

TFM Lara López Rubio

por Lara López Rubio

ARCHIVO	101527_LARA_LOPEZ_RUBIO_TFM_LARA_LOPEZ_RUBIO_1651689_1129 680757.PDF (390.51K)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 01:01P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11498
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321597421	SUMA DE CARACTERES	63246

Lara
López
Rubio



**RELACIÓN ENTRE PROCESOS DEPRESIVOS, AUTOCRÍTICA, ALIANZA TERAPÉUTICA
Y FOCO DE RESPUESTA DEL TERAPEUTA**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**RELACIÓN ENTRE PROCESOS DEPRESIVOS, AUTOCRÍTICA,
ALIANZA TERAPÉUTICA Y FOCO DE RESPUESTA
DEL TERAPEUTA**

Autor/a: Lara López Rubio

Director/a Profesional: Rafael Jódar Anchía

Director/a Metodológico/a: David Panigua Sánchez



MADRID | Mayo del 2020

Resumen

En el presente trabajo de fin de máster se estudia la relación entre la depresión (DP) y una elevada voz autocrítica (AC), atendiendo a tres diferentes dimensiones: sí mismo odiado (HS), sí mismo inadecuado (IS) y sí mismo reafirmado (RS). Además de examinar el posible papel de la alianza terapéutica (AT) y el foco de respuesta (FRT) en el cambio terapéutico (CT) en cuanto a la AC y la DP en diferentes procesos terapéuticos, enmarcados por la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Sobre una muestra compuesta por 19 sujetos se aplicaron el cuestionario Forms of self-criticism/attacking and self-reassuring scale (FSCRS), el Beck Depression Inventory (BDI), la escala Working Alliance Inventory-short (WAI-S) y el Coding System of The Therapeutic Focus (CSTF), en diferentes momentos temporales. Los resultados obtenidos apoyan la existencia de una relación directa entre las dimensiones del HS y el IS con las medidas en DP tomadas previamente al tratamiento. También se encontró una relación inversa entre la dimensión RS y las puntuaciones de DP previas al tratamiento. Para la relación propuesta entre FRT y la AT, no se encontraron resultados significativos. Como tampoco se encontraron para los modelos mediacionales propuestos. Los resultados obtenidos podrían resultar de interés para futuras investigaciones en este marco.

Palabras clave: autocrítica, depresión, alianza terapéutica, foco de respuesta del terapeuta.

Abstract

In this project the relationship between depression (DP) and self-criticism (SC) is studied, attending to three different dimensions: hated self (HS), inadequated self (IS) and reassured self (RS). As well as describing the possible role of the therapeutic alliance (TA) and the therapeutic focus (TF) in therapeutic changes (TC) of SC and DP, framed by Emotion Focused Therapy (EFT). The study was conducted with 19 people, using the questionnaire Forms of self-criticism/attacking and self-reassuring scale (FSCRS), the Beck Depression Inventory (BDI), the Working Alliance Inventory-short scale(WAI-S) and the Coding System of The Therapeutic Focus (CSTF), during different temporal moments. The findings support the existence of a direct relationship between the dimensions of the HS with the DP measurements taken prior to treatment. For the proposed relationship between TF and TA, no significant results were found. Nor were they found for the proposed mediational models. The results we obtained could be of interest for future research in this framework.

Key words: self-criticism, depression, therapeutic alliance, therapeutic focus.

La depresión es una de las psicopatologías más comunes y debilitantes (Greenberg y Watson, 2006), actualmente es considerado un problema social de primer orden, siendo la quinta causa de discapacidad a nivel mundial. Algunas estimaciones sobre el futuro arrojan el dato de que en el año 2030 será la tercera causa, otras estimaciones diferentes y algo más graves creen que para 2020 ascenderá hasta ocupar el segundo lugar en la escala de discapacidad y baja laboral (Carrobles, 2014).

A pesar de ser una de las psicopatologías más comunes en atención primaria española, algunas investigaciones sugieren falta de diagnóstico, ya que un porcentaje alto de casos no se diagnostican o son diagnosticados tarde, por lo que no reciben el tratamiento o intervención necesarios (Campagne, 2017). Diagnóstico que algunos autores consideran como una abstracción sujeta a la cultura a la que pertenezca la persona en cuestión (Greenberg y Watson, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), en la actualidad disponemos de un amplio rango de tratamientos eficaces para la depresión, aun así, más de la mitad de los afectados a nivel mundial no llegan a acceder a un tratamiento.

