



**Estudio de Caso: Sanando un Crítico Interno Abusivo y una Herida de
Insuficiencia**

Carlos Vilches Aguilera

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Máster en Psicología General Sanitaria

Supervisado por Carlota E. Martín

21 de Mayo de 2022

Índice

1. Introducción:	4
1.1. Contexto histórico de desarrollo de la Terapia focalizada en la Emoción:	5
1.2 Bases teóricas de la Terapia Focalizada en la Emoción:	6
1.3 Bases teóricas de la Terapia de Mindfulness y autocompasión:	8
2. Diseño:	9
3. Metodología y evaluación:	10
4. Presentación del caso:	10
5. Antecedentes:	12
6. Evaluación inicial:	12
7. Formulación de caso:	14
7.2. Formulación relacional y familiar:	15
7.3. Aportaciones de Mindfulness y Autocompasión:	15
8. Tratamiento y Curso:	16
9. Resultados de la Intervención:	26
9.1. Resultados cuantitativos:	26
9.2. Resultados Cualitativos	29
9.2.1. Formulación de foco:	29
9.2.2. Cambios en los sistemas de regulación:	30
10. Discusión:	30
11. Bibliografía:	33

Resumen:

Este caso muestra una intervención en coterapia haciendo uso de un equipo terapéutico para tratar un caso diagnosticado como depresión y trastorno de ansiedad.

La intervención ha sido centrándose en la Terapia Focalizada en la Emoción y apoyándose en técnicas de Mindfulness y Autocompasión, mostrando una manera ligeramente diferente de intervenir en una problemática muy común.

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción la patología inicial consistiría tanto en una incapacidad de expresar su enfado primario adaptativo (siendo este expresado con vergüenza primaria desadaptativa) como por una autocrítica muy fuerte. Esto impediría a la paciente cubrir sus necesidades básicas de sentirse querible, válida, conectada y vista.

Los resultados cuantitativos parecen mostrar un avance terapéutico en el proceso tras la sesión 8, pero resultan inconclusos, sobre todo teniendo en cuenta que no ha sido realizada una evaluación tras el tratamiento ya que este sigue en curso.

Los resultados obtenidos a nivel cualitativo parecen mostrar que la paciente es capaz tras la terapia de conectar con sus emociones primarias adaptativas de una manera mucho más fluida, siendo capaz de mostrar un enfado asertivo y de buscar cubrir sus necesidades de manera más eficaz.

Por otro lado, su autocrítica ha disminuido notablemente, siendo su manera de tratarse a sí misma más positiva.

Palabras clave: Estudio de caso, Terapia Focalizada en la Emoción, Ansiedad, Depresión

Abstract:

This case shows a treatment using co-therapy with a therapeutic team in a case diagnosed with depression and anxiety disorder.

The intervention has been mainly centred on Emotion Focused Therapy and have used Mindfulness and Self-Compassion techniques, showing a slightly different way of working with a very common type of problem.

From an Emotion Focused Therapy perspective, the initial pathology will include the inability to express a primary anger (being expressed as a maladaptive primary shame) and a very strong self-critic. This will prevent the patient from fulfilling her basic needs of feeling worthy, lovable, connected and seen.

The quantitative analysis results seem to show an advance in the therapeutic process after session 8, but the results are inconclusive as there is no post-treatment evaluation as the treatment is still ongoing.

On one hand the qualitative results seem to show that the patient is able to connect much more fluidly with her primary adaptative emotions, being able to show assertive anger and being able to fulfil her basic needs in a more effective way.

On the other hand, her self-critic has been greatly soothe, treating herself in a much more positive way.

Keywords: Case study, Emotion Focused Therapy, Anxiety, Depression

1. Introducción:

Este caso se caracteriza por una sintomatología ansioso-depresiva muy común en la práctica clínica tratada desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) con la aportación de técnicas de Mindfulness y Autocompasión.

Este documento busca reflejar la intervención realizada sobre “Ana” desde una perspectiva guiada por la TFE con aportaciones de Mindfulness y Autocompasión. Debido a que no es común realizar estudios de caso de TFE con la aportación de técnicas de otros modelos creemos que puede servir de guía a otros terapeutas en situaciones similares.

En este caso buscamos sanar las heridas nucleares de la paciente que han generado un diagnóstico previo de depresión y ansiedad. Creemos que el ambiente familiar que Ana ha vivido ha generado un crítico interno muy fuerte y una herida de insuficiencia. Creemos también que al permanecer en el contexto que ha generado el problema junto a la interrupción del enfado hacia sus padres han mantenido el problema.

Las sesiones se han estructurado utilizando coterapia y equipo terapéutico, dejando siempre alrededor de un cuarto de hora tras la sesión para que el equipo discuta lo acontecido en sesión.

1.1. Contexto histórico de desarrollo de la Terapia focalizada en la Emoción:

En cuanto a contexto histórico, la investigación de lo que acabaría siendo la TFE comenzó en la década de los años 50.

En esta época Greenberg y Rice empezaron a trabajar juntos en la búsqueda de cambios de procesos más que de resultados. Mediante este proceso, los investigadores veían que respuestas del terapeuta propiciaban cambios en los procesos psicopatológicos de los pacientes, lo que derivaría al análisis de tareas utilizado actualmente en la TFE. (Greenberg & Goldman, 2019)

Rice y Greenberg investigaron la terapia centrada en el cliente y se interesaron por la respuesta evocadora que, utilizada en los momentos en que el paciente se encontraba confuso o preocupado ante una sensación, parecía predecir un cambio terapéutico positivo. Esto les llevó a sugerir el modelo de procesamiento de información como base teórica para explicar la terapia centrada en el cliente, siendo el terapeuta un facilitador de la experiencia interna del sujeto. A nivel teórico estas respuestas eficaces de los terapeutas estarían cambiando esquemas de pensamientos mediante el reprocesamiento de la experiencia. (Greenberg et al., 1988)

Greenberg también investigó las terapias humanistas experienciales y, siguiendo a autores como Rogers y Pearls, se centró en las respuestas emocionales de los pacientes, clasificando éstas a nivel teórico según su ajuste al medio y cómo las intervenciones de los terapeutas facilitaban su cambio en terapia. (Greenberg & Goldman, 2019)

Greenberg empezó a ver las emociones como algo básico en la comunicación entre la pareja y participó en el desarrollo de la terapia focalizada en la emoción para parejas.

Siendo influenciado por la psicoterapia sistémica Johnson y Greenberg crearon una intervención “experiencial-sistémica” para tratar a parejas. (Johnson et al 2005). Esto derivó a la investigación de terapia de pareja siguiendo el modelo de la TFE, publicándose en 1988 “Emotionally focused therapy for couples” como primer manual de pareja. (Greenberg et al 1988).

