrado=Autocentrado; Domin=Dominante; ASacri=Autosacrificado; DemAbierto=Demasiado Abierto; No Aafirmativo=No Autoafirmativo.

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

3. Discusión

Esta investigación tenía el objetivo de estudiar si un tratamiento de Terapia Focalizada en la Emoción era útil para suavizar la autocrítica, así como los síntomas asociados. Por este motivo se hizo un mayor énfasis en la tarea de las dos sillas para escisiones autocríticas en una muestra de pacientes que puntuaban más de una desviación típica en el cuestionario FSCRS (adaptado en el Capítulo 5).

En base a los resultados, obtenemos que el análisis de la varianza de los datos indica que modelo de la Terapia Focalizada en la Emoción es un enfoque eficaz para intervenir sobre la autocrítica y con ello, influir también en la disminución de los síntomas que se asocian posiblemente a la autocrítica (Capítulo 2).

En concreto, en este estudio encontramos dos patrones de cambio en las medidas de resultados. Por un lado, la medida de depresión (BDI) y la medida de sintomatología general (índice global del CORE) recogen una disminución de la sintomatología al finalizar el tratamiento pero estos cambios no se mantienen en el seguimiento temprano que hemos realizado a los 3 meses de finalizar el tratamiento. Este mismo patrón de cambio se puede apreciar en la capacidad de ser autotranquilizador (RS) con uno mismo, es decir, si bien la intervención indica un incremento en esta capacidad, este desarrollo personal no se mantiene en el seguimiento.

Por otro lado, el otro patrón de cambio detectado apunta que tiene lugar una disminución en el tipo de autocrítica que genera sentimientos de inadecuación (IS), así como una mayor habilidad para relacionarse de manera autocompasiva, una mayor conciencia sobre el estado subjetivo (mindfulness), así como una mayor conciencia para darle a la experiencia un sentido de universalidad, es decir, de humanidad común. Estos cambios no solo se logran al acabar el tratamiento, sino que se mantienen a los 3 meses de finalización del mismo.

De forma más específica, respecto a la depresión, la intervención es efectiva en el momento de finalización de la intervención porque la disminución de los síntomas es significativa, y también porque esta disminución implica que la intensidad sintomática traspase desde el punto de corte clínico a lo no clínico en un 75% de personas al

finalizar el tratamiento y un 70% en el seguimiento a los 3 meses. Es decir, más de un 70% de personas que dejan de mostrar síntomas depresivos con significación clínica una vez se han implicado en el tratamiento TFE. Aunque nosotros no encontramos un resultado estadísticamente significativo en el seguimiento, nos parece importante subrayar que el grupo de participantes TFE no pierde el efecto de la intervención, y sin embargo sí se obtiene una mejoría espontánea en las puntuaciones en el grupo control.

También en relación a la depresión encontramos que el grupo que recibe el tratamiento obtiene un tamaño del efecto elevado al finalizar el tratamiento ($d=1.066$), que resulta similar al referido por otros estudios. Concretamente, tanto Ellittott et al. (2013) como Angus et al. (2015) realizan un meta-análisis en el que encuentran tamaños del efecto en torno $d=1$ al finalizar la intervención en tratamientos realizados desde un enfoque humanista. Además, el tamaño del efecto que obtenemos en nuestro estudio al finalizar el tratamiento y que nos permite comparar al grupo control con el grupo de participantes TFE presenta un valor ($d=.948$) superior al referido por dichos meta-análisis ($d=.42$). Esto indica que la magnitud del cambio que hemos obtenido se encuentra en la línea de los estudios que han respaldado la eficacia de los tratamientos de orientación humanista. Además, estudios específicos de Terapia Focalizada en la Emoción encuentran tamaños del efecto similares en el momento Pre-Post, por ejemplo Shahar et al. (2012) obtiene un tamaño del efecto $d=1.13$ al finalizar la intervención.

Indicar que en estudios previos, como los de Goldman et al. (2006) y Greenberg y Watson (1998), así como en Shahar et al. (2012), encuentran una reducción en la sintomatología depresiva tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento.

En cuanto el cambio en torno a la intensidad de la crítica cabe destacar que la forma de autocrítica HS, es decir, aquella en la que expresamos odio, desprecio e incluso ganas de dañarnos no ha mostrado efectos del tratamiento ni entre el periodo Pre y el Postratamiento ni el entre los periodos Pre y seguimiento a los 3 meses. Para comprender estos resultados, es preciso tener en cuenta que las personas que han participado en el estudio no constituyen con puntuaciones muy elevadas en HS. Debido a que los participantes no provenían de una muestra clínica, lo esperable era que la puntuación en Yo odiado no fuera muy elevada, de hecho menos del 45% los participantes presentaban valores severos antes del tratamiento. Nos parece importante señalar que en el estudio de Shahar et al. (2012) en el que seleccionan pacientes con una

desviación típica por encima de la media en HS o IS obtienen el mismo resultado que nosotros, es decir, el ANOVA realizado no ofrece resultados significativos para HS.

Por el contrario, tal y como adelantábamos previamente, la escala de Yo inadecuado sí presenta un efecto de cambio significativo una vez realizada la intervención. Esto implica que el efecto del tratamiento contribuye a la forma en que las personas se tratan a sí mismas incluso en el seguimiento a los 3 meses, criticándose menos de esta forma específica. A la luz de los resultados, podríamos plantear que el efecto del tratamiento deja una huella en la persona que le permite seguir regulando la forma en la que se trata a sí mismo, incluso una vez finalizado el tratamiento, por ello continúa disminuyendo la intensidad de la crítica. De hecho, encontramos que el mantenimiento de los cambios para el factor IS en el seguimiento de 3 meses presenta un tamaño del efecto ($d=1.022$) que sugiere una mayor ganancia en este tiempo que nada más finalizar el tratamiento. De esta manera, en la línea de lo señalado por Angus et al. (2015), los mejores resultados en los tratamientos humanistas se obtienen en los seguimientos ($d=1.05$), en este caso en un seguimiento temprano, que hace que el resultado sea consistente con los planteamientos humanistas de lograr una mayor autodeterminación y empoderamiento de los clientes de manera tal que logren continuar desarrollándose una vez finaliza en la medida.

Además, para explicar el cambio en el Yo Inadecuado, planteamos de manera tentativa la siguiente relación con la autocompasión. El análisis de resultados encontramos que el tratamiento produce un incremento en la capacidad de ser autocompasivo (variables del cuestionario SCS). Esto se da incluso en el seguimiento a los 3 meses, tiempo de medida en el que continúa incrementándose esta capacidad. Entonces, si se da una mejoría en la capacidad de tratarse de una forma amorosa, comprendiendo los fallos y fracasos como algo relativo al ser humano y también se da una mejoría en la capacidad de ser más autoconsciente de las experiencias internas, de alguna forma se puede continuar creciendo en la capacidad de ser menos autocrítico o transformar esa crítica en un tratamiento más amable, rescatando el aspecto de mejora que conlleva el Yo inadecuado (Gilbert, Clark et al., 2004) y facilitando la integración de los dos aspectos del self en un principio escindidos y enfrentados (el yo crítico exigente y dañino, y el yo experienciador que sufre la crítica sin poder expresar la necesidad de ser considerado y validado en su necesidad). Este planteamiento que aquí

mostramos, parece consonante con las correlaciones encontradas entre las variables de cambio IS y Autocompasión, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento.

También creemos que la autocrítica, con independencia de la forma que adquiera (HS o IS), refiere a una manera de relacionarse de la persona consigo misma que supone una dinámica trascendida en hábito a lo largo de los años, por tanto, la reducción de este aspecto tan pernicioso con toda probabilidad precisa de más tiempo para hacer evidentes los cambios que el tratamiento pueda fomentar. Es decir, para que la autocrítica cambie, precisa en primer lugar de la toma de consciencia de esta forma de relación y, posteriormente, generar nuevos hábitos en la forma en la que uno se trata a sí mismo. Esto podría explicar el motivo por el que los cambios no se dan tras las 10-12 sesiones de terapia que hemos realizado, sino que se dan en el seguimiento a los 3 meses. En este sentido, Shahar et al. (1995, 1996) ya señalaban que la depresión autocrítica no se beneficia de un tratamiento breve. Así, una posible investigación futura podría dirigirse a estudiar los aspectos que cambian durante el tratamiento, como por ejemplo, ante la crítica comenzar a ser más suavizadores y compasivos, haciendo extensible estas estrategias a lo largo del tiempo y permitiendo la reducción de la autocrítica incluso una vez finalizada la intervención.

En estudios previos, B. Shahar et al. (2012) obtienen que la mejoría en las puntuaciones de autocompasión tienen lugar en el seguimiento pero no al finalizar el tratamiento. Nosotros hemos obtenido estos resultados en ambos periodos. Quizá esta diferencia se pueda deber al estilo de los terapeutas que han participado en cada investigación, pudiendo mostrar un estilo más centrado en la autocompasión los terapeutas de nuestro estudio. Sin embargo, obtenemos el patrón opuesto en la reducción de las puntuaciones del Yo inadecuado en las dos investigaciones, siendo inmediato para ellos el cambio y para nosotros no tiene lugar hasta el seguimiento.