La imposibilidad de una atención eficaz se debe entre otros factores a la falta de recursos y personal sanitario capacitados para ello, la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica poco precisa (OMS, 2019).

La depresión es un fenómeno biopsicosocial complejo, ya que no se puede contemplar ninguna de sus causas aisladamente. Cuando una persona está experimentando una depresión la mayoría de los aspectos de su vida se ven afectados (Greenberg y Watson, 2006). Es considerado el trastorno más incapacitante y con más costes económicos (bajas laborales asociadas, consumo y distribución de fármacos, disminución de la productividad) además de sufrimiento personal, asociados (OMS, 2019; Carrobles, 2014).

Existe relación entre la depresión y la salud física, siendo las enfermedades cardiovasculares por ejemplo un factor de riesgo para la depresión y viceversa. Como también lo son circunstancias vitales que generalmente involucren una pérdida (situación de desempleo, pérdida de un ser querido, fracaso en algún área...) (OMS, 2019).

El curso del trastorno depresivo mayor tiende a presentarse de manera variada, esto puede ser desde episodios depresivos aislados hasta episodios depresivos continuos, pasando por otros casos en los que la recurrencia varía (Carrobles, 2014).

Se caracteriza por sentimientos de desesperanza, tristeza, apatía, agotamiento, durante un periodo de tiempo, ya sea de semanas o mayor. Puede ser experimentada también como una

angustia enraizada muy fuertemente en el cuerpo o incluso como “estar muerto en vida”. La sensación corporal de la persona cambia completamente, la pesadez se apodera del cuerpo y se siente inmensamente embotada, incluso con dificultades para moverse, todo ello hace que la depresión sea considerada un trastorno tanto sensorial como afectivo (Greenberg y Watson, 2006). Como peculiaridad, afecta de manera diferente a hombres y mujeres, alcanzando en estas últimas unas proporciones de afectación de más del doble (Carrobles, 2014; Greenberg y Watson, 2006).

Algo muy destacado sobre los trastornos del estado de ánimo, donde se podría englobar la depresión, es que son fácilmente confundidos con otros estados de ánimo no necesariamente patológicos (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Greenberg y Watson, 2006; OMS, 2019). Por lo que es importante diferenciarlos de estados de ánimo momentáneos como la tristeza que pueden acompañar a situaciones estresantes o de pérdida, igualmente válidos, pero no estarían en cuanto a criterios diagnósticos, contemplados dentro de este conjunto de trastornos.

La clasificación de los trastornos depresivos o del estado de ánimo es uno de los temas con más controversia, ya que a lo largo de la historia de la psicopatología se han propuesto y desestimado una gran cantidad de categorías clasificatorias diferentes. De acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; Asociación Americana de psiquiatría, 2014) la depresión mayor se caracteriza por nueve síntomas. El número de estos, la intensidad y su duración son las variables que determinan la gravedad de los episodios depresivos (Greenberg y Watson, 2006), distribuida entre leve, moderado o grave (OMS, 2019). Dichos síntomas son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido,
2. disminución importante del interés o el placer por actividades,
3. pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito,
4. insomnio o hipersomnia,
5. agitación o retraso psicomotor,
6. fatiga o pérdida de energía,
7. sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada,
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones y

9. pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

En cuanto a los datos epidemiológicos de los trastornos depresivos, estos afectan a 121 millones de personas aproximadamente a nivel mundial, de los cuales menos del 25% tienen opción a tratamiento, como comentábamos previamente (GPC; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). A nivel europeo, un estudio denominado ESEMeD con una representatividad universal debido a la muestra utilizada, nos aporta datos sobre el trastorno depresivo mayor, siendo las cifras de prevalencia a lo largo de la vida las siguientes, incluyendo a ambos sexos 12,7 por 100 (16,5 por 100 para las mujeres y 8,9 por 100 para los hombres) (Carrobles, 2014).