En 1986 Greenberg volvió a centrarse en la terapia individual, trabajando con Rice y utilizando el análisis de tareas como método de investigación.

Siguiendo esta metodología empezaron a buscar marcadores (elementos que, si son trabajados en terapia siguiendo una serie de pasos, llevan a la mejoría terapéutica) relacionados con los procesos terapéuticos exitosos.

Greenberg, con formación Gestalt, se centró en el trabajo con sillas de la Gestalt analizando qué sillas derivaban a un cambio terapéutico con el objetivo de estandarizar un procedimiento y de generar una teoría del cambio. Greenberg advirtió que las sillas exitosas eran aquellas que ponían en contacto dos esquemas distintos del self (escisiones), permitiendo integrar ambos aspectos de uno mismo. (Greenberg & Goldman, 2019)

Elliot por su parte investigó los micromarcadores de modos de respuesta terapéutica y se interesó en la práctica de focusing de Gendlin.

Utilizando estas investigaciones y apoyándose en los descubrimientos realizados anteriormente, Greenberg, Rice y Elliot trabajaron juntos en la publicación del manual “Facilitando el cambio emocional: Un proceso momento a momento” (Greenberg et al., 1993), creando así un manual específico para terapia individual con principios y métodos de intervención propios, asentando así la terapia experiencial de procesos, actualmente conocida como Terapia Focalizada en la Emoción. (Greenberg & Goldman, 2019)

1.2 Bases teóricas de la Terapia Focalizada en la Emoción:

La TFE ve el proceso terapéutico como la ayuda para crear nuevos (y más funcionales) significados emocionales, facilitando la transformación de las emociones desde el marco de la experiencia del paciente. Es una terapia de corte humanista que busca la reformulación de la experiencia actual centrándose en el aquí y ahora o trayendo experiencias pasadas que siguen presentes en el paciente.

Durante la entrevista terapéutica el terapeuta busca marcadores de problemas de procesamiento emocional con el fin de realizar actividades de procesamiento emocional que ayuden a resolver los problemas emocionales subyacentes.

Este enfoque diferencia las emociones según cómo son formadas y como de adaptativas son para la persona:

Las emociones primarias adaptativas son vividas como nuevas por los pacientes al ser la primera reacción del organismo ante un estímulo y concordar con las necesidades reales del organismo (originando una respuesta adaptativa a este). Por ejemplo, tristeza ante una pérdida.

Estas emociones llevarían a la satisfacción de las necesidades de la persona en el entorno, centrándonos en las necesidades relacionales de sentirnos seguros, conectados y aceptados. (Timulak, 2015).

Por su parte las emociones primarias desadaptativas son reacciones emocionales automáticas ante un estímulo que han sido aprendidas. Están estrechamente relacionadas con las heridas nucleares, (que forman parte del esquema emocional formado a través de las experiencias de la persona) y generan una manera desadaptativa de relacionarse con el entorno. Esto impediría que se satisficiesen las necesidades de la persona.

El esquema emocional de las personas se iría desarrollando a medida que la persona se va relacionando con otros y es aprendido de manera social o interna. Un ejemplo de primaria desadaptativa sería responder con miedo ante el enfado si el individuo ha sido criado en un entorno donde el enfado era recibido con violencia. La persona no se dejaría sentir enfado ante una situación donde sus límites son violados, pero esta emoción no llegaría a la consciencia siendo el miedo la reacción emocional dominante. Poco a poco la respuesta de miedo se volvería el estímulo automático ante situaciones donde sería más adaptativo el enfado.

Las emociones secundarias serían reacciones a otras emociones primarias que han sido censuradas. Es algo aprendido socialmente y se diferencian de las primarias desadaptativas en que la emoción primaria sigue siendo sentida. Son sentidas como poco claras y no informan sobre una manera adaptativa de relacionarse con el entorno. Un ejemplo sería una persona criada en un entorno donde la tristeza era censurada, y, ante

una pérdida siente tristeza y, al ser ésta inaceptable, responde con ira. (Greenberg & Goldman, 2019)

Los esquemas emocionales dominados por emociones primarias desadaptativas y secundarias donde no se identifica una separación emocional clara se caracterizan por dejar a la persona en un estado de “malestar general”, una sensación de que hay un malestar al que no se le puede asociar causa. Sería este el estado del paciente más habitual al inicio de la psicoterapia. (Timulak, 2015)

1.3 Bases teóricas de la Terapia de Mindfulness y autocompasión:

Mindfulness y autocompasión es un tipo de terapia centrada en prestar atención al momento presente, sin juzgar las acciones y emociones actuales, simplemente aceptando lo que llega.

Este tipo de intervención ha demostrado mejorar las capacidades de afrontamiento y reducir el estrés mediante la toma de conciencia del sujeto, los otros y el entorno. También ha demostrado su eficacia en la regulación de emociones desadaptativas, así como en una gran cantidad de sintomatología, incluida depresión y ansiedad. (Pérez Aranda et al., 2021).

El mindfulness ha mostrado también efectos sobre la resiliencia como factor moderador en síntomas ansioso-depresivos. (Graser & Stangier, 2018).

El mindfulness clásicamente ha hecho uso de técnicas de meditación atencionales (diseñadas para mejorar las habilidades autorreguladoras para mantener la atención) y deconstructivas (las emociones, cogniciones y sensaciones son tenidas en cuenta como eventos mentales) pero con la implementación de la compasión incluye también técnicas constructivas (basadas en desarrollar actitudes y emociones positivas hacia uno mismo y los demás).

Entre los posibles mecanismos de acción del mindfulness están: Regulación atencional y conciencia corporal, regulación emocional (basado en la aceptación de las emociones negativas, generando una alternativa a técnicas de afrontamiento desadaptativas) y

perspectiva del self (haciendo uso de técnicas de descentramiento que permiten diferenciar al individuo de las emociones que éste siente). (Guendelman et al., 2017).

Ésta puede dividirse en tres componentes básicos. El primero sería la amabilidad hacia uno mismo, la capacidad de aceptar las propias limitaciones y debilidades desde la aceptación y el autocuidado.

El segundo sería la humanidad compartida, viendo el sufrimiento propio como una experiencia normal por el hecho de ser una persona en vez de algo que te aleja del resto.

El tercer componente sería el mindfulness. (Neff, 2003)

Gilbert por su parte postula un triple sistema de regulación afectiva como mecanismo de acción. Este estaría formado por el sistema de peligro y protección, de calma y de búsqueda de recursos y experiencias.