En cuanto a la capacidad de ser autotranquilizador (RS) hemos encontrado que el incremento en esta capacidad no se mantiene en el seguimiento, mientras que sí se continúa incrementando las habilidades relacionadas con la autocompasión. Esto apunta nuevamente a que existen aspectos diferenciadores entre la capacidad de ser autocompasivo y la capacidad de ser autotranquilizador (Kupeli et al., 2013). En este sentido, nuestros datos muestran que la autotranquilización es un efecto muy evanescente, mientras que la autocompasión es robusto en el seguimiento.

Por tanto, con los resultados descritos hasta este punto encontramos que mientras algunas medidas (Yo inadecuado, Autocompasión, Humanidad Común y Mindfulness) ofrecen mejorías a largo plazo (incluso a los 3 meses de seguimiento), otras medidas como la depresión y la capacidad para autotranquilizarse (RS) presentan cambios efímeros. Esto podría indicar que posiblemente precisen de más sesiones de tratamiento para fomentar la estabilidad de los cambios e incluso, podríamos plantear si podría ser beneficioso combinar con otros instrumentos de medida como el DEQ (Depressive Experiences Questionnaire, explicado en el Capítulo 1) que permitan valorar si a pesar de ser personas con una elevada autocrítica, sus niveles de depresión pueden tener más peso en otros factores como la dependencia medida por DEQ.

No obstante, podemos señalar en este punto la primera limitación del estudio, así como una línea de investigación de futura. Aunque hemos realizado sesiones de supervisión con terapeutas expertos en TFE, no podemos perder de vista que quizá la falta de estabilidad en el cambio a los 3 meses tanto para depresión como para la sintomatología general se puede deber a que exista diferencia en la variabilidad de los terapeutas a la hora de ajustarse al modelo terapéutico (adherencia terapéutica). Esto puede conllevar que algunas variables del tratamiento no hayan tenido lugar. Por ejemplo, en el Capítulo 4 indicábamos que el cambio emocional tenía lugar en la medida que el terapeuta facilita el acceso a la emoción primaria adaptativa, si durante la intervención ha habido una insuficiente adherencia al modelo TFE, puede que en algunos pacientes no se haya favorecido un cambio completo en la emoción desadaptativa.

En cuanto al inventario de problemas en las relaciones interpersonales, IIP-32, hemos podido observar que no ha habido mejoras a raíz de un tratamiento TFE. Estos resultados sorprenden debido a que es uno de los factores en los que en las terapias humanistas se suele dar una mejora significativa (Elliott et al., 2013; Angus et al., 2015), incluso mejor que en otros modelos como el cognitivo-conductual (Watson et al., 2003). Sin embargo, al ser un planteamiento de la TFE que el dolor emocional nuclear se da bien en la relación interpersonal o bien en las relaciones intrapersonales, podemos plantear la hipótesis de que si el trabajo realizado en nuestro estudio se encuentra más relacionado con resolver el dolor asociado a la autocrítica (relación con uno mismo) en lugar de otros marcadores como los asuntos no resueltos (relación con el otro), quizá eso hace más probable que los cambios dados en IIP-32 tengan una menor repercusión

que el resto de medidas de resultados. Además, en el momento Pre no se encuentran a penas relaciones entre los factores IIP-32 y los factores de autocrítica, igual sucede si atendemos a las correlaciones entre las variables de cambio. En esta línea, el tratamiento ofrecido en este estudio es coherente con lo que apuntaban Marshal et al. (2008) (ver capítulo 2) sobre la posibilidad de que las personas autocríticas se puedan beneficiar en primera instancia de una intervención centrada en lo más concreto de la autocrítica (las creencias negativas, por ejemplo) que en el aspecto interpersonal, que en una intervención más amplia podría tomar más relevancia.

Tal y como citábamos en el Capítulo 3, la autocrítica se puede reducir a través de diferentes rutas (Kannan y Levitt, 2013). Una de ellas puede ser la implicación en una relación terapéutica afectuosa en la que se dé un encuentro basado en la comprensión y la validación empática, aspecto al que se atiende de manera continua dentro de una intervención de Terapia Focalizada en la Emoción. De hecho, Watson (2019) indica que la internalización de estas actitudes del terapeuta durante la intervención favorece el cambio de la forma en que se ha dado para IS y autocompasión.

En lo referente a la relación de la alianza terapéutica con los resultados de los participantes, en líneas generales podemos encontrar correlaciones significativas entre la alianza terapéutica informada por los pacientes y la disminución en las puntuaciones de depresión y autocrítica IS, así como el incremento de la capacidad de autotranquilizarse y de ser autocompasivo. Especialmente significativas las predicciones en el seguimiento a los 3 meses aunque también se encuentren asociaciones entre la alianza terapéutica y los cambios en el periodo Pre y Post.

Específicamente se puede apreciar que realizar una adecuada estructuración de la tarea (factor tarea del WAI) desde momentos tempranos de la intervención favorece el cambio en los dos tiempos de medida para todas las medidas de resultados, incluso para el cambio generado en los cambios de la sintomatología general al finalizar el tratamiento y para el cambio generado en el Yo odiado en el seguimiento. Estos datos nos permiten pensar acerca de la importancia de cosechar un acuerdo elevado sobre la tarea específica para lograr cambios a medio plazo en la forma de autocrítica más pernicioso, es decir, el Yo odiado.

En este sentido, la literatura (Horvath, Del Re, Flückiger, y Symonds, 2011) también apunta que la adecuada estructuración y acuerdo en las tareas a realizar en las

fases iniciales de las terapias influye de manera positiva en la formación de la alianza terapéutica y con ello repercute de forma positiva al cambio terapéutico.

En relación a las diferentes rutas para generar cambio en la autocrítica, señalábamos previamente la implicación en una relación terapéutica empática y afectuosa. En este sentido nos encontramos que la reducción de las puntuaciones en el Yo inadecuado se encuentran fuertemente asociadas a los tres componentes de la alianza terapéutica a lo largo de todo el proceso de intervención.

También se puede apreciar que conforme transcurre el proceso terapéutico adquiere un papel más relevante tanto lo referente al vínculo como al acuerdo en las tareas para predecir el cambio, especialmente la reducción de la sintomatología depresiva y de la intensidad de la autocrítica, así como el incremento de la capacidad de ser autocompasivo. Es decir, las actitudes del terapeuta basadas en la aceptación, la empatía y la congruencia, así como la percepción del paciente del nivel de agrado que le genera al terapeuta y la construcción de una agenda de trabajo en la que se involucra al paciente se encuentra asociado al cambio que se logra a medio plazo (en el seguimiento). Flückiger, Del Re, Wampold, y Horvath (2018) indican que el significado cualitativo de la alianza puede cambiar, de esta forma podemos entender la modificación en la capacidad predictiva de los distintos factores del WAI conforme avanza la terapia. Quizá podemos entender que este cambio también se debe al hecho de que al inicio es importante comprender qué sucede en el espacio terapéutico y por ello se precisa de más estructura, y una vez establecida esta base, adquieren mayor relevancia los otros dos aspectos, en parte porque al final del tratamiento también se pueden comenzar a percibir los beneficios de la terapia.

Nuestros datos son congruentes con los recientes hallazgos del meta-análisis de Flückiger et al. (2018), en el que encuentran que la capacidad predictiva de la alianza a mitad del tratamiento es menor.

Por el contrario, apreciamos que las respuestas ofrecidas por los terapeutas al inventario de alianza apenas predicen los resultados. Aunque recientemente Flückiger et al. (2018) indican por primera vez una ruptura de esta tendencia a mostrar una baja capacidad predictiva en los cambios de las medidas de resultados cuando es el terapeuta quien informa de la alianza terapéutica, este patrón ha sido referido en los meta-análisis

realizados en distintas publicaciones, en primer lugar Horvarh y Simonds (1991), así como Horvath y Bedi (2001), y posteriormente Horvath et al. (2011).

Limitaciones y líneas de investigación futura

Entre las limitaciones de este estudio y las futuras líneas de investigación, nos encontramos la necesidad de evaluar de manera más exhaustiva y con instrumentos específicos la adherencia de los terapeutas al tratamiento TFE.

Así mismo, resultaría interesante poder valorar las secuencias de cambio en función del estado emocional del paciente, es decir, qué emoción es la que se llega a activar durante la terapia (primaria adaptativa, desadaptativa o secundaria) y si esto está influyendo tanto en la magnitud del cambio como su mantenimiento a largo plazo.

Otra línea de investigación interesante se centra en la elección de diseños que permitan discernir el peso de los distintos componentes de la intervención en el cambio es decir, en qué proporción actúan los factores generales de la terapia frente a las tareas específicas empleadas. También en relación al diseño, encontramos una importante limitación en el hecho de no contar con un grupo control activo con el que comparar, por ejemplo, recibiendo tratamiento desde de los enfoques explicados en el capítulo 3 que han mostrado en algunos estudios eficacia terapéutica.

También enriquecería el conocimiento de la eficacia de la TFE el reclutamiento de pacientes con diagnósticos clínicos, tanto de depresión como de ansiedad e incluso pacientes con problemas de conductas alimentarias en los que se ha visto el influjo de la autocrítica y también la obtención de resultados satisfactorios de una intervención focalizada en la emoción (Capítulo 2).

DISCUSIÓN GENERAL

A lo largo de este estudio hemos logrado adaptar una escala que nos posibilitara medir diferentes formas de autocrítica y la intensidad de la misma, con el objetivo posterior de realizar una intervención dentro del marco de la Terapia Focalizada en la Emoción con personas con un alto nivel de autocrítica.