La depresión o el trastorno depresivo mayor se caracteriza, como vamos desglosando, por ser bastante complejo y estar integrado por numerosos factores, por ello son más de una las teorías y los modelos que han intentado dar una explicación a sus causas. La cuestión general oscila en torno a dos elementos algo globales que serían la persona y su contexto, surgiendo así teorías más organicistas de tipo orgánico-médicas u otras de tipo más reactivas o psicógenas (Carrobles, 2014). Por ello existen diferentes teorías etiológicas, de las cuales cabría mencionar los modelos o teorías genéticas (Moreno, Campos, Lara y Torner, 2005), modelos psicológicos, como el psicoanalítico (Carrasco, 2017), conductuales (Iddon y Grant, 2013) cognitivos (Camuñas, Mavrou y Miguel-Tobal, 2019; Korman y Sarudiansky, 2011) o dialécticos constructivistas (Greenberg y Watson 2006).

Esta cantidad de enfoques o aproximaciones sobre la conceptualización de la depresión se puede deber al carácter no lineal y dinámico de los seres humanos, continuamente interactúan múltiples procesos en respuesta a un entorno constantemente cambiante. En síntesis, existen factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la depresión y sus causas, además de afectivos, cognitivos y comportamentales. También existen fuentes conscientes e inconscientes, como múltiples niveles de procesamiento involucrados en el desarrollo de una depresión. Los valores que la persona ha ido desarrollando o incorporando a lo largo de su vida o las elecciones tomadas, también pueden verse involucradas. En última instancia, la configuración depresiva que desarrolla la persona debido al amplio sistema de significados personales es el objetivo de la terapia, y no tanto el efecto aislado de neurotransmisores, hormonas, pensamientos, creencias, comportamientos, emociones o motivaciones, aislados (Greenberg y Watson, 2006).

Dada la diversidad de enfoques y conceptualizaciones disponibles en torno a la depresión, en el presente trabajo nos decantaremos por uno en concreto. Desde la orientación humanista de la psicología, más específicamente desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), nos basaremos en una visión dialéctico constructivista de la persona, integrando así biología y cultura (Greenberg y Watson, 2006).

La visión dialéctico constructivista de la persona, entiende al ser humano como un sistema dinámico que integra múltiples procesos dialécticos, a diferentes niveles, todo ello integrado en el “self” al que llamamos en español el “sí mismo”. En el caso de la depresión, esta interacción o dialéctica va conformando un “sí mismo o self depresivo” a lo largo del tiempo (Greenberg y Watson, 2006).

Se considera el sí mismo como una composición de diferentes módulos. Diferentes aspectos de esta estructura tienden a conformarse alrededor de emociones y estados psicológicos concretos, quedando así dispuestos de manera interna y comportamental en forma de módulos. Dichos módulos se organizan de manera dinámica y emergen en forma de diferentes voces internas, además de estar en constante construcción. Estas voces internas pueden hablar en forma de monólogo, conversar entre ellas, pueden estar de acuerdo o en desacuerdo unas con otras. Es importante considerar estos conjuntos de voces internas en terapia ya que pueden ser origen de crecimiento y adaptación o fuente de malestar y por ello disfuncionales (Greenberg y Watson, 2006). El significado consciente y personal es generado por procesos cognitivos que construyen diferentes aspectos del sí mismo, en diferentes momentos temporales. Dichos procesos cognitivos llevan a cabo esta tarea, sumergiéndose en una variedad de fuentes y niveles de información, de los cuales, el más importante es la experiencia emocional. La emoción es la encargada de organizar la experiencia humana, además de ser un elemento crucial en el proceso de creación del significado a lo largo de la vida de los seres humanos (Greenberg y Pascual-Leone, 2001).

Se considera que bajo la depresión puede haber una estructura conformada por diversos temas y subtemas, producto del funcionamiento de una mala gestión de la regulación emocional, traducida en codificación desadaptativa de experiencias emocionales bloqueadas y no procesadas. Dichos temas y subtemas pueden tener una orientación hacia el individuo o hacia los otros, en la mayoría de los casos hay contenido en ambos y es de dónde surgen las voces internas antes mencionadas. Cuando el contenido es hacia uno mismo, además de

predominantemente negativo, se conceptualiza como autocrítica (Goldman, Watson y Greenberg, 2011; Greenberg y Watson, 2006).