La disregulación de estos sistemas sería lo que generaría gran parte de la psicopatología, buscando la terapia basada en la compasión regular los sistemas sobrerregulados o infrarregulados aumentando o disminuyendo la activación de los otros sistemas de regulación. (Kelly et al., 2012)

La infrarregulación del sistema de peligro y protección sería lo que causaría gran parte de la psicopatología, buscando la terapia basada en la compasión regularlo a la baja aumentando el sistema de calma y el de búsqueda de recursos y experiencias.

Las intervenciones basadas en la compasión han mostrado eficacia en una gran cantidad de trastornos, incluidos la depresión y la ansiedad. (Graser & Stangier, 2018).

2. Diseño:

La intervención se dio siguiendo el protocolo estándar de la UNINPSI, el cuál consta del siguiente proceso:

Primero el paciente solicita psicoterapia.

Es asignado a un psicólogo para hacer la evaluación inicial y ser derivado a un psicólogo o equipo terapéutico.

Empieza la intervención en sí. Las sesiones se dan siempre en la misma sala con el mismo equipo terapéutico el mismo día de la semana (en nuestro caso los viernes).

El equipo terapéutico consta de un psicólogo senior y 4 psicólogos en especialización.

3. Metodología y evaluación:

La evaluación del caso es realizada desde un transdiagnóstico de proceso, por ello los factores que se utilizarán para comprobar el cambio serán la mejora de los procesos desadaptativos con los que venía la paciente.

Se realizaron evaluaciones cuantitativas a la llegada de la paciente para comprobar la línea base, pero sólo se realizaron de nuevo la evaluación a mitad de la terapia ya que el equipo terapéutico cambió antes de que finalizara el tratamiento.

Esta evaluación constó siempre de los mismos tests y fueron realizados por el mismo terapeuta externo al equipo terapéutico que derivó a la paciente. La batería de tests incluye el Core-OM, SA-45 y el IIP32.

Core-OM: Instrumento psicológico de evaluación del progreso terapéutico en pacientes con una gran diversidad de problemáticas. Incluye un total de 34 ítems tipo Likert que valoran las dimensiones de Bienestar subjetivo, Síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. (Evans et al., 1998).

SA-45: Cuestionario que cuenta con 45 ítems tipo Likert que busca evaluar las dimensiones de Somatización, Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. (Holgado et al., 2022). Es un instrumento formado a partir de la escala SCL-90 que ha demostrado validez interna y externa similar a esta. (Sandín et al., 2008).

IIP32: Versión abreviada del IIP64 que busca examinar los problemas interpersonales más salientes de la persona. Haciendo uso de 32 preguntas en escala tipo Likert se miden las dimensiones interpersonales de Dominancia, Vindicación, Frialdad, Evitación Social y Falta de Asertividad. (Salazar et al., 2010)

4. Presentación del caso:

Ana es una chica joven, creativa, autoexigente y que tiende a buscar agradar a los demás, poniendo el bienestar de éstos por encima suyo. Ahora mismo está en último curso de una doble carrera universitaria de ingeniería, pero tiene problemas a la hora de estudiar por síntomas de depresión y ansiedad.

Actualmente vive con sus padres y con su hermano (Ben) en la misma casa. Éste es un ambiente que Ana vive como muy difícil.

Siente que en su casa los esfuerzos parentales están centrados en su hermano ya que sufre una fuerte adicción al cannabis. Su madre (Carolina) reacciona a este problema sobreprotegiendo a Ben, centrándose en lo pragmático (que realice las labores universitarias, controlando que no fume en casa etc) y responsabilizándose de todas las tareas de éste (a veces teniendo Ana que ayudarle a realizar los trabajos universitarios de su hermano).

Ve como normal que Carolina no tenga tiempo para ella (ni para sus emociones) debido a las dificultades por las que pasa su hermano. A pesar de la sobreprotección Ana define a su madre como exigente y agobiante con ambos.

En cuanto a su relación con su padre (Daniel), éste intenta ser neutral y ayudarla dándole consejos “para que se ponga bien”, agradeciendo Ana sus intentos, pero sintiendo que éste “no sabe cómo llevarlo”.

Tanto Ana como su hermano han sido adoptados, ella a los 8 meses, fenómeno que vive con mucho agradecimiento hacia sus padres y cierta culpa al “estar mal aun teniéndolo todo”.

A nivel histórico refiere haber sufrido bullying por parte de compañeros y profesores en la ESO, situación que vivió con gran ansiedad y tristeza. Ha vivido en 3 ciudades europeas entre la ESO, Bachillerato y durante la carrera, coincidiendo el último año fuera de casa con el confinamiento debido al COVID. Durante estos periodos se encerró en su habitación y empezó a salir cada vez menos con compañeros y amigos. Expresa que durante ese tiempo lo pasó muy mal y se siente culpable de no haber aprovechado la oportunidad que tuvo.

Refiere que recientemente, con la pandemia covid, al tener las clases online, ha vivido una situación similar. Esto parece haber sido uno de los principales factores que la ha motivado a venir a consulta, aunque acude al centro en busca de mejorar sus relaciones

con otros ya que refiere que desde que volvió a España se siente “como cuando estuve fuera, me centré en los estudios y dejé de lado el resto de cosas de mi vida”.

Ha sido tratada online por depresión, pero “eso no me sirvió”. Tras la primera sesión parece tener expectativas muy positivas sobre la manera de hacer psicoterapia del equipo.

Al indagar un poco en los motivos de por qué se siente incapaz de “relacionarse como antes” vemos un gran miedo a no ser suficientemente buena para sus amigos y a que “se den cuenta de que realmente no soy de esa manera”. Este miedo está asimismo mantenido por pensamientos automáticos de autocrítica y un locus de control externo para todo lo que sea positivo e interno para todo aquello que sea negativo, materializándose en forma de culpa.

5. Antecedentes:

El crítico interno de Ana se ha ido formando desde que ésta es pequeña debido a la interiorización de las exigencias de sus padres junto al bullying que sufrió en bachillerato. Esto, unido a la posible sobreprotección de su madre ha generado una sensación de “debería ser competente pero no lo soy”.

En cuanto a la crianza, sus padres tienen un manejo disfuncional de sus emociones, ya que nos son capaces de asumir la agencia de su malestar, y le hacen a Ana responsable. Esto le genera a Ana una gran culpa desadaptativa.

Habría que añadirle además que sucesos vitales como el ser adoptada o que su hermano sea drogodependiente ha hecho que busque no molestar y complacer a sus padres.