De esta forma, contamos con una la escala FSCRS de Gilbert (Gilbert, Clarke et al., 2004) ampliamente empleada en la investigación (ver Capítulo 1), traducida a lengua castellana y que ofrece una estructura de tres factores, dos de autocrítica y uno referente a la capacidad de ser autotranquilizador. La relevancia de esta escala se encuentra por un lado, en sus buenas propiedades psicométricas y por otro lado, en su relación con la depresión. En relación a esto último, observamos en ambos estudios una relación entre los dos factores de autocrítica y la depresión, que indica que la autocrítica está asociada a las puntuaciones en depresión. Estos resultados convergen con lo obtenido tanto en la escala original (Gilbert, Clarck et al., 2004) como en las adaptaciones posteriores a otros idiomas (por ejemplo, Baião et al., 2015; Halamová et al., 2017; Kupeli et al., 2013).

Nuestros resultados también aportan datos sobre las relaciones de mediación y moderación que se encuentran entre las escalas de autocrítica y de autocompasión. En concreto, queremos resaltar el resultado que nos indica la moderación completa que la autocompasión ejerce sobre el Yo inadecuado: las puntuaciones mayores a 38.94 en el factor Autocompasión, logran hacer que el efecto pernicioso del Yo inadecuado sobre la depresión ya no tenga influencia. Si unimos dicho resultado con la intervención, podemos plantear que en las personas con graves dificultades para sentirse merecedores de una actitud autocompasiva puede ser importante trabajar con ellos a través de la vía de actuación directa sobre la autocrítica, de modo que se puedan instaurar modificaciones en los esquemas emocionales autocríticos, ya que no cuentan con el factor de resiliencia que supone la autocompasión. Esta apreciación que estamos realizando nos parece que cobra especial relevancia porque Shahar (2015) refiere que las personas autocríticas cuentan con problemas para poder aceptar las actitudes (auto)compasivas, y también es relevante porque tal y como indican Kannan y Levitt (2013) para instaurar cambios en la autocrítica es imprescindible intervenir sobre la autocrítica de manera directa.

La elección de un tratamiento del marco de la TFE se debe a diversos motivos. El primero de ellos, se encuentra en relación a los principios de intervención que señalan Kannan y Levitt (2013) y que rescatábamos en el Capítulo 3. Debido a la dificultad para trabajar con pacientes con elevada autocrítica, uno de los principios refería a la necesidad de establecer una alianza terapéutica sólida. La TFE hace un énfasis especial en el establecimiento de una relación empática, de aceptación y aprecio para poder facilitar el cambio, siendo esto en sí mismo un objetivo de la propia terapia. En nuestros resultados podemos encontrar como la alianza terapéutica ha servido un elemento predictor de los cambios a lo largo del tratamiento y en el seguimiento.

También en base a estos principios, encontramos razonable la elección de este enfoque debido a que el tratamiento TFE (por ejemplo, Elliott et al., 2004; Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg et al., 1996) permite una adecuada identificación de la autocrítica al representar en las dos sillas la escisión autocrítica y posibilita posteriormente poder intervenir sobre ella. El hecho de que el Yo inadecuado haya disminuido, especialmente en el seguimiento respecto a la finalización del tratamiento, nos lleva a pensar que el modelo TFE y la tarea de las dos sillas es eficaz para disminuir la intensidad de la crítica: por un lado, porque desplegamos la experiencia autocrítica y se trabaja con las emociones asociadas a ellas, fortaleciendo al yo que sufre y, por otro lado, porque observamos de manera paralela que los pacientes alcanzan una actitud más autocompasiva, la cual hemos señalado como factor de resiliencia. Respecto a este segundo motivo pensamos que es necesario ahondar en el estudio de la relación entre la autocrítica y la autocompasión, ya que parece que de alguna manera la aparición de la autocompasión produzca mejoras en la autocrítica conforme pasa el tiempo, como si de un círculo virtuoso se tratase.

Por tanto, la intervención TFE resulta efectiva para disminuir la intensidad de la crítica y podemos plantear que esto tiene que ver con tres componentes: el énfasis en una relación terapéutica que puede ser internalizada, el incremento de la capacidad autocompasiva y el despliegue de los esquemas autocríticos que permite favorecer el cambio en el esquema doloroso nuclear. No obstante, es preciso realizar estudios que nos permitan explorar de manera exhaustiva el nivel de activación de los diferentes tipos de estados emocionales (emoción secundaria y primaria desadaptativa) y el cambio realizado en ellos, es decir, el cambio emocional desde una emoción primaria desadaptativa que se transforma con los componentes emocionales de una adaptativa

(de esta forma, por ejemplo, la compasión o el enfado asertivo transforman los componentes del esquema emocional de la vergüenza) (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). Incluso en este sentido podemos plantear que la falta de estabilidad del cambio en depresión y síntomas generales puede encontrarse en relación a que la activación emocional no haya sido suficiente para realizar un cambio completo.

También en relación a la explicación de porqué elegir el modelo TFE, señalamos que como anticipábamos en el Capítulo 2, Whelton y Greenberg (2005) apuntan que el aspecto más patógeno de la autocrítica se encontraba en el aspecto emocional, es decir, el asco y la vergüenza que se derivaban de los mensajes autocríticos que las personas podían enviarse. Por ello, parece apropiado adoptar un estilo de intervención que realice énfasis en esta forma de intervención y que finalmente, ha revertido en la disminución de la intensidad de la crítica, generando con toda probabilidad cambios profundos en los participantes debido a que el efecto del tratamiento se ha obtenido una vez finalizado a los tres meses de seguimiento.

También pensamos que estos resultados halagüeños sirven para apoyar la idea de que un tratamiento que comprende la autocrítica como una escisión de la personalidad, puede estar en la línea de las conceptualizaciones que refieren que la identidad no es un proceso unitario sino que se puede entender como una multiplicidad de yoes, como es el caso de la TFE pero también de la Terapia Centrada en la Autocompasión (por ejemplo, Gilbert, 2015). En la medida que la propia experiencia es explorada de manera profunda, por ejemplo, al desplegar los esquemas emocionales autocríticos que se encuentran acompañados de la narrativa que la persona se hace sobre sí misma, entonces se ve posibilitada la integración y asimilación de las dos experiencias discordantes, en este caso, el yo crítico y el experienciador.

También en base a los resultados parece importante indicar que los dos estudios apuntan a que IS y HS son factores diferenciados y, efectivamente, puede suponer una pérdida de información emplearlos de manera conjunta. Por un lado, porque hemos visto que presentan relaciones distintas de mediación con las funciones de la autocrítica (FSCS) en la que la autopersecución afecta a la depresión por más vías que el Yo odiado (es decir, incrementando IS y reduciendo RS). Por otro lado, nos hemos encontrado con la falta de cambio significativo en el factor Yo odiado en los dos momentos de medición (postratamiento y seguimiento de 3 meses), esto no resulta inesperado debido a lo

obtenido en otros estudios y debido a la propia conceptualización teórica del Yo odiado. Por ello, puede ser importante clarificar con más precisión la diferenciación, de cara a introducir matices en la intervención. Entre estos matices, pensamos que si el Yo odiado quizá está arraigado en experiencias pasadas más abusivas (Andrews, 1998), quizá unas puntuaciones más elevadas en esta forma de autocrítica puede ser indicador de la necesidad de valorar si en la historia del paciente podrían surgir circunstancias a trabajar desde una perspectiva del trauma. No obstante, hay que atender a que se puede deber a que es una muestra con bajas puntuaciones en Yo odiado y pocas sesiones para tratar algo más insidioso.

También encontramos en los dos estudios un comportamiento distintos en las variables Autotranquilizar (FSCRS) y Autocompasión (FSCS). Por un lado, las diferencias en el efecto moderador. Por otro lado, la autocompasión no solo mejora en al finalizar el tratamiento, sino que se incrementa en el seguimiento. De esta forma, encontramos que el factor autotranquilizar, no parece tener el mismo alcance que la autocompasión. A nuestro entender, es un concepto menos profundo, incluso constreñido a aspectos situacionales (“ante fracasos y errores soy capaz de tranquilizarme”), mientras que la autocompasión parece más una orientación de la experiencia global hacia la vida.

Finalmente, indicar que debido a que esta investigación tiene un carácter aplicado, siendo una de las pretensiones establecer las bases de una intervención efectiva tanto para la problemática (pacientes con autocrítica elevada) como dentro de un marco concreto de intervención (expandir la investigación en el marco de la TFE en nuestro idioma), entendemos como fundamental ampliar ambos estudios a poblaciones clínicas, no solo con trastornos depresivos, sino que se puede optar por un amplio espectro de manifestaciones psicopatológicas como se ha señalado en el capítulo 2. Además, no solo desde la intervención de la terapia individual, sino en otros formatos que recientemente están mostrando que este tipo de intervención funciona, como la aplicación grupal (Lafrance Robinson, McCague, y Whissell, 2014).

En conclusión, nos encontramos que la autocrítica es un fenómeno con incidencia en la psicopatología, en este caso la depresión y la sintomatología general. Por ello, se hace preciso poder desarrollar formas de intervenir sobre la autocrítica de manera directa, de modo que se pueda incrementar el grado de consciencia en torno a su

presencia y las emociones que evoca, de manera que se puedan instaurar cambios en esta forma de relación de uno consigo mismo y facilite la integración de una nueva experiencia emocional y que incorpore aspectos previamente escindidos. Además, si bien es preciso explorar la forma en que se da la relación entre la autocrítica y la autocompasión, parece que una intervención que aúne la modificación del proceso autocrítico y el fomento de actitudes autocompasivas podría redundar en la disminución de la autocrítica y la mejora del estado emocional general.