Diferentes estudios han observado una conexión entre depresión y ansiedad, con el concepto de autocrítica (Baião, Gilbert, McEwan y Carvalho, 2015; Castilho, Pinto-Gouveia y Duarte, 2015; Kupeli, Chilcot, Schmidt, Campbell y Troop, 2013). La autocrítica es uno de los conceptos más predominantes en la psicopatología, siendo muy asociada con la vergüenza, ya que esta también tiene un papel importante en este campo. Algunos autores lo consideran como un elemento transdiagnóstico entre psicopatologías y no tanto como un mero síntoma (Baião et al., 2015). Se podría definir como una evaluación dura y constante, acompañada de un sentimiento crónico de miedo a ser juzgado como no válido o criticado, perdiendo así la aprobación y aceptación de los otros significativos (Kupeli et al., 2013). Muchas personas lo definen como una “voz interna” (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles y Irons, 2004).

Las cualidades patológicas de la autocrítica pueden venir determinadas por su fuerte carga de emociones negativas asociadas, especialmente auto dirigidas, como pueden ser enfado, asco y desprecio, además de estar fuertemente asociada a memorias (Baião et al., 2015). Al ser un concepto tan predominante en la psicopatología ha sido investigado desde una amplia red de orientaciones, como por ejemplo la evolutiva desde donde la autocrítica es entendida como un mecanismo de interacción social que posibilita diferentes funciones como pueden ser corregir, mantener expectativas propias y de otros, prevenir al sí mismo de arriesgarse, para castigar o para provocar simpatía, permitiéndonos así aprender y desempeñar diferentes roles sociales. De la misma manera que podemos desarrollar sentimientos de enfado, odio o desprecio hacia otros, tenemos la capacidad de dirigir estos sentimientos hacia nosotros mismos (Castilho et al., 2015). Esto podría definirse como la introyección de lo social en el interior del sí mismo. Teóricos del campo de lo interpersonal sostienen los mecanismos de la autocrítica o de la autocompasión como emergentes de las experiencias interpersonales previas, así uno aprende a relacionarse con uno mismo, de la misma manera en la que otros se han relacionado con él (Gilbert, Balwin, Irons, Baccus y Palmer, 2006). El ataque a uno mismo puede ser activado en situaciones en las que la persona siente que ha fracasado en tareas importantes (esta importancia es totalmente subjetiva e intrínseca a la persona y su vivencia) y su función es corregir comportamientos o características personales, para prevenir futuros fallos, de manera similar a cuando un padre regaña a su hijo por algo mal hecho, para que esto no se repita (Castilho et al., 2015).

A nivel anatómico la autocrítica está relacionada con actividad en la región del Córtex prefrontal lateral y en la corteza cingulada anterior dorsal, conectándose así con el procesamiento de errores y resolución, además de con la inhibición social. Mientras que la autocompasión y la capacidad de regularse a uno mismo se relaciona con actividad en áreas totalmente diferentes del cerebro, además de no estar vinculada a la psicopatología, sino más bien al bienestar psicológico. “The forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale” (FSCRS), es un instrumento de medida desarrollado para explorar las diferentes maneras en las que las personas se tratan a sí mismas cuando algo va mal, concretamente para medir la tendencia a la autocrítica o a la autocompasión cuando uno percibe que ha fracasado en algo. Los ítems fueron desarrollados a partir de la práctica clínica, basados en pensamientos de clientes con depresión sobre su voz autocrítica y autocompasiva. Dicho instrumento se sustenta en un modelo de la autocrítica compuesto por tres factores. Se sugiere a partir del análisis factorial un factor para albergar la autoafirmación de uno mismo (reassured self) y dos para la autocrítica, sentimiento de uno mismo como insuficiente o inadecuado (inadequated self) y odio hacia uno mismo (hated self). Estos dos últimos factores han resultado tener correlaciones altas en varios estudios, por ello en ocasiones se unifican como un único factor de autocrítica (Baião et al., 2015). Estudios en los que se ha utilizado este instrumento de medida, han encontrado relación entre autotratamientos críticos con depresión, ansiedad, autolesiones o trastornos de la conducta alimenticia, mientras que la autocompasión se ha visto más relacionada con la salud psicológica (Kupeli et al., 2013). Además de que se ha visto que la dimensión que posee más relevancia clínica, debido a su potencial psicopatológico, es la del sí mismo odiado (Baião et al., 2015). Otros autores han encontrado una relación directa del sí mismo odiado con depresión (Gilbert et al., 2004).