6. Evaluación inicial:

La evaluación cuantitativa ha sido realizada siguiendo los protocolos estándar del centro clínico (UNINPSI) mediante los tests diagnósticos Core-OM (Clinical Outcomes in Rutinary Evaluation Outcome Meausure), SA-45 (Sypmtom Assesment 45, forma reducida del Sypmtom Assesment 90) e IIP32 (Inventory of Interpersonal Problems 32,

versión reducida del Inventory of Interpersonal Problems 45). Los resultados de los test CORE-OM, el SA-45 y IIP32 se encuentran en la tabla 1 de color rosa, verde y azul respectivamente.

En el test CORE-OM muestra puntuaciones significativamente altas en todas las escalas. No se han podido contrastar si los resultados del SA-45 o del IIP32 son significativos ya que sólo se nos han aportado los datos en bruto y no el análisis de éstos datos.

Tabla 1

	Pre
Datos perdidos	0
Malestar/ Bienestar subjetivo	3,3
Problemas/síntomas	2,3
Funcionamiento general	2,7
Riesgo	0,3333
Total_CORE	2,125
Total menos riesgo	2,72222
Hostilidad	12
Somatización	3
Depresión	8
Obsesión-compulsión	4
Ansiedad	9
Sensibilidad interpersonal	7
Ansiedad fóbica	9
Ideación Paranoide	12
Psicoticismo	7
Total_SA	71
Socialmente inhibido	6
Distante emocional	6
No asertivo	7
Autocentrado	7
Dominante	0
Demasiado abierto	2
Autosacrificado	11
No-autoafirmativo	9

A nivel cualitativo muestra en primera sesión un crítico interno muy marcado junto a una sensación de insuficiencia. Todo ello lo expone con incomprensión ya que expresa que sus padres le han dado todo lo que necesita y que no sabe qué le pasa para, a pesar de tenerlo todo, no ser feliz.

7. Formulación de caso:

La formulación de caso va a incluir una formulación de foco (una formulación de caso propia de la TFE) centrándose en la evaluación de los procesos emocionales momento a momento. Ésta irá acompañada de otras aportaciones que ayudan a explicar aspectos del caso de una manera más rica.

7.1. Formulación de Foco:

Ana parece mostrar una emoción primaria desadaptativa de vergüenza, que genera una emoción secundaria de miedo o enfado que se expresa con la evitación de las situaciones donde puede sentirse insuficiente (dejar de asistir a actividades sociales) o la demanda excesiva de que le demuestren que es suficientemente buena (como lo ocurre con su pareja).

La emoción primaria adaptativa de enfado cuando sus padres no tienen en cuenta sus necesidades es autointerrumpida, evitando que Ana ponga límites sanos o exija cuidado emocional.

Esta interrupción se da al ver como inaceptable la idea de que sus padres formen parte del problema, poniendo esa responsabilidad (visto por ella como culpa) sobre sí misma.

Sus principales necesidades emocionales incluyen sentirse querible (herida nuclear), válida, conectada y vista. En el entorno actual la sobreprotección parental genera una invalidación tanto a nivel emocional (las emociones de Ana no son tenidas en cuenta, en contraste con las necesidades de su madre o de su hermano, las cuales sí deben ser atendidas) como de su propia valía (recibe constantemente un mensaje de “no puedo, soy incapaz, eres una vaga...”).

Al permanecer en el mismo ambiente familiar que ha generado el problema, la misma dinámica actúa como mantenedora del problema.

La narrativa de Ana está centrada en la soledad, falta de valía y el miedo a volver a ser abandonada. Aunque toda esta problemática parece estar conectada, parece que su herida más nuclear gira en torno a la falta de valía. Creemos que esto se ha dado por la constante invalidación de sus padres, unido a la visión de que ha sido muy afortunada de haber sido cuidada y acogida por sus padres. La necesidad de estar a la altura de todo lo que le han dado se materializa en una evaluación crítica de sí misma muy dura, es decir, un crítico interno abusivo.

Los marcadores de tarea más relevantes que han surgido durante la terapia han sido el crítico interno, la autointerrupción del enfado y asuntos no resueltos con sus padres.

7.2. Formulación relacional y familiar:

Debido a la importancia del entorno familiar creemos que es relevante hacer un breve análisis de cómo éste afecta a Ana.

Carolina y Daniel se comportan de manera diferente con Ana y con Ben, pero compartiendo la falta de límites (haciéndose ambos padres responsable de los deberes de su hijo mayor e intentando solucionar las dificultades de ambos).

Esta falta de límites también se ve cuando Carolina le cuenta sus problemas maritales a Ana, pidiéndole consejo o consuelo. Ante las tentativas de marcar sus límites desde un enfado asertivo, Ana se encuentra con una fuerte invalidación de sus emociones.

Esta invalidación y falta de límites puede generarle mucha ansiedad a ambos, decantándose Ben por la evitación emocional mediante el consumo de cannabis y Ana por la evitación experiencial (evitando interactuar con sus amigos y hacer actividades).

7.3. Aportaciones de Mindfulness y Autocompasión:

Desde este enfoque Ana se encontraría ante una sobreactivación del sistema de alerta causado por el entorno hostil que encuentra en casa. Esto habría desregulado los sistemas de logro y de calma, llevando a la problemática que presenta actualmente.

Siguiendo este modelo sería necesario un cambio en su entorno (o un cambio de entorno) para poder empezar a regular su sistema de alerta. (Kelly et al., 2012)

Desde la TFE esto se traduciría en buscar ambientes más comprensivos y validantes que le permitan a Ana ir calmando su propia voz crítica.

8. Tratamiento y Curso:

El tratamiento ha combinado una intervención de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) con apoyo de técnicas de Mindfulness y Autocompasión.

El tratamiento original iba a ser puramente de TFE, sin embargo, vimos que Ana presentaba una falta de estructura rutinaria que mantenía síntomas más puramente depresivos que dificultaban la relación que tenía consigo misma y el trabajo desde la TFE. Por ello decidimos apoyar el tratamiento original con algunas técnicas de Mindfulness y Autocompasión para generar un nivel de bienestar básico a partir del cual Ana pudiera enfrentarse a sus voces críticas.

El tratamiento ha contado con un número total de 13 sesiones, administradas de manera semanal (salvo festivos y sesiones a las que no pudo asistir).