CONCLUSIONES FINALES

Respecto al primer estudio las principales conclusiones son:

1. Nuestra adaptación de la escala FSCRS indica que obtenemos una escala válida y fiable para medir la manifestación de distintas formas de la autocrítica. Replicamos resultados de investigaciones previas al obtener que de todos los modelos, el que mejor ajusta es el de 3 factores (HS, IS y RS), ofreciendo una consistencia interna adecuada (0.71-0.88).
2. La escala también obtiene una adecuada validez convergente por las relaciones establecidas entre sus factores y los factores de la escala de autocrítica LOSC y de autocompasión SCS.
3. Encontramos que existe asociación entre HS e IS y los síntomas de depresión (BDI), de la misma forma que se encuentra relación entre estas variables en el estudio 2. Esto apunta a la relevancia de la autocrítica en relación a la sintomatología de orden depresivo.
4. Obtenemos que el efecto de las funciones en la depresión ocurre a través del cambio en las formas de autocrítica, pero cada función de autocrítica presenta un efecto indirecto diferente. Mientras que la Autocorrección impacta en la depresión a través de la generación de sentimientos de inadecuación (forma Yo inadecuado), la Autopersecución tiene un efecto más generalizado al fomentar la sintomatología depresiva al incrementar las dos formas de autocrítica y la disminución de la capacidad de ser autotranquilizador.
5. Encontramos que la capacidad de ser autotranquilizador y autocompasivo amortiguan el efecto de la autocrítica Yo inadecuado. Especialmente, la autocompasión logra hacer una amortiguación completa a partir del percentil 79 (puntuación directa 38.94). Sin embargo, no existe amortiguación en el efecto del Yo odiado.
6. Tenemos que destacar como principales desarrollos futuros dos aspectos: el incremento de la muestra, acompañado de un muestreo representativo y la inclusión de población clínica y no clínica de manera que se puedan crear baremos.

Respecto a los del segundo estudio:

1. Un tratamiento TFE con personas con alta autocrítica resulta eficaz para generar cambios en la sintomatología depresiva, la sintomatología general y la capacidad para ser autotranquilizador al finalizar el tratamiento, y en Yo inadecuado, la Autocompasión, el sentimiento de Humanidad común y Mindfulness a medio plazo (seguimiento 3 meses). No se da así, en los problemas interpersonales y el Yo odiado.
2. A la luz de los resultados en los dos estudios, podemos subrayar que Yo odiado y Yo inadecuado son factores que se relacionan de manera diferente con el resto de variables y que precisan que atendamos a estas diferencias. Entre ellas, parece que generar cambios en el Yo odiado es más complejo. En este sentido, además de necesitar estudios con personas que presenten puntuaciones más altas en HS, probablemente necesitemos mantener una intervención directa sobre este tipo de autocrítica y más prolongada en el tiempo.
3. Hemos encontrado cambios en RS aunque no se mantiene la mejora en el seguimiento (empeoramiento), lo que nos lleva a plantear la necesidad de establecer una intervención más prolongada en el tiempo para permitir la estabilidad e incluso mejora de esta actitud más tranquilizadora, debido a que las ganancias de la finalización del tratamiento desaparecen a los 3 meses de seguimiento.
4. De igual manera, tampoco hay cambios en la sintomatología general (CORE) al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento. Para favorecer los cambios en esta sintomatología es posible que también se precise de más sesiones de intervención.
5. En cuanto a las puntuaciones de depresión, encontramos un cambio al finalizar la intervención, que se mantiene en el seguimiento. Aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento a los 3 meses entre los dos grupos, este hecho podría estar relacionado con la disminución espontánea de las puntuaciones del grupo control (de 4 personas por debajo del punto de corte clínico antes de empezar el tratamiento, nos encontramos con 9 personas por debajo punto de corte clínico en el seguimiento) y no con un empeoramiento del grupo que recibe el tratamiento (sólo una persona vuelve a superar el punto de corte clínico).

6. A la luz de los resultados de ambos estudios, encontramos un comportamiento diferente en Autotranquilizar y Autocompasión. Esto nos hace pensar que efectivamente existen elementos diferenciadores, siendo más amplia la autocompasión, a la cual le podemos atribuir un mayor poder de resiliencia.
7. Debido al incremento de las puntuaciones en SCS y la disminución en el Yo inadecuado, parece que una intervención TFE permite que el cambio como resultado de la terapia favorece que las personas sigan creciendo incluso una vez finalizada la intervención.
8. La alianza terapéutica se encuentra asociada con el cambio en la terapia. No obstante, la alianza informada por el terapeuta no parece ser tan informativa como la referida por el paciente.
9. Futuras investigaciones deberían examinar con pruebas específicas la adherencia al modelo terapéutico por parte de los psicoterapeutas y medir variables de proceso de cambio. Además, es importante incrementar la investigación incluyendo estudios con un grupo control activo y explorar aspectos cualitativos del proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting on the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*, 171–185. doi:10.1037/0033-3204.38.2.171
- Amitay, O. A., Mongrain, M., y Fazaá, N. (2008). Love and control: Self-criticism in parents and daughters and perceptions of relationship partners. *Personality and Individual Differences, 44*(1), 75-85.
- Angus, L., y Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., y Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research, 25*(3), 330-347.
- Angyal, A. (1951). *Neurosis and treatment: A holistic theory*. New York, NY: Wiley.
- Auerbach, J. S., y Blatt, S. J. (2001). Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology, 18*(3), 427.
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., y Carvalho, S. (2015). Forms of Self-Criticising/attacking & Self-Reassuring scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 438-452. doi:10.1111/papt.12049
- Bagby, R. M., Gilchrist, E. J., Rector, N. A., Dickens, S. E., Joffe, R. T., Levitt, A., ... & Kennedy, S. H. (2001). The stability and validity of the sociotropy and autonomy personality dimensions as measured by the Revised Personal Style Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 25*(6), 765-779.
- Bagby, R. M., y Rector, N. A. (1998). Self-criticism, dependency and the five factor model of personality in depression: assessing construct overlap. *Personality and Individual Differences, 24*(6), 895-897.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Baldwin, M. W., y Fergusson, P. (2001). Relational schemas: The activation of interpersonal knowledge structures in social anxiety. *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions to the self and shyness, 235-257*.
- Bareket-Bojmel, L., y Shahar, G. (2011). Emotional and interpersonal consequences of self-disclosure in a lived, online interaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(7), 732-759.

- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator distinction in social psychology. *Journal of Personality and Applied Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York, NY: Raven Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). New York: Guilford.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., y Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory – II Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., y Quinlan, D. M. (1976). *Experiences of depression in normal young adults*. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383-389.
- Blatt, S. J., y Ford, R. Q. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*. Springer Science & Business Media.
- Blatt, S. J., y Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical psychology review*, 12(1), 47-91.
- Blatt, S. J., y Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793–814. doi:10.1017/S0954579409000431
- 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(1), 113.

- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., y Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 125.
- Blatt, S. J., Rounsaville, B., Eyre, S. L., y Wilber, C. (1984). The psychodynamics of opiate addiction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(6), 342-352.
- Blatt, S. J., y Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis & Contemporary Thought, 6*, 187-254.
- Blatt, S. J., y Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical psychology Review, 12*, 527-562.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow III, C. A., y Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 423.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., y Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 162.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C.,... y Sorger, B. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology, 19*(1), 21-28.
- Brown, G. W., Birley, J. L., y Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry, 121*(562), 241-258.
- Campos, R. C., y Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *The European Journal of Psychiatry, 28*(4), 230-241.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., y Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology, 42*(2), 307-309.
- Carver, C. S., y Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 330-337.
- Carver, C. S., La Voie, L., Kuhl, J., y Ganellen, R. J. (1988). Cognitive concomitants of depression: A further examination of the roles of generalization, high standards, and self-criticism. *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*, 350-365.

- Castilho, P., y Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 63-86.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, J. (2015). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 153-164.
- Castonguay, L. G., y Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. xiii (pp. 390). Washington, DC: American Psychological Association; US.
- Chang, E. C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications*. American Psychological Association.
- Choi, B. H., Pos, A. E., y Magnusson, M. S. (2016). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 484-499.
- Clara, I. P., Cox, B. J., y Enns, M. W. (2003). Hierarchical models of personality and psychopathology: The case of self-criticism, neuroticism, and depression. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 91-99.
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: Wiley.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., y Pacheco, M. (2011). Psychometric properties of Spanish versión of Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301.
- Costa Jr, P. T., y McRae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources. Inc.
- Cox, B.J., Fleet, C., y Stein, M.B. (2004) Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227–234.
- Cox, B.J., MacPherson, P., Enns, M., y McWilliams, L. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 105–114.
- Cox, B., Rector, N., Bagby, R., Swinson, R., Levitt, A., y Joffe, R. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 223–228.

- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W., y Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33(4), 479-491.
- de Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive therapy and research*, 33(4), 345.
- de Oliveira, I. R. (2008). Trial-Based Thought Record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 12-18.
- de Oliveira, I. R., Hemmany, C., Powell, V. B., Bonfim, T. D., Duran, E. P., Novais, N., . . . Brazilian TBTR Study Group. (2012). Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*, 17, 16-23.
- de Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., ... y de Oliveira Moraes, R. (2012). Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 37(3), 328-334.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., y Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G., Renner, F., ... y Barber, J. P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 93-104.
- Dolhanty, J., y Greenberg, L.S. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7, 97-116.
- Dolhanty, J., y Greenberg, L. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 366-382.
- Driscoll, R. (1989). Self-condemnation: A comprehensive framework for assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 104-111.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., y Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating behaviors*, 15(4), 638-643.
- Dunkley, DM., Blankstein, K.R., y Flett, G.L. (1998). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053.