De la misma manera de la que disponemos de diferentes aproximaciones teóricas sobre las causas de la depresión o sobre las funciones de una capacidad como la autocrítica, también disponemos de diferentes tratamientos que poco a poco van constatando su evidencia empírica. Tanto la psicoterapia como los fármacos han sido ampliamente utilizados en este ámbito, históricamente el objetivo principal hacia el que avanzaban los tratamientos era reducir los síntomas. Actualmente por el contrario se avanza hacia tratamientos que aporten evidencia para la prevención de futuras recaídas. Los tratamientos basados en fármacos han tenido el protagonismo para patologías como la depresión mayor, desde modelos más biológicos como hemos comentado anteriormente, poco a poco va compartiendo espacio con la psicoterapia debido al desarrollo de fármacos con cada vez menos efectos secundarios. Sin embargo, no

todas las personas responden de una manera adecuada a los fármacos, además de que estos no reducen la probabilidad de que reaparezca la patología o se den recaídas. Por otro lado, y esperanzadoramente, algunos de estos clientes sí responden con psicoterapia y ésta sí que está demostrando poseer efectos que reducen el riesgo de recaídas (Hollon y Ponniah, 2010).

Entre los diferentes tratamientos psicológicos disponibles actualmente, según Greenberg, Elliot y Pos (2007) la TFE ha demostrado ser un tratamiento eficaz para tratar la depresión, entre otras psicopatologías. A través del trabajo con la activación emocional y la profundidad del pensamiento, intrínsecamente unidas a los resultados en la mejora de casos de depresión y situaciones no resueltas (Goldman et al., 2011). El objetivo de esta terapia es la activación de las emociones (alrededor de las que se han conformado los diferentes aspectos desadaptativos del sí mismo, como hemos explicado previamente) durante el tratamiento para permitir el cambio profundo de los esquemas emocionales que previamente eran automáticamente puestos en marcha, además de en numerosos casos una fuente de malestar. En otras palabras, acceder y aprovechar el funcionamiento emocional adaptativo de las personas para promover el cambio y crecimiento de estas. En este contexto las emociones son entendidas como sistemas innatos y adaptativos que han ido evolucionando a lo largo del tiempo para ayudarnos a sobrevivir y sobrellevar diferentes cambios en nuestras vidas, conectadas a su vez a nuestras necesidades más esenciales y profundas, alertan así rápidamente de situaciones inherentes a nuestro bienestar, además de guiarnos en la toma de decisiones respecto a las acciones para responder a determinadas situaciones. Los esquemas emocionales, son entendidos como la estructura interna encargada de colocar la experiencia, no accesibles de forma consciente y la fuente de experiencia primaria, con un funcionamiento rápido e implícito para automáticamente producir experiencias sentidas y tendencias a la acción (Greenberg et al., 2007).

La TFE combina el acompañamiento y guía de los procesos experienciales de los clientes, enfatizando al mismo tiempo la importancia de la relación y las habilidades terapéuticas. Considera la emoción como la fuente primaria de experiencia humana (Greenberg et al., 2007), contemplando al ser humano como un sistema dinámico que integra procesos dialécticos a niveles diferentes, desde neuronales hasta conscientes y conceptuales. Esta integración resulta en afecto y cognición como intrínsecos el uno al otro e importantes de igual manera para sentir y dar sentido a lo que nos rodea (Greenberg y Watson 2006). En este tipo de terapia los clientes aprenden a identificar mejor, experimentar, explorar, dar sentido, transformar y flexibilizar el manejo de sus emociones. Como resultado de ello, los clientes adquieren habilidades para acceder a ellas e interpretarlas, además de habilidades también para manejar esta información.

El cambio proviene de la articulación, elaboración y transformación de la historia de vida del cliente y, por ende, de sus esquemas emocionales (Greenberg et al., 2007).