Número de Sesión	Objetivos	Contenido de la sesión	Técnicas Aplicadas
1	Acoger, explorar y establecer vínculo	En la primera sesión acogemos a la paciente, exponemos el setting terapéutico y exploramos la problemática y el ambiente familiar.	Formación de la alianza Exploración empática: Se atiende y refleja la experiencia vivida por el paciente, facilitando

		Vemos que las principales emociones expresadas son la soledad, la vergüenza, el miedo y la ansiedad.	la reexperimentación de ésta para ayudarle a diferenciar y simbolizar la experiencia.
2	Contención emocional, explorar la manera que Ana tiene de relacionarse con otros y con ella misma	<p>El objetivo previsto antes del comienzo de la sesión era continuar con la exploración y profundizar en sus emociones.</p> <p>Sin embargo, Ana trae a sesión que su novio le ha pedido darse un tiempo ya que se siente agobiado por la dinámica relacional.</p> <p>Desde la tristeza expresa que siente que depende de él y eso le hace mucha atención, a veces desde un enfado muy grande.</p> <p>Descubrimos que Ana tiene un crítico interno muy fuerte y se lo expresamos, pero no indagamos en ello para centrarnos en la contención.</p> <p>Hacemos una exploración de actividades reforzantes que pueda realizar durante la semana.</p> <p>Notamos la autointerrupción de la tristeza por la culpa de “tener que estar bien” y le expresamos que no pasa nada por sentir tristeza.</p> <p>Hablamos sobre la importancia del autocuidado y cómo eso le puede ayudar con su parte crítica.</p> <p>Le pedimos que, si quiere, puede dibujar su crítica para explorar cómo es esa parte de ella.</p>	<p>Exploración de actividades reforzantes. Se realizó en forma de lista preguntándole a Ana y anotándolo para que pudiera llevarse el listado a casa.</p> <p>Dibujar el síntoma. Con intención de personificar el problema y despegarlo de la persona. Al ser Ana una chica muy creativa a la que le gusta dibujar creemos que es una técnica que se ajusta muy bien a ella.</p> <p>Exploración empática</p>

3	<p>Indagar sobre la parte crítica y, si es posible, suavizarla</p>	<p>Ana llega expresando que lleva una semana dura donde su crítico interno ha salido de manera muy fuerte.</p> <p>Le proponemos ponerla en contacto con esa parte crítica y realizamos una silla de autocrítica.</p> <p>Aparece cierto enfado asertivo con su parte crítica y autocompasión consigo misma.</p> <p>La culpa parece ser la raíz de la interrupción del enfado hacia sus padres.</p> <p>Tras la realización de las dos sillas hablamos de la culpa que siente por supuestamente no haber aprovechado las oportunidades que sus padres le han dado, como cuando se fue a estudiar a otro país y “estuve todo el día encerrada en casa”.</p>	<p>Tarea de silla autocrítica: En esta tarea se trabaja, haciendo uso de dos sillas, la suavización e integración de la escisión autocrítica del self.</p> <p>Afirmación empática del enfado: Validamos y ayudamos a expresar las emociones de enfado que a Ana le cuesta expresar.</p>
4	<p>Exploración del subsistema paterno</p>	<p>Ana reconoce haber estado tensa y tirante la sesión anterior y explicita que no se da derecho a estar mal.</p> <p>Se le refleja que ha ido tapando su tristeza, soledad y enfado hasta que no ha podido aguantar más.</p> <p>Al indagar en su relación materna descubrimos que Ana siente que su madre fue muy exigente con ella y con su hermano. También vimos que se implica mucho con sus hijos, anulando a veces sus responsabilidades (como hacerle trabajos universitarios a Ben).</p> <p>Tras la exploración para el tema de los TFGs (que le preocupan) le hemos</p>	<p>Uso de carta terapéutica:</p> <p>En este caso concreto le pedimos que escribiese una carta como si fuera su mejor amiga para que la lea algún día que se encuentre mal. El objetivo era fomentar la autocompasión.</p> <p>Exploración empática Afirmación empática del enfado y la tristeza</p>

		<p>propuesto empezar sin prisas, recordándole que cada pequeña cosa que haga es algo que no habría hecho si hubiera intentado abarcarlo todo.</p> <p>Seguimos intentando que conecte con su autocompasión y le pedimos que tras realizar alguna tarea o al finalizar el día se dé tiempo para realizar alguna tarea gratificante.</p> <p>Como contingencia para algún día que pueda sentirse especialmente triste la alentamos a escribirse una carta terapéutica.</p>	
5	Exploración del sistema familiar	<p>Al llegar a sesión Ana expone que salió con una sensación de “estoy pero no estoy”, algo que le pasa también con otras personas.</p> <p>Esto parece ser un marcador de una sensación poco clara, aunque a través del diálogo parece asemejarse a una sensación de susto o miedo.</p> <p>Esto parece enlazar con problemas del ambiente familiar ya que parece jugar un papel muy importante a la hora de mantener el problema ya que siente que éste la invalida y, sin embargo, siente que “todo lo que hace mi hermano está bien, pero si yo hago cualquier cosa está mal”.</p> <p>Ana siente que su opinión no es válida ya que no tiene suficientes conocimientos en nada como para poder formar una. Siente que ha estado en una “burbujita” y lo</p>	<p>Exploración empática</p> <p>Afirmación empática</p> <p>Dibujar el síntoma</p>

		<p>relaciona con la sobreprotección de su madre. Por ello se critica duramente, sintiéndose “patética”, “corta”, “tonta” etc.</p> <p>Le pedimos que intente identificar a su crítico interno y, si le apetece, lo represente gráficamente.</p> <p>En los últimos momentos de la sesión le proponemos que si quiere tener una opinión informada de algún tema en concreto siempre puede explorarlo y le insistimos en que nadie nace sabiendo sobre política, filosofía etc</p>	
6	Suavización del crítico interno	<p>Siguiendo la sesión anterior concretamos en que no se siente capaz de tener una opinión debido a su sensación de insuficiencia (herida nuclear), reforzado por su crítico interno el cuál la asusta. El susto parece estar relacionado con el miedo a que, si los demás ven lo insuficiente que es, la abandonarán y se quedará sola, con comentarios como “La gente se va a dar cuenta de que soy tonta”.</p> <p>Realizamos un ejercicio de silla autocrítica donde vemos que la crítica es muy fuerte e hiriente, probablemente debido a la exigencia de sus padres unido a la soledad, interiorizando ese mensaje. Le pide a su crítico que le permita probar a ser ella misma.</p>	Tarea de silla autocrítica: En esta tarea se trabaja, haciendo uso de dos sillas, la suavización e integración de la escisión autocrítica del self