- Dunkley, D. M., y Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139-149.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., y McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 106-115.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., y Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 84(1), 234.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., y Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 665-676.
- Ehret, A. M., Joormann, J., y Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504.
- Eisner, L. R., Johnson, S. L., y Carver, C. S. (2008). Cognitive responses to failure and success relate uniquely to bipolar depression versus mania. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 154-163.
- Elliott, R. (2013). Person-Centered-Experiential Psychotherapy for Anxiety Difficulties: Theory, Research and Practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12, 14-30. DOI:10.1080/14779757.2013.767750
- Elliott, R., y Greenberg, L.S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. In A.J. Consoli, L.E. Beutler, & B Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed.) (pp. 106- 120). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., McGrath, C. G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.

- Fazaa, N., y Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, 13, 31–45.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., Gonzáles, E., Bados, A., García-Grau, E., y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure. *Revista de Psicoterpia*, 23(89), 109-135.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., y Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762-765.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. *Madrid: Instituto IAP*.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2014). Self-criticism, perfectionism and eating disorders: The effect of depression and body dissatisfaction. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14, 409– 420.
- Fichman, L., Koestner, R., y Zuroff, D. C. (1994). Depressive styles in adolescence: Assessment, relation to social functioning, and developmental trends. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(3), 315-330.
- Firestone, R. W. (1988). *Voice therapy: A psychotherapeutic approach to self-destructive behavior*. Santa Barbara, CA: Glendon Association.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., y Cahill, S. P. (2006). *Emotional processing theory: An Update*. In B. O. E. Rothbaum (Ed.) *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press; US.
- Francis-Raniere, E., Alloy, L., y Abramson, L. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, 8(4), 382–399.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4). doi:10.1186/1477-7525-12-4
- Gheysen, F., Katis, S, Lee, M. y Delamillieure, P. (2015). Learning to use CFT, the French experience: philosophy, methodology, first data. Centre Esquirol, CHU de Caen, France. Retrieved from: http://s207773256.websitehome.co.uk/conference/conference_2015/presentations_2015/CMF17-FG%20&%20PD%20MANCHESTER231015.pdf
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, England: Erlbaum.

- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2(3), 135-156.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Philadelphia, PA: Frances and Taylor.
- Gilbert, P. (2005a). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Social Mentalities: A Biopsychosocial and Evolutionary Approach to Social Relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New-York, NY: Guilford.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). *Terapia centrada en la compasión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., y Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183.
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., y Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4.
- 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. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., Durrant, R., y McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, 41, 1299-1308. doi:10.1016/j.paid.2006.05.004
- Gilbert, P., Gilbert, J., y Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of affective disorders*, 79(1), 149-160.
- Gilbert, P. y Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate in a group of self-critical people. *Memory*, 12 (4), 507-516.
- Gilbert, P., y Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London, UK: Routledge.

- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., y Baião, R. (2014). Fears of negative emotions in relation to fears of happiness, compassion, alexithymia and psychopathology in a depressed population: a preliminary study. *Journal of Depression and Anxiety*.
- Gilbert, P., y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L., y Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2483–2490.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549.
- Greenberg, L. S. (1979). Resolving splits: Use of the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 316.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8, 32-42.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., y Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic/experiential perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 85-101). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K., y Foerster, F. S. (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression. In C. D. McCann & N. S. Endler (Eds.), *Depression: New directions in theory, research and practice* (pp. 157–185). Toronto: Wall & Emerson.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C., y Bohart, A. C. (2001). *Empathy*. *Psychotherapy*, 38, 380 – 384. doi:10.1037/0033-3204.38.4.380
- Greenberg, L.S. y Johnson, S. M (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Paidós Ibérica.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S., y Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224.
- Greenberg, L.S., y Watson, J.C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., y Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 227–248). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., y Webster, M. C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29(5), 468.
- Halamová, J., Kanovský, M., Gilbert, P., Troop, N. A., Zuroff, D. C., Hermanto, N., Petrocchi, N., Sommers-Spijkerman, M., Kirby, J. N., Shahar, B., Krieger, T., Matos, M., Asano, K., Yu, F., Basran, J., y Kupeli, N. (2018). The Factor Structure of the Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale in Thirteen Distinct Populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-16.
- Halamová, J., Kanovský, M., y Pacúchová, M. (2017). Robust psychometric analysis and factor structure of the Forms of Self-criticizing/Attacking and Self-reassuring Scale. *Ceskoslovenska Psychologie*, 61(4).
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., y DeMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of abnormal psychology*, 94(3), 308.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hermanto, N., y Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The Journal of social psychology*, 156(5), 523-535.
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., y Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324-332.
- Herrmann, I., y Greenberg, L. S. (2007). Emotion types and sequences in emotion-focused therapy. *European Psychotherapy*, 7, 41-60.

- Hiskey, S., y Troop, N. A. (2002). Online longitudinal survey research: Viability and participation. *Social Science Computer Review*, 20, 250–259. Doi:10.1177/089443930202000303
- Hooley, J. M., Gruber, S. A., Parker, H. A., Guillaumot, J., Rogowska, J., y Yurgelun-Todd, D. A. (2009). Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 171(2), 106-119.
- Hooley, J. M., Gruber, S. A., Scott, L. A., Hiller, J. B., y Yurgelun-Todd, D. A. (2005). Activation in dorsolateral prefrontal cortex in response to maternal criticism and praise in recovered depressed and healthy control participants. *Biological psychiatry*, 57(7), 809-812.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., y Pincus, A. L. (2000). *IIP-64/IIP-32 professional manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., y Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. *Psychotherapeutic processes: A research handbook*, 529-556.
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P. J., y Tai, S. (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry research*, 205(1-2), 127-136.
- Iancu, I., Bodner, E., y Ben-Zion, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 58, 165-171.
- Innamorati, M., Tamburello, S., Contardi, A., Imperatori, C., Tamburello, A., Saggino, A., y Balsamo, M. (2013). Psychometric properties of the attitudes toward self-revised in Italian young adults. *Depression research and treatment*, 1-6.
- Janzen, G. D. (2007). What highly self-critical clients experience during therapy. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences*, 68, 4196.

- Kannan, D., y Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166.
- Kelly, A. C., y Carter, J. C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 148-161.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., y Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., y Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301.
- Keltner, D., Kogan, A., Piff, P. K., y Saturn, S. R. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality: Core processes from gene to meme. *Annual review of psychology*, 65, 425-460.
- Kingston, C., y Schuurmans-Stekhoven, J. (2016). Life hassles and delusional ideation: Scoping the potential role of cognitive and affective mediators. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(4), 445-463.
- Klein, D. N., Harding, K., Taylor, E. B., y Dickstein, S. (1988). Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 399.
- Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., et al. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research*, 12, 133-140.
- Koestner, R., Zuroff, D. C., y Powers, T. A. (1991). Family origins of adolescent self-criticism and its continuity into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 191.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kopala-Sibley, D. C., Rappaport, L. M., Sutton, R., Moskowitz, D. S., y Zuroff, D. C. (2013). Self-criticism, neediness, and connectedness as predictors of interpersonal behavioral variability. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 32(7), 770.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., y Moskowitz, D. S. (2014). Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: Dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 141-156.

- Kramer, U., y Pascual-Leone, A. (2016). The role of maladaptive anger in self-criticism: A quasi-experimental study on emotional processes. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(3), 311-333.
- Kupeli, N., Chilcot, J., Schmidt, U. H., Campbell, I. C., y Troop, N. A. (2013). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 12-25.
- Lafrance Robinson, A., McCague, E. A., y Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263-277.
- Lassri, D., y Shahar, G. (2012). Self-criticism mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adults' romantic relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(3), 289-311.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., y Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental psychology*, 35(5), 1268.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-191.
- Lekberg, A. y Wester, S. (2012). Självkritik eller självuppmuntran? Hur vi beter oss mot oss själva vid motgångar: En utprovning av instrumenten FSCRS och FSCS. (Master thesis) Lunds University, Lund, Sweden. Retrieved from: <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/2827165>
- Lerman, S. F., Shahar, G., y Rudich, Z. (2012). Self-criticism interacts with the affective component of pain to predict depressive symptoms in female patients. *European Journal of Pain*, 16(1), 115-122.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., y Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- Luyten, P., y Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.003
- Luyten, P., y Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. *American Psychologist*, 68(3), 172-183. DOI: 10.1037/a0032243 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23586492>

- Luyten, P., Kempke, S., Van Wambeke, P., Claes, S., Blatt, S. J., y Van Houdenhove, B. (2011). Self-critical perfectionism, stress generation, and stress sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome: relationship with severity of depression. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 21-30.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., DeGrave, C., ... y Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586–596. doi:10.1002/da.20272
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., y Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244. doi:10.1002/jclp.20438
- Mayhew, S., y Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 113–138.
- McGuire, M.T. y Troisi, A. (1998). Prevalence differences in depression among males and females: Are there evolutionary explanations? *British Journal of Medical Psychology*, 71, 479-492
- Mearns, D. y Thorne, B. (2003). *La Terapia Centrada en la Persona Hoy: nuevos avances en la teoría y la práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mearns, D. y Thorne, B. (2009). *Counseling Centrado en la Persona en Acción*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores-GAE.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviors related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 66(2), 151-173.
- Mongrain, M., y Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 705–713. doi:10.1002/jclp.20263
- Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., y Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 230.
- Monroe, S. M., y Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin*, 110(3), 406.
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B. y Greenberg, L. S. (2008). *Assimilation of Two Critic Voices in a Centered Therapy for Depression*. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 7(1), 1-19. doi: 10.1080/14779757.2008.9688449
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (1998-2011). *Mplus User's Guide. Seventh Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., y Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.
- O'Connor, R. C., y Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 392-401.
- Oliver, J. M., y Baumgaret, E. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 161-167.
- Paivio, S. C., y Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., y Carvalho, S. (2017). Finding the link between internalized weight-stigma and binge eating behaviors in Portuguese adult women with overweight and obesity: The mediator role of self-criticism and self-reassurance. *Eating behaviors*, 26, 50-54.
- Pascual-Leone, A., y Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875.
- Petrocchi, N., y Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: the mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191-205.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., y Xavier, A. (2013). Centrality of shame memories and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 323-334.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., y Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007–1016.
- Powers, T. A., Koestner, R., Zuroff, D. C., Milyavskaya, M., y Gorin, A. A. (2011). The effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(7), 964-975.