¿Cómo se lleva a cabo? Los terapeutas ayudan a los clientes a entender y transformar sus esquemas emocionales mediante la escucha empática y las intervenciones evocadoras o expresivas. También lo hacen mediante la ayuda para reflexionar y reevaluar memorias pertenecientes a esquemas emocionales, cambiándolas por respuestas emocionales más adaptativas. El mecanismo central de cambio en la TFE es el procesamiento emocional y los procesos emergentes capaces de dar sentido. El cambio ocurre cuando se da sentido a las emociones propias a través de la toma de conciencia, la expresión, la regulación, la reflexión y transformación de las emociones, en el contexto de una relación empática facilitadora del proceso (Greenberg et al., 2007). Los terapeutas no siguen el objetivo de regular todas las emociones o de tomar conciencia de o expresar todos los sentimientos. Sino que, se basan en una clasificación clínica de los diferentes tipos de emociones (primarias adaptativas, primarias desadaptativas, secundarias e instrumentales), para guiar sus intervenciones. Las cuales se dirigen en su mayoría hacia las emociones, pero nunca de manera indiscriminada o aleatoria. Esta aproximación a diferentes intervenciones se basa en la idea de que en algunos casos la expresión de emociones es más productiva que otros, por ello el incremento de activación en emociones productivas se ha visto relacionado con cambios terapéuticos. Desde la TFE se sostienen cinco principios sobre los que se desarrolla el cambio emocional: incrementar la conciencia de la emoción, expresar la emoción, incrementar la regulación emocional, reflejar las emociones y por último transformarlas (Greenberg, 2008).

Además de los mecanismos de funcionamiento y herramientas de este tipo de terapia, ésta contempla la relación terapéutica en forma de vínculo regulador de afecto, alimentado por la empatía, aceptación, congruencia y presencia del terapeuta. Esta relación se caracteriza por ser curativa, promover el trabajo de exploración terapéutico, transformación emocional y la creación de significado nuevo. La seguridad y empatía que se ofrece a través de la relación y el encuadre terapéutico, son indispensables para que los clientes lleguen a expresar emociones dolorosas, para después trabajar con ellas (Greenberg, 2014). Se podría decir que los dos polos esenciales para desarrollar un espacio terapéutico y por ende una relación serían en primer lugar, la relación como un vínculo regulador de afecto, caracterizado por la presencia del terapeuta, la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia. En segundo lugar, es necesaria la facilitación de procesamiento emocional adecuado en algunos momentos. Se ha

demostrado empíricamente, que la empatía en concreto es uno de los tres aspectos relacionados con los resultados terapéuticos (Greenberg y Watson, 2006).

Encontrar el equilibrio sobre lo que puede sostener la relación, a veces es difícil a la hora de trabajar con clientes que están experimentando una depresión. Pueden tener dificultades para concentrarse en sus sensaciones corporales, además de estar en ocasiones extremadamente desconectados de sus experiencias internas, lo que solo les permite ser conscientes de las sensaciones predominantes en los estados depresivos. Por lo que en determinadas situaciones hay que ser especialmente cuidadosos y pacientes, a la hora de pedirles que se concentren en sus sentimientos o emociones, ya que pueden vivir esto como una crítica o fracaso, a los que son especialmente sensibles (Greenberg y Watson, 2006).

Desde la TFE con el paso del tiempo en un proceso terapéutico, se espera que dicho vínculo sea internalizado por el cliente y así posteriormente ser un mecanismo de autorregulación propio, empoderando sus capacidades de manejar estados internos. Se cree que la manera de estar del terapeuta y no tanto sus técnicas, tienen un impacto en el bienestar del cliente. Elementos como el ritmo que se establece, la expresión facial, el tono de la voz o una postura corporal que transmita afecto, crean un clima terapéutico y proclive a llevar a cabo un trabajo emocional. Un objetivo importante en la TFE como ya hemos mencionado es promover el aumento de la autorregulación del cliente y la transformación emocional, además de entender esta relación como un predictor directo de cambio y una base sobre la que las técnicas pueden ser utilizadas para este fin. Por lo que desde este enfoque se entendería la relación terapéutica como terapéutica en sí, a la vez que, por otro lado, un sostén para el resto del proceso terapéutico. Esta manera de contemplar el vínculo da lugar a dos principios dentro de este tipo de terapia, la provisión de una relación y de un trabajo terapéuticos, primando la relación (Greenberg, 2014).

Numerosos estudios han demostrado que además de la empatía ofrecida por el terapeuta en la relación, una buena alianza terapéutica está relacionada con buenos resultados (Corbella y Botella, 2011; Corbella y Botella, 2003; Greenberg y Watson, 2006). Además de crear y ofrecer un clima emocional, seguro y acogedor, que asegure la formación de un vínculo sincero, es importante fomentar y nutrir una alianza colaborativa a través de todo el proceso terapéutico. La alianza terapéutica refleja tres aspectos importantes del trabajo terapéutico: el vínculo, acuerdo en objetivos y en tareas (Greenberg y Watson, 2006).