7	Exploración del sistema familiar y del crítico interno	Durante la sesión se continuó indagando en el sistema familiar se realizó una exploración empática de la autocrítica de la paciente.	Exploración empática
8	Toma de contacto tras navidades y comienzo de técnicas de mindfulness y autocompasión	<p>En la toma de contacto tras mucho tiempo sin ver a Ana ésta nos comenta que está “de nuevo de bajón” pero esta vez expresa que nota “muchacha mala leche” hacia sus padres. Creemos que el que haya tenido que estar confinada por covid en el ambiente familiar ha podido reactivar los problemas que estábamos trabajando.</p> <p>Esto puede verse reflejado en que siente la necesidad de irse de casa.</p> <p>Tras esto le preguntamos a Ana cómo es su día a día y cómo le gustaría que fuera. Esto incluye una rutina donde pasa mucho menos tiempo en casa, incluye ir al gimnasio y a la biblioteca con unas amigas. Siente que ahora mismo no es capaz de ponerse en serio con el TFG así que le proponemos que simplemente explore poco a poco lo que más le apetezca hacer de éste y, sino le apetece, que dibuje, lea o haga otra cosa (lo importante es ir a un ambiente distinto del de casa).</p> <p>Le proponemos unas cuantas frases autocompasivas para que escoja una que conecte con su vivencia y le pedimos que</p>	<p>Búsqueda de entornos que no sobregulen su sistema de alerta:</p> <p>Exploración del ambiente muy agresivo emocionalmente y movilización del cambio hacia un contexto más de calma.</p> <p>Autocompasión:</p> <p>Buscarse un momento antes de desayunar para decirse: “Hoy voy a luchar por volver a ser feliz”</p>

		se la diga todas las mañanas. Le recomendamos que si no se ve capaz de hacerlo la grabe y se la ponga.	
9	Acogida y Validación del enfado	<p>La semana anterior Ana canceló la sesión ya que se iba de viaje con sus padres. En esta sesión vino muy angustiada y enfadada con sus padres ya que la responsabilizan de atender a su hermano cuando ellos no están y le insisten constantemente en que se esfuerce por estar bien.</p> <p>Además su pareja se ha distanciado de ella ya que siente que no puede aportarle lo que Ana necesita y le pide en este momento.</p> <p>La sesión se ha centrado en la validación del enfado con sus padres y en ayudarla a explorar opciones para que ella misma sea su propio apoyo.</p> <p>Para ello proponemos actividades placenteras y rescatamos la organización que hicimos en la sesión 8 que, según refiere, le fue muy útil pero “lo hice una semana y me sentó muy bien, no sé por qué dejé de hacerlo pero debería volver a intentarlo”.</p>	<p>Exploración empática</p> <p>Afirmación empática</p>
10	Contacto con las emociones Aceptación del Yo vulnerable	Ana sigue sintiendo que sus padres la responsabilizan de cosas sobre las que no tiene control. Indagando en esta sensación Ana llega a la conclusión de que “Cuando estoy sola, me siento más vulnerable” y lo conecta con cómo se	<p>Exploración empática</p> <p>Diario Emocional:</p> <p>El ejercicio comenzó ayudándola a conectar con sus emociones poniendo sus manos en</p>

		<p>sintió cuando estuvo sola de viaje y como se sintió durante la pandemia y cuando cogió el Covid.</p> <p>Viendo el avance a nivel de contacto emocional le proponemos hacer un diario y le ofrecemos ayuda a la hora de conectar con sus emociones.</p> <p>Como herramienta para enfrentarse a las emociones más dolorosas le enseñamos habilidades de autoconsuelo y, para prevenir un posible colapso del self enseñamos también la evocación de una figura cuidadora.</p> <p>Por último, ponemos a prueba estas habilidades con un entrenamiento en imaginación donde se imagina cruzando entre voces críticas. En esta situación guiamos a Ana a utilizar las habilidades de evocación de la figura cuidadora.</p>	<p>el pecho y aceptando las sensaciones corporales que van llegando.</p> <p>Una vez contactada la emoción se la anima a hacer un diario en el cual escribe lo que ha sentido durante el día (a nivel corporal y cognitivo) y que cosas han pasado tanto a nivel externo como interno.</p> <p>Autoconsuelo y Evocación de figura cuidadora:</p> <p>El autoconsuelo consta de poner sus manos en el pecho y decirse “estoy aquí conmigo, sosteniéndome”. Si esto no es suficiente pasaríamos a la evocación de una figura cuidadora (en este caso su abuela), alguien que ha cuidado de manera incondicional a la paciente.</p>
11	Contacto con el sistema parental y Psicoeducaci	En sesiones anteriores ha estado sobre la mesa la posibilidad de hablar con los padres de Ana para ayudarles a entender cómo se siente ésta y darles ciertas	Exploración empática Creación de nuevos significados

	<p>ón sobre la problemática</p>	<p>herramientas sobre como ayudar eficazmente a su hija. Tras las anteriores sesiones Ana nos solicita que vengan sus padres a la sesión. Le proponemos verla a ella primero media hora para planificar que cosas quiere y qué cosas no quiere que digamos y la otra media hora para verlos a los tres juntos.</p> <p>Durante la primera mitad de la sesión exploramos que la sesión anterior no vino porque estuvo de viaje con sus padres. Esta vez, sin embargo, les vio más relajados y “menos machacantes”.</p> <p>Celebramos con ella la llegada de su abuela a su casa, la cual parece mediar en los conflictos familiares y servir como figura de apoyo para ella.</p> <p>También se comenta una oferta laboral fuera de la península que le permitiría a Ana hacer vida fuera de su ambiente familiar.</p> <p>La sesión con sus padres se centra más en explicaciones teóricas de por qué su hija se siente como se siente, el cómo es algo que es comprensible que les duela pero que mayoritariamente está fuera de su control. Se da gran invalidación por parte del sistema parental hacia Ana.</p> <p>Sin embargo se da cierta aceptación de responsabilidad por parte de estos ante la manera en la que a veces “presionamos pero por su bien, es que cuesta verla así ¿sabes?” y proponemos que intenten</p>	
--	---------------------------------	--	--