- Priel, B., y Besser, A. (2000). Dependency and self-criticism among first-time mothers: The roles of global and specific support. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(4), 437-450.
- Priel, B., y Shahar, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences, 28*(3), 515-525.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., y Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 24*(5), 571-584.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8*, 787-804.
- Robins, C. J., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., y Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment, 16*(4), 277-300.
- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., y Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on “compassion focused imagery”. *Emotion, 11*, 1388–1396. doi:10.1037/a0023861
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1966). *Psicoterapia Centrada en el Cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rowan, J. (2009). *Personification: Using the dialogical self in psychotherapy and counselling*. Routledge.
- Rudich, Z., Lerman, S. F., Gurevich, B., y Shahar, G. (2010). Pain specialists' evaluation of patient's prognosis during the first visit predicts subsequent depression and the affective dimension of pain. *Pain Medicine, 11*(3), 446-452.
- Rudich, Z., Lerman, S. F., Gurevich, B., Weksler, N., y Shahar, G. (2008). Patients' self-criticism is a stronger predictor of physician's evaluation of prognosis than pain diagnosis or severity in chronic pain patients. *The Journal of Pain, 9*(3), 210-216.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A., y González, M. P. (2012). Terapia Cognitiva, en: Ruiz, M.A., Díaz, M.I., y Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: DDB.
- 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 practice. *Journal of Personality Disorders*, 24, 499–515.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y 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.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., y Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496-507.
- Shahar, B., Doron, G., y Szepeswol, O. (2015). Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 570-579.
- Shahar, B., Szepeswol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., y Levit-Binnun, N. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 346-356.
- Shahar, G. (2001). Shame, Personality, and the breakdown of social relations: the voice of quantitative depression research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64, 228–239.
- Shahar, G. (2006a). An investigation of the perfectionism/self-criticism domain of the personal style inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 185-200.
- Shahar, G. (2006b). Clinical action: Introduction to the special section on the action perspective in clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1053-1064.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. New York: Oxford University Press.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Kuperminc, G. P., y Leadbeater, B. J. (2004). Reciprocal relations between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive therapy and research*, 28(1), 85-103.

- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., y Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(2), 140-154.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., y Pilkonis, P. A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 629.
- Shahar, G., y Davidson, L. (2009). Participation-engagement: A philosophically based heuristic for prioritizing clinical interventions in the treatment of comorbid, complex, and chronic psychiatric conditions. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 72*(2), 154-176.
- Shahar, G., y Henrich, C. C. (2013). Axis of criticism model (ACRIM): An integrative conceptualization of person–context exchanges in vulnerability to adolescent psychopathology. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(3), 236.
- Shahar, G., Henrich, C.C., Blatt, S.J., Ryan, R., y Little, T.D. (2003). Interpersonal relatedness, self-definition, and their motivational orientation during adolescence: Atheoretical and empirical investigation. *Developmental Psychology, 39*, 470– 483.
- Shahar, G., Henrich, C. C., Winokur, A., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., y Leadbeater, B. J. (2006). Self-criticism and depressive symptomatology interact to predict middle school academic achievement. *Journal of clinical psychology, 62*(1), 147-155.
- Shahar, G., Kalnitzki, E., Shulman, S., y Blatt, S. J. (2006). Personality, motivation, and the construction of goals during the transition to adulthood. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 53-63.
- Shahar, G., y Priel, B. (2003). Active vulnerability, adolescent distress, and the mediating/suppressing role of life events. *Personality and Individual Differences, 35*(1), 199-218.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., y Levit-Binnun, N. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy, 22*(4), 346-356.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., y Griffiths, M. D. (2015). Buddhist-derived loving-kindness and compassion meditation for the treatment of psychopathology: A systematic review. *Mindfulness, 6*(5), 1161-1180.
- Shulman, S., Kalnitzki, E., y Shahar, G. (2009). Meeting developmental challenges during emerging adulthood: The role of personality and social resources. *Journal of Adolescent Research, 24*(2), 242-267.

- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., y Holden, R. R. (2016). Parental rejection, personality, and depression in the prediction of suicidality in a sample of nonclinical young adults. *Psychoanalytic Psychology*, 33(4), 554.
- Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., ten Klooster, P., Schreurs, K., Gilbert, P., y Bohlmeijer, E. (2017). Development and Validation of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale—Short Form.
- Southwick, S.M., Yehuda, R., y Giller, E.L. (1995). Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 789–791.
- Stiegler, J. R. (2018). *Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention*. University of Bergen, Bergen, Norway.
- Stiegler, J. R., Molde, H., y Schanche, E. (2018). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 86-95.
- Stiles, W.B. (1997). Signs and voices: Joining a conversation in progress. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 169-176.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21, (4) 367-384. doi: 10.1080/10503307.2011.582186
- Stinckens, N., Lietaer, G., y Leijssen, M. (2013a). Working with the inner critic: Process features and pathways to change. *Person-centered & Experiential psychotherapies*, 12(1), 59-78.
- Stinckens, N., Lietaer, G., y Leijssen, M. (2013b). Working with the inner critic: Therapeutic approach. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(2), 141-156.
- Straccamore, F., Ruggi, S., Lingiardi, V., Zanardi, R., Vecchi, S., y Oasi, O. (2017). Personality factors and depressive configurations. an exploratory study in an Italian clinical sample. *Frontiers in psychology*, 8, 251.
- Strong, M. (1998). *A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain*. New York: Penguin Group.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Soundy, A., ... y Schuch, F. B. (2016). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. *Journal of affective disorders*, 190, 457-466.
- Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge.

- Timulak, L., y Pascual-Leone, A. (2015). New Developments for Case Conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6). <https://doi.org/10.1002/cpp.1922>
- Torres, G. H. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2), 111-121.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation - outcome measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466. doi:10.2147/NDT.S103079
- Viglione Jr, D. J., Clemmey, P. A., y Camenzuli, L. (1990). The depressive experiences questionnaire: a critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 52-64.
- Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p.111–128). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-005>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., y Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773.
- Watson, J. C., y Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the American Educational Research Association Annual Convention, Toronto, Canada.
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., y Reiss, N. (2018). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review-Update. *Journal of affective disorders*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>
- Whelton W. J. (2000). *Emotion in self-criticism*. Unpublished Ph.D. thesis, University of York, Canada.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58–71.
- Whelton, W. J., y Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. doi:10.1016/j.paid.2004.09.024

- Whelton, W. J., y Henkelman, J. J. (2002). A verbal analysis of forms of self-criticism. *Alberta Journal of Educational Research*, 48(1).
- Whelton, W. J., Paulson, B., y Marusiak, C. W. (2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(2), 135-148.
- Xavier, A., Gouveia, J. P., y Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: *The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion*. In *Child & Youth Care Forum*, 45(4), 571-586. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9346-1>.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., y Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 114.
- Zuroff, D. C., y Duncan, N. (1999). Self-criticism and conflict resolution in romantic couples. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 31(3), 137.
- Zuroff, D. C., Igreja, I., y Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., y Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 18(4), 367-385.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., y Franko, D. L. (1983). Construct validation of the Dependency and Self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226-241.
- Zuroff, D., Santor, D., y Mongrain, M. (2005). Dependency, selfcriticism, and maladjustment. Relatedness, self-definition and mental representation (pp. 75–90). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p.111–128). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-005>

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de datos del participante y consentimiento informado (Estudio 1).

ANEXO 2. Inventario de Depresión de Beck, BDI-II.

ANEXO 3. Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS.

ANEXO 4. Escala de funciones de la Auto-Crítica/Ataque, FSCS.

ANEXO 5. Escala Niveles de Auto-Crítica, LOSC.

ANEXO 6. Escala de Auto-compasión, SCS.

ANEXO 7. Cuestionario de datos socio demográficos y consentimiento informado (Estudio 2).

ANEXO 8. Compromiso de confidencialidad.

ANEXO 9. Clinical Outcomes in Rutine Evaluation – Outcome Measure, CORE –OM (versión mujer).

ANEXO 10. Clinical Outcomes in Rutine Evaluation – Outcome Measure, CORE –OM (versión hombre).

ANEXO 11. Inventario de Relaciones Interpersonales, IIP-32.

ANEXO 12. Inventario de Alianza Terapéutica, versión abreviada, WAI-S (paciente).