La conceptualización del término “alianza o relación terapéutica” surgió durante el siglo XX, Freud ya destacaba la importancia de que el terapeuta mostrará un interés y actitud de comprensión, para que esto permitiera que la parte más sana del cliente se vinculará con el primero. Más adelante fue desarrollándose hasta el concepto actual de alianza terapéutica, uno de los conceptos más estudiados por la investigación sobre los factores comunes (Andrade, 2005; Corbella y Botella, 2003; Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010).

Según la clasificación propuesta por Bordin la alianza terapéutica se configura a partir de 3 componentes: acuerdo entre terapeuta y cliente sobre los objetivos del proceso, sobre las tareas necesarias para alcanzar dicho objetivo y el vínculo entre terapeuta y cliente (comúnmente expresado como confianza y respecto mutuos, además de un sentimiento de compromiso bidireccional y un entendimiento compartido durante el proceso) (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015). Varios instrumentos de medida han sido desarrollados para su medición, concretamente el Working Alliance Inventory (WAI) se basa en la conceptualización propuesta por Bordin. Posteriormente se desarrolló el WAI short (WAI-S), del que ya se dispone de una versión española. Aunque las características psicométricas que se encontraron en un estudio del WAI-S sugieren a diferencia del modelo de Bordin basado en 3 factores, un modelo basado en un factor más unificado, ya que los acuerdos en tareas y objetivos parecen estar muy fusionados (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). Pese a esto, la conceptualización propuesta por Bordin es la más extendida, aunque existen otras propuestas como la de Luborsky, más cercana a la orientación psicodinámica. Esta sugiere que la alianza consiste en una entidad dinámica, que va evolucionando en respuesta a las necesidades del proceso terapéutico. Por lo que habría dos tipos de alianza en función de la fase en la que se encuentra la terapia. La primera o de tipo 1 se caracteriza por desarrollarse mayoritariamente al comienzo del proceso, dotando al cliente de un sentimiento de apoyo y ayuda proporcionado por el terapeuta como contenedor. La segunda o de tipo 2 aparece en fases más avanzadas del proceso y se experimenta como una sensación de trabajo conjunto hacia los objetivos del cliente (Corbella y Botella, 2003). En revisiones recientes se ha visto que una elevada autocrítica puede dificultar el establecimiento de la alianza terapéutica y por ello determinar resultados terapéuticos pobres (Castilho et al., 2015). Esto podría tener bastante fundamento ya que la autocrítica además de estar relacionada con el desarrollo de psicopatologías como la depresión, puede llegar a dificultar las relaciones interpersonales (Gilbert et al., 2004).

Una vez establecida la relación y la alianza terapéuticas, se puede apoyar en estas el trabajo terapéutico (Greenberg, 2014). Varias investigaciones sugieren que parte del cambio

terapéutico se basa en la comunicación terapéutica, concretamente en el habla entre terapeuta y cliente, además del rol que ocupa el terapeuta en este diálogo orientado a promover el cambio emocional (Pascual-Leone, 2017; Valdes et al., 2010). Esto ha recibido poca atención, en comparación con otros factores comunes más estudiados en investigación, como puede ser la relación o la alianza terapéutica (Valdés et al., 2010). Generalmente desde las diferentes escuelas u orientaciones, las intervenciones de los terapeutas tienen el objetivo de ofrecer al cliente una perspectiva diferente, algo más objetiva, sobre el mismo, sus figuras significativas o el mundo, para así generar un aumento de conciencia y conducir a cambios positivos, a través del procesamiento de emociones. Cada escuela posee un método o maneras diferentes para ello (Golfried, 1995; Pascual-Leone, 2017). Desde la TFE esto siempre se lleva a cabo en forma de ofrenda no impositiva, como una conjetura o perspectiva diferentes y nunca como teorías aplicables a toda persona o verdades únicas (Greenberg, 2014). Además de buscar con dichas intervenciones una mayor profundización como explicábamos previamente, en determinadas emociones, para activarlas y poder trabajar con ellas (Greenberg, 2008).

Según Pascual-Leone (2017) un estudio sobre TFE para trauma complejo demostró que la alianza terapéutica en los momentos iniciales del proceso era el mejor predictor de que los clientes expresaran emociones primarias adaptativas más adelante. Mientras que otro estudio relacionó intervenciones específicas de los terapeutas con secuencias en el modelo emocional. Por último, otras investigaciones proponen que pudiera tratarse de un campo compartido, además de que dirigir el proceso ha demostrado tener efecto sobre los resultados terapéuticos (Kramer, Pascual-Leone, Rohde y Sachse, 2016).