		<p>cambiar el “vente a hacer” por el “¿te apetece hacer?” entre otras maneras de tratarla.</p> <p>Para finalizar explicamos los cambios que ha habido desde el principio del proceso y agradecemos los esfuerzos realizados para ayudar a su hija.</p>	
12	Exploración de la sesión anterior y celebración de la mejoría	<p>En esta sesión estuvimos explorando cómo fue la sesión anterior con sus padres, mostrando ella un enfado asertivo hacia la invalidación y la sobrecarga de responsabilidades que le ponía sus padres.</p> <p>Llegó “con la pila más recargada” y “recargándola” tanto por mantener las rutinas, las herramientas que ha ido adquiriendo y por, “aunque me duela, darme cuenta de que hay cosas de mis padres que no van a cambiar”.</p> <p>A los cambios que ha hecho Ana vemos que se le añaden ciertos cambios en la manera de tratarla por parte de sus padres.</p> <p>Le proponemos vernos en dos semanas y ella accede.</p>	Afirmación empática del enfado
13	Supervisión y mantenimiento de los cambios	<p>Ana se siente mucho mejor y vemos que retoma actividades académicas (como los TFGs) que estaba integrando poco a poco a ritmo casi completo. Según refiere lleva este par de semanas haciéndolo y no le supone una carga como antes.</p> <p>Sigue mostrando enfado asertivo hacia sus padres ante situaciones que</p>	Exploración empática Creación de nuevos significados

		sobrepasan su responsabilidad y vemos como los actúa de manera asertiva y clara. Tras explorar todos los ámbitos decidimos proponerle a Ana pasar al formato quincenal.	
--	--	--	--

9. Resultados de la Intervención:

9.1. Resultados cuantitativos:

La evaluación cuantitativa ha sido realizada siguiendo los protocolos estándar del centro clínico (UNINPSI) repitiendo la batería de tests diagnósticos Core-OM (Clinical Outcomes in Rutinary Evaluation Outcome Meausure), SA-45 (Sypmtom Assesment 45, forma reducida del Sypmtom Assesment 90) e IIP32 (Inventory of Interpersonal Problems 32, versión reducida del Inventory of Interpersonal Problems 45).

La comparativa de los tests en línea base y a los 3 meses (tras la octava sesión) pueden observarse en la Tabla 2. Los resultados del test CORE-OM se encuentran en rosa, los resultados del test SA-45 en azul y por último los del IIP32 en verde.

Cabe señalar que cuando Ana realizó los tests expresaba estar “De bajón” y “Con muy mala leche”. Es asimismo relevante exponer que, debido a que los cuestionarios han sido corregidos por psicólogos externos al equipo terapéutico éstos sólo nos han facilitado los resultados brutos, pudiendo sacar conclusiones significativas únicamente del cuestionario Core-OM.

Tabla 2	Pre	Post	Diferencia (Post – Pre)
Datos perdidos	0	0	0
Malestar/ Bienestar subjetivo	3,3	2,5	-0,75
Problemas/síntomas	2,3	2,0	-0,25
Funcionamiento general	2,7	2,3	-0,42
Riesgo	0,3333	0,3	-0,03
Total_CORE	2,125	1,9	-0,27

Total menos riesgo	2,72222	2,2	-0,54
Hostilidad	12	2,0	-10
Somatización	3	5,0	2
Depresión	8	13,0	5
Obsesión-compulsión	4	7,0	3
Ansiedad	9	7,0	-2
Sensibilidad interpersonal	7	9,0	2
Ansiedad fóbica	9	0,0	-9
Ideación Paranoide	12	6,0	-6
Psicoticismo	7	3,0	-4
Total _SA	71	52,0	-19
Socialmente inhibido	6	6,0	0
Distante emocional	6	1,0	-5
No asertivo	7	9,0	2
Autocentrado	7	6,0	-1
Dominante	0	0,0	0
Demasiado abierto	2	3,0	1
Autosacrificado	11	5,0	-6
No-autoafirmativo	9	10,0	1

La escala Core-OM trata el cambio significativo cuando la persona baja de una puntuación clínica a una puntuación no clínica. Para la comparativa se han utilizado las puntuaciones con el baremo de población femenina.

Dimension	Male	Female
Well-being	1.37	1.77
Problems	1.44	1.62
Functioning	1.29	1.30
Risk	0.43	0.31
All non-risk items	1.36	1.50
All items	1.19	1.29

(Evans et al.,1998)

Los resultados del Core-OM muestran un cambio significativo en la escala de riesgo. Así mismo muestran una bajada en el resto de indicadores. La bajada más pronunciada (en términos absolutos) se ve en la escala de malestar subjetivo, bajando de 3,3 a 2,5, pero siendo este valor aún superior al de la población no-clínica (1.77). (Evans et al.,1998)

Debido a que tan sólo nos ha sido posible acceder a los resultados brutos del cuestionario SA-45 y al IIP32 no se pueden obtener conclusiones significativas. Como alternativa comentaremos los resultados donde más diferencia absoluta haya entre el pre y el post.

En cuanto al SA-45 podemos apreciar que, a mitad de tratamiento, ha habido cambios grandes en varias dimensiones, entre ellas una bajada de 10 puntos en Hostilidad (de 12 puntos a 2), de 9 en Ansiedad fóbica (de 9 a 0) y de 6 en Ideación paranoide (de 12 a 6). Estos resultados, acompañados de una bajada de 19 puntos en la escala total (de 71 a 52) parece reflejar una bajada en la psicopatología de Ana.

En contra de lo esperable la escala de depresión ha aumentado 5 puntos (de 8 a 13). Es posible que sea debido a los factores contextuales de haber recién salido de un confinamiento por COVID y haber estado una semana en un entorno que por aquél entonces le era muy aversivo.

De los resultados del IIP32 cabe destacar la bajada de las mediciones de Distancia emocional (de 6 a 1) y Autosacrificio (de 11 a 6). Esta escala de medición de problemas interpersonales parece reflejar mayor cercanía emocional y un menor nivel de autosacrificio por los demás. Esto parece concordar con los cambios que estaban comenzando a ocurrir en esa etapa del proceso terapéutico.

No se han realizado test post-tratamiento ya que la paciente sigue acudiendo a terapia.

A la hora de interpretar los datos cuantitativos es importante tener en cuenta que éstos fueron obtenidos a mediados de la terapia. Siguiendo investigaciones como la de Carryer y Greenberg (2010), esto podría ser debido a que en las sesiones intermedias (donde nos encontramos en la recogida de datos) hubo una gran intensidad de expresión emocional.

Creemos que este periodo de sobrerregulación emocional no es sólo positivo, sino necesario para poder pasar de una infraregulación emocional a una regulación emocional estable.

Sin embargo esto, unido al aumento de la conciencia emocional de Ana, ha podido generar un aumento percibido en la psicopatología de Ana (en específico en la escala de Depresión del SA-45).

9.2. Resultados Cualitativos

Se ha realizado una evaluación cualitativa para tener en cuenta los cambios de proceso que no son detectables en cambios cuantitativos. Para ello se han comentado los cambios observados desde la evaluación inicial.