ANEXO 13. Inventario de Alianza Terapéutica, versión abreviada, WAI-S (terapeuta).

ANEXO 14. Valoración del Comité de ética.

ANEXO 1. Cuestionario de datos del participante y consentimiento informado.

El siguiente estudio forma parte del proyecto de tesis de Carlos López Cavada, alumno de Doctorado de la Universidad Pontificia de Comillas.

Este estudio tiene como objetivo la mejora de las mediciones de aspectos emocionales, así como la relación de uno consigo mismo.

Para realizar este estudio se aplicarán cinco escalas que serán cumplimentadas de manera confidencial, además, el análisis de los datos se llevará a cabo de manera grupal, sin hallar datos o conclusiones individuales.

La participación en el estudio es voluntaria y se puede abandonar en el momento que se desee.

A continuación se recogerán una serie de datos socio-demográficos que tienen interés estadístico.

IDENTIFICADOR:
(Últimos 4 dígitos DNI/NIE y letra)

FECHA:

SEXO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL (soltero, casado/pareja de hecho, viudo/a...):

PROFESIÓN:

¿Se encuentra usted en el momento actual en tratamiento psicoterapéutico?

SÍ

NO

Una vez analizados los cuestionarios, se ofrecerá a los participantes la posibilidad de realizar un programa de mejora del bienestar psicológico y emocional. El programa consistirá en un número determinado de sesiones individuales con un psicoterapeuta que aplicará diferentes técnicas. Si desea participar en este segundo procedimiento, indíquelo en la parte inferior. Nos pondremos en contacto con usted.

Si desea participar indique el medio de contacto medio de contacto (mail/teléfono...):

ANEXO 2. Inventario de Depresión de Beck, BDI-II.

CUESTIONARIO 1

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.

- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con Uno Mismo
- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3 No me gusta a mí mismo.
8. Auto-crítica
- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamiento o Deseos Suicidas
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Querría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento.
12. Pérdida de Interés
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más de lo habitual.

1b Duermo un poco menos de lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 3. Escala de Formas de Auto-Crítica/Ataque y Auto-Tranquilizarse, FSCRS.

CUESTIONARIO 2

Cuando las cosas van mal en nuestra vida o no funcionan como lo esperábamos, y sentimos que podríamos haberlo hecho mejor, a veces tenemos pensamientos negativos y auto-críticos. Esto puede llevar la forma de sentimientos de falta de valía, de inutilidad, e inferioridad, etc. Sin embargo, las personas pueden también probar a ser de apoyo consigo mismos. Debajo hay una serie de pensamientos y sentimientos que a veces las personas tienen. Lee atentamente cada frase y rodea el número que mejor describa cómo de verdadera es esa afirmación para ti.

Por favor, use la siguiente escala.

0	1	2	3	4
Nada, absolutamente no	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Cuando las cosas me van mal:

1. Me decepciono fácilmente conmigo mismo. 0 1 2 3 4
2. Hay una parte de mí que me critica. 0 1 2 3 4
3. Soy capaz de recordarme a mí mismo cosas positivas de mí. 0 1 2 3 4
4. Encuentro difícil controlar mi enfado y frustración hacia mí. 0 1 2 3 4
5. Encuentro fácil perdonarme a mí mismo. 0 1 2 3 4
6. Hay una parte de mí que siente que no soy suficientemente bueno 0 1 2 3 4
7. Me siento agotado por mis pensamientos autocríticos. 0 1 2 3 4
8. Aún me gusta ser yo. 0 1 2 3 4
9. He llegado a estar tan enfadado conmigo mismo que quiero herirme o lesionarme a mí mismo 0 1 2 3 4
10. Tengo un sentimiento de repulsión conmigo mismo. 0 1 2 3 4
11. Aún me puedo sentir digno de amor y aceptable. 0 1 2 3 4
12. He parado de cuidarme a mí mismo. 0 1 2 3 4
13. Encuentro fácil gustarme a mí mismo. 0 1 2 3 4
14. Recuerdo y me aflijo por mis fracasos. 0 1 2 3 4

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. A veces me digo cosas ofensivas a mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Soy amable conmigo mismo y me apoyo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. No puedo aceptar fallos y contratiempos sin sentirme insuficiente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Pienso que merezco mi auto-crítica. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de mirar y cuidar de mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hay una parte de mí que quiere deshacerse de las partes
que no me gustan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Me animo/aliento para el futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. No me gusta ser yo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 4. Escala de funciones de la Auto-Crítica/Ataque, FSCS.

CUESTIONARIO 3

Puede haber muchas razones por las que las personas se vuelven críticas y enfadas con ellas mismas. Lee cuidadosamente cada frase y redondea el número que mejor describe como de verdadera es esa frase para ti.

0	1	2	3	4
En absoluto es verdadera para mí	Un poco verdadera para mí	Moderadamente verdadera para mí	Bastante verdadera para mí	Extremadamente verdadera para mí

Me pongo crítico y me enfado conmigo mismo:

1. Para asegurarme que sigo mis principios y valores. 0 1 2 3 4
2. Para pararme a mí mismo de estar feliz. 0 1 2 3 4
3. Para mostrar que me preocupo de mis errores. 0 1 2 3 4
4. Porque, si me castigo, me siento mejor. 0 1 2 3 4
5. Para dejar de estar perezoso. 0 1 2 3 4
6. Para dañar a una parte de mí mismo. 0 1 2 3 4
7. Para mantenerme bajo control. 0 1 2 3 4
8. Para castigarme por mis errores. 0 1 2 3 4
9. Para hacer frente a mis sentimientos de asco conmigo mismo. 0 1 2 3 4
10. Para vengarme de una parte de mí. 0 1 2 3 4
11. Para parar de coger un exceso de confianza en mí mismo. 0 1 2 3 4
12. Para parar de estar enfadado con otros. 0 1 2 3 4
13. Para destruir una parte de mí. 0 1 2 3 4
14. Para concentrarme mejor. 0 1 2 3 4
15. Para conseguir que otros me calmen. 0 1 2 3 4
16. Para evitar convertirme en arrogante. 0 1 2 3 4
17. Para prevenir bochornos futuros. 0 1 2 3 4
18. Para recordarme mis fracasos pasados. 0 1 2 3 4

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. Para evitar cometer errores menores. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Para recordarme mis responsabilidades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Para notar las cosas que odio de mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 5. Escala Niveles de Auto-Crítica, LOSC.

CUESTIONARIO 4

Este cuestionario contiene unas frases que describen como diferentes personas se sienten acerca de sí mismos. Lee cada frase y decide cómo de verdadera es cada una para ti eligiendo una de las opciones al lado de cada frase. Por favor, recuerda que no hay respuestas buenas o malas y que cada persona elegirá alguna distinta.

	<i>Totalmente en desacuerdo</i>		<i>Ni en desacuerdo ni acuerdo</i>			<i>Totalmente de acuerdo</i>	
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
1. Me vuelvo muy irritable cuando fallo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
2. Tengo un sentido de inferioridad irritante.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
3. Estoy muy frustrado conmigo mismo cuando no cumplo con los principios y valores que tengo para mí mismo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
4. Suelo sentirme incómodo en situaciones sociales en las que no sé qué esperar.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
5. A menudo me enfado mucho conmigo mismo cuando fallo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
6. No gasto mucho tiempo preocupándome sobre lo que otras personas puedan pensar sobre mí.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
7. Me disgusto mucho cuando fallo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
8. Si estás abierto a hablar con otras personas sobre tus debilidades, seguramente ellos sigan respetándote.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
9. El fracaso es una experiencia muy dolorosa para mí.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
10. A menudo me preocupa que otras personas se enteren de quien realmente soy y ellos estén molestos conmigo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
11. Yo no suelo preocuparme por la posibilidad de fracasar.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
12. Estoy seguro de que la mayoría de las personas que me importan me aceptarán por lo que soy.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
13. Cuando no tengo éxito, me descubro a mí mismo preguntándome hasta qué punto merezco la pena.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
14. Si les das a las personas el beneficio de la duda, es probable que se aprovechen de ti.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
15. Me siento como un fracaso cuando no lo hago tan bien como me gustaría.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
16. Suelo sentirme cómodo cuando la gente me pregunta sobre mí mismo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
17. Si yo fallo en un aspecto, eso refleja lo pobre que soy como persona.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
18. Temo que si la gente llegase a conocerme demasiado bien, no me respeten.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
19. Frecuentemente me comparo a mí mismo con mis metas y mis ideales.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
20. Raramente me siento avergonzado de mí mismo.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
21. Ser abierto y honesto suele ser la mejor manera de mantener el respeto de los demás.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
22. Hay veces que es necesario ser algo deshonesto con el fin de conseguir lo que deseas.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>

- _____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.
- _____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
- _____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
- _____ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
- _____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.
- _____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
- _____ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.
- _____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.
- _____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.
- _____ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
- _____ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIO 2).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente estudio forma parte del proyecto de tesis de Carlos López Cavada, alumno de Doctorado de la Universidad Pontificia de Comillas.

Este estudio tiene como objetivo poder evaluar variables relacionadas con un mayor éxito en el proceso terapéutico, siendo el fin último la mejora en el bienestar emocional del participante. En particular se pretende trabajar con un elemento tan importante en el bienestar emocional y la relación intrapersonal como es la autocrítica.

Para ello, se realizará un trabajo personal cuya modalidad variará en función al grupo al que sea usted asignado, de manera aleatoria. De esta forma, un primer grupo participará en 12 sesiones de terapia individual, con carácter semanal. El segundo grupo realizará una sesión grupal sobre el trabajo terapéutico de la autocrítica. Además, ambos grupos deberán cumplimentar cuestionarios en momentos determinados. Estas sesiones tienen un carácter gratuito y se pueden interrumpir en el momento en que el participante lo desee.

Los horarios para la participación en el mismo, se determinarán de acuerdo con el psicólogo encargado de realizar las sesiones terapéuticas. Se ruega que en caso de tener dificultades de algún tipo para asistir o ante el deseo de abandonar la participación en el estudio, se avise con antelación al terapeuta de modo que pueda prever la situación y facilitar la organización del proyecto.

Las sesiones serán grabadas para poder llevar a cabo la evaluación de las mismas, más concretamente la evaluación del terapeuta y las técnicas aplicadas, siendo estas supervisadas por el profesor Leslie Greenberg de la Universidad de York (Canadá).

Resaltamos el compromiso tanto de los psicólogos que llevan a cabo las sesiones, como del doctorando arriba referenciado y del supervisor de casos, por mantener la confidencialidad de los datos personales de cada participante. En la página siguiente podrá encontrar una copia del compromiso de confidencialidad firmada por el doctorando de este proyecto.

A continuación se recogerán una serie de datos socio-demográficos que tienen interés estadístico.

SEXO:

EDAD:

ESTADO CIVIL (soltero, casado/pareja de hecho, viudo/a...):

NIVEL EDUCATIVO:

ANEXO 8. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Documento de confidencialidad

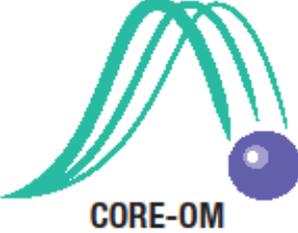
Título de la investigación: “Autocrítica y Terapia Focalizada en la Emoción: el trabajo del yo crítico mediante la tarea de las dos sillas”.

Yo, D. Carlos López Cavada, en calidad de doctorando del Proyecto de tesis “Autocrítica y Terapia Focalizada en la Emoción: el trabajo del yo crítico mediante la tarea de las dos sillas” me comprometo a garantizar el mantenimiento de la confidencialidad de los datos personales recogidos en la investigación y su correcta custodia, de acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y para que conste, firmo el presente documento en Madrid, con fecha ___ de _____ de 2017

Firma:

ANEXO 9. CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION – OUTCOME MEASURE, CORE –OM (VERSIÓN MUJER).



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Mujer
Hombre

Fase actual
S Selección
R Derivación
A Evaluación
F Primera sesión de terapia
P Pre-terapia
D Durante terapia
L Última sesión de terapia
X Seguimiento 1
Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**
Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO MONITORIAL
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

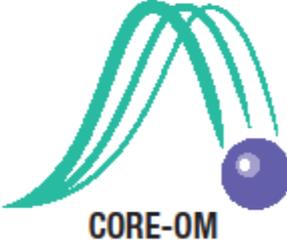
Puntuación total

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

ANEXO 10. CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION – OUTCOME MEASURE, CORE –OM (VERSIÓN HOMBRE).



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Hombre

Mujer

Fase actual

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**
Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	uso mensual
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	0-50 por ciento
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="text"/>					
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

ANEXO 11. INVENTARIO DE RELACIONES INTERPERSONALES, IIP-32.

IIP-32

Las personas cuentan que tienen problemas cuando se relacionan con los demás. Por favor lea la lista de afirmaciones que viene a continuación y para cada una de ellas considere si ha sido un problema con respecto a cualquier persona importante en su vida. A continuación señale con un círculo el grado de alteración que ha supuesto para usted.

A continuación se describen cosas que puede encontrar difíciles de hacer con los demás

Es difícil para mí:

		Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bas- tante difícil 3	Mu- cho difícil 4	
1	Decir que "no" a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	1
2	Juntarme a grupos de gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	2
3	Guardar en secreto cosas íntimas a otras personas	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	3
4	Decirle a alguien que deje de molestarte	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	4
5	Presentarme a gente desconocida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	5
6	Plantear cara a cara a los demás los problemas que surgen	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	6
7	Ser firme con alguien	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	7
8	Hacer saber a los demás que estoy enfadado	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	8
9	Relacionarme y alternar con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	9
10	Mostrar afecto a la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	10
11	Llevarme bien con la gente	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	11
12	Estar firme cuando lo necesito	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	12
13	Sentir cariño o afecto por otra persona	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	13

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. Santander 39004. ESPAÑA

Tel.: 942 22 33 01 / Fax: 942 22 38 94 / www.fundipp.org / secretaria@fundipp.org

14	Apoyar a alguien en sus metas en la vida	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	14
15	Sentirme cercano a los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	15
16	Preocuparme de verdad de los problemas de los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	16
17	Poner las necesidades de otro antes que las mías	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	17
18	Sentirme bien por la felicidad de otro	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	18
19	Pedirle a otros que se relacionen y hagan cosas conmigo	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	19
20	Ser firme sin preocuparme de herir los sentimientos de los demás	Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Algo difícil 2	Bastante difícil 3	Muy difícil 4	20

Hago demasiado las cosas siguientes:

21	Me abro demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	21
22	Soy demasiado agresivo hacia los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	22
23	Trato de contentar demasiado a los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	23
24	Quiero demasiado que se fijen en mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	24
25	Trato de controlar demasiado a la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	25
26	Pongo demasiadas veces las necesidades de los demás antes que las mías	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	26
27	Soy demasiado generoso con los demás	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	27
28	Manipulo demasiado a los demás hasta conseguir lo que quiero	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	28
29	Hablo demasiado de cosas personales con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	29
30	Disputo demasiado con la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	30
31	Dejo demasiado que la gente se aproveche de mí	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	31
32	Me afectan demasiado las desgracias de la gente	Nada 0	Un poco 1	Algo 2	Bastante 3	Mucho 4	32

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. Santander 39004. ESPAÑA

Tel.: 942 22 33 01 / Fax: 942 22 38 94 / www.fundipp.org / secretaria@fundipp.org

ANEXO 12. INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA, VERSIÓN ABREVIADA, WAI-S (PACIENTE).

WAI-S (Español)

Corbella S, Botella L, Gomez T, Herrero O, Pacheco M. (2011) Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología* 27, 298-301.

Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.

Cliente:
Terapeuta:
Sesión n°:
Fecha de la sesión:

Por favor, evalúe la sesión de hoy según estas afirmaciones. Rodee con un círculo la puntuación que mejor describa su opinión usando el sistema siguiente:

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.

1 2 3 4 5 6 7

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1 2 3 4 5 6 7

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1 2 3 4 5 6 7

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1 2 3 4 5 6 7

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.

1 2 3 4 5 6 7

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1 2 3 4 5 6 7

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1 2 3 4 5 6 7

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1 2 3 4 5 6 7

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 13. INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA, VERSIÓN ABREVIADA, WAI-S (PACIENTE).

Marca con una cruz el número que mejor define tu situación, sustituyendo ___ mentalmente por el nombre del cliente.

1. Como resultado de las sesiones el participante tiene más claro cómo puede cambiar.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

2. Lo que el participante está haciendo en terapia le proporciona nuevas maneras de entender su problema.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

3. Me cae bien el participante

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

4. El participante y yo colaboramos en el establecimiento de las metas de su terapia.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

5. El participante y yo, sentimos respeto el uno por el otro.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

6. El participante y yo estamos trabajando hacia objetivos consensuados.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

7. Siento aprecio por el participante.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre



8. El participante y yo estamos de acuerdo en lo que es importante que él/ella trabaje.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

9. Me preocupo por el participante incluso cuando no estoy de acuerdo con las cosas que él/ella hace.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

10. Creo que las cosas que hacemos en terapia ayudarán al participante a conseguir los cambios que él/ella quiere.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

11. El participante y yo hemos logrado un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para él/ella.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

12. Creo que la manera en la que estamos abordando el problema del participante es adecuada.

①	②	③	④	⑤
Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

ANEXO 14. VALORACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.



Madrid, 22 de mayo de 2017

Para: Excmo. Sr. Vicerrector de Investigación, Desarrollo e Innovación

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto intitulado "AUTOCRÍTICA Y TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: EL TRABAJO DEL YO CRÍTICO MEDIANTE LA TAREA DE LAS DOS SILLAS".

Siguiendo el procedimiento establecido, el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid analizó en mayo de 2017 el proyecto de investigación sometido por D. Carlos López Cavada y emitió el siguiente dictamen:

El doctorando ha tenido un cuidado exquisito en la selección de instrumentos y en el diseño del procedimiento para asegurar en todo momento el bienestar de los participantes y no generar más molestia de la imprescindible. Ha contemplado incluso la posibilidad de ofrecer atención en el caso de que durante la intervención el participante quisiera seguir profundizando en el tema, asegurándose de que no haya conflicto alguno de intereses si se da el caso. Presenta el compromiso de confidencialidad de los datos recogidos, el consentimiento informado de los participantes -muy bien detallado-, y el tratamiento de los datos asegura al máximo su anonimato y el cumplimiento de la LOPD. El planteamiento tiene en cuenta todos los posibles aspectos éticos que habría que cuidar.

El Comité considera por tanto adecuado que el estudio prosiga en los términos establecidos por el proyecto.

Atentamente,

Dr. D. Francisco Javier de la Torre
Presidente

Dr. D. Raúl González Fabre
Secretario