9.2.1. Formulación de foco:

Las emociones secundarias de miedo o enfado que Ana mostraba ante situaciones sociales o de pareja han sido cambiadas por emociones más vivas y dependientes del contexto ya que la vergüenza primaria desadaptativa ha ido procesándose. Esto se ha expresado en el día a día con unas relaciones sociales y de pareja más satisfactorias y mucho más habituales.

Con sus padres ha pasado de presentar una emoción primaria desadaptativa de vergüenza muy marcada a un enfado asertivo que previamente autointerrumpía debido a una sensación de culpa.

Esto se ha visto en cómo les ha puesto límites ante exigencias que ella considera injustas en vez de frustrarse por sentirse egoístas, mala hija etc.

Esta autointerrupción ha sanado procesando el dolor que ha sentido a lo largo de los años y viendo como sus padres han sido y son, a pesar de los cambios que intentan, incapaces de ofrecerle lo que ella necesita.

Por su parte la necesidad de cuidado que no estaba siendo acogida parece ser llenada por su abuela, si bien es cierto que las técnicas de autocompasión y autocuidado le están ayudado a que cada vez sea más capaz de acogerse a sí misma.

Su herida nuclear sigue estando presente, pero ha disminuido mucho en intensidad y esto se puede ver reflejado tanto en cómo se siente Ana como en cómo se relaciona con su medio.

Ana ha sido capaz de protegerse del ambiente invalidante en el que se encontraba, primero saliendo de ese entorno en la medida en que su circunstancia se lo permitía y, una vez trabajada su herida nuclear, haciendo uso de un enfado asertivo.

Esto ha cambiado la dinámica del sistema familiar, si bien es cierto que la llegada de su abuela puede haber distorsionado la percepción del cambio.

La narrativa de Ana incluye cada vez más aspectos de empoderamiento y de autonomía, sintiéndose cada vez más capaz, válida y menos dependiente de sus padres. Sigue sintiéndose muy agradecida por las oportunidades que le han ofrecido sus padres, pero su narrativa ha pasado de una necesidad de estar a la altura a cierto orgullo por lo que ya ha realizado.

9.2.2. Cambios en los sistemas de regulación:

Desde una visión de mindfulness y autocompasión y siguiendo el triple sistema de acción propuesto por Gilbert, su sistema de peligro y protección se ha ido regulando a la baja, mientras que sus sistemas de calma y de búsqueda de recursos y experiencias han ido tomando más prevalencia. Este cambio parece estar ajustado a su situación actual, generando una relación más satisfactoria con su entorno.

El cambio en Ana le ha permitido, en un principio, salir de un contexto que sobreactivaba su sistema de peligro. Más adelante en la terapia Ana ha sido capaz de poner límites en el ambiente familiar para generar un contexto más seguro,

Estos cambios, a nivel contextual, parecen haber supuesto un cambio a nivel familiar, pero sería necesario evaluar la familia para ver si el cambio es real y evaluarla en un futuro para comprobar si el cambio se mantiene estable.

10. Discusión:

En este caso hemos podido ver grandes cambios en la manera de procesar emociones y darles nuevos significados, siendo los más relevantes los cambios hacia un uso cada vez más predominante de emociones primarias adaptativas que se ajustan a las necesidades de Ana de sentirse valorada y conectada con otros.

Esto queda reflejado tanto por el cambio de actitud y comportamiento expresados por la paciente como por la ausencia del malestar general que traía al comienzo de la terapia

(diagnosticado como ansiedad y depresión). Esto ha sido logrado debido a la diferenciación de las emociones subyacentes y el acceso a la necesidad asociada a cada emoción (Timulak, 2015).

Para ello se han explorados los esquemas emocionales y se han procesado las emociones que no habían sido expresadas, cambiando como Ana se trataba a sí misma, y, a la postre, sanando su crítico interno abusivo y su herida de insuficiencia. (Greenberg&Goldman, 2019)

A pesar de que el caso ha sido estructurado siguiendo un modelo de terapia focalizada en la emoción los aportes de técnicas de mindfulness y autocompasión utilizadas como apoyo han posibilitado el cambio en la manera de comportarse y de tratarse a sí misma en Ana.

Las técnicas de mindfulness y autocompasión utilizadas han sido sobre todo de tipo constructivas con el objetivo de desarrollar actitudes más positivas hacia sí misma y favorecer un descentramiento que diferencie a la paciente de su sintomatología. Siguiendo la propuesta de Gilbert se ha trabajado la regulación de los sistemas de peligro y alerta, calma y de búsqueda de recursos y experiencia, ayudando a actuar a nivel cognitivo lo trabajado a nivel emocional.

Las técnicas de mindfulness y autocompasión han sido muy útiles cuando Ana no era capaz de conseguir fuerzas para enfrentarse a su dolor nuclear y era necesario un cambio en el ambiente para llegar a un mínimo nivel de bienestar con el que poder enfrentarse a sus dificultades. El uso de estas técnicas ayudó a la paciente a estar preparada para el procesamiento emocional.

Este estudio de caso muestra la efectividad de una terapia focalizada en la emoción con el apoyo de técnicas de mindfulness y autocompasión.

Para comparar la efectividad de esta forma de intervención sería necesario comparar con más muestra de sujetos y con una estructura similar en la manera de intervención.

Asimismo, sería necesario cambiar la recogida de datos de carácter cuantitativo ya que la recogida de datos se puede ver comprometida por muchos factores. También sería necesario obtener datos tras la finalización de la terapia, así como indicadores de otros factores como alianza terapéutica, motivación etc.

Creemos que la intervención ha sido exitosa, ejemplificando esto un tratamiento guiado por la Terapia Focalizada en la Emoción y abierto a la integración de otras técnicas que han mostrado eficacia en el tratamiento de problemáticas similares.

Sería por tanto interesante realizar más estudios basados en la TFE con la aplicación de técnicas de otras escuelas para ver posibles beneficios añadidos.

11. Bibliografía:

Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190–199. <https://doi.org/10.1037/a0018401>

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G., & Audin, K. (1998). The CORE outcome measure: user's manual (version 2.1). *Leeds: Core System Group*.

Graser, J., & Stangier, U. (2018). Compassion and loving-kindness meditation: An overview and prospects for the application in clinical samples. *Harvard Review of Psychiatry*. doi: 10.1097/HRP.0000000000000192

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

Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1996). Facilitating emotional change: The moment-by-moment process.

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

Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J. L., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., & Woolley, S. (2013). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. Routledge.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815-826. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9432-5>

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., López-del-Hoyo, Y & Montero-Marin, J. (2021) Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Volume 21, Issue 2, 2021 <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>

Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & 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(4), 499-515. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. ISSN: 0214-9915

Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315760650>