Debido a la falta de lenguaje común entre escuelas, que posibilite discernir dónde se centra el foco del terapeuta durante las intervenciones y esto dificulta el conocimiento sobre los diferentes componentes del cambio terapéutico (Golfried, 1995; Valdés et al., 2010). Por ello se han desarrollado diferentes instrumentos de medida, entre los que destacaremos el Coding System of the Therapeutic Focus (CSTF), diseñado para codificar las intervenciones de los terapeutas en un lenguaje teórico neutral, intentando proporcionar una comunicación “meta-escuela” (Golfried, Samailov y Shapiro, 2000; Valdés et al., 2010), además de ser de especial ayuda a la hora de llevar a cabo formulaciones clínicas de casos. La utilidad de dicho instrumento ha sido demostrada ya en varios estudios (Golfried et al., 2000). Además de esto, en concreto para la TFE es un instrumento de especial ayuda a la hora de poder medir la habilidad de los terapeutas para gentilmente guiar a los clientes hacia las emociones centrales, en forma de frecuencia con la que las intervenciones de los terapeutas dirigen el foco hacia la

emoción, ya que es de especial interés para el cambio terapéutico desde este modelo (Greenberg, 2008; Pascual-Leone, 2017).

El objetivo del presente trabajo de fin de máster es describir la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la TFE concretamente en cuanto a la autocrítica y más ampliamente la depresión. Además de determinar si solo esto medía o también lo hace hacia dónde dirige el foco el terapeuta durante las sesiones que conforman el proceso terapéutico. Por ello, y tras haber realizado la revisión pertinente sobre la literatura, esperamos encontrar la confirmación de las siguientes hipótesis:

- Existe una relación inversa entre la dimensión del sí mismo reafirmado de la autocrítica y el nivel de depresión, en el momento inicial del proceso terapéutico.
- Existe una relación entre dos de las dimensiones negativas de la autocrítica (sí mismo odiado y sí mismo inadecuado) y niveles altos de depresión en el momento inicial del proceso terapéutico.
- Existe una relación directa entre la frecuencia con la que el terapeuta dirige el foco hacia el mundo emocional del cliente y la dimensión del vínculo de la alianza terapéutica.
- El efecto de la dimensión del sí mismo odiado de la autocrítica en el cambio terapéutico en depresión, está mediado por la alianza terapéutica.
- La frecuencia con la que el terapeuta dirige el foco hacia la emoción predice el cambio terapéutico, mediado por la autocrítica.

Método

Participantes

Los participantes que conforman la muestra del presente trabajo de fin de grado fueron 19 personas, con sus correspondientes 19 procesos terapéuticos completos, por otro lado, también participaron en la investigación 7 terapeutas diferentes. El material se encontraba en videos.

En referencia a los 19 participantes, estos fueron elegidos siguiendo el criterio de inclusión basados en tener altas puntuaciones en autocrítica, evaluada con el cuestionario “Forms of self criticism/attacking and self reassuring scale” (Gilbert et al., 2004). De la misma manera se siguieron criterios de exclusión como presencia de patología de alta gravedad, véase: trastornos

psicóticos, abuso de tóxicos, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de la personalidad y situaciones de violencia o abuso. Debido a la presencia de estas dos características no podemos decir que la muestra fuera probabilística o aleatoria.

La edad de los participantes se sitúa entre 18 y 55 años de edad ($M = 37.57$; $DT = 12.07$). La mayor parte de la muestra está concentrada entre 18 y 23 años (40.12%) y entre los 34 y 38 años (13.64%). También se podrían destacar otros dos grupos de edades concentradas, pero de un menor tamaño, estos serían entre los 44 y 48 años (9.09%) y entre los 54 y 58 años (9.09%).

Entre los 19 participantes la distinción en cuanto al sexo establecida fue hombre o mujer, siendo los valores para los primeros de 31.82% y para las mujeres de 68.18%.

Por último, también se recogió información sobre las ocupaciones de los participantes y su nivel socioeconómico. Siendo los subgrupos los siguientes, un 36.36% de la muestra son estudiantes, un 22.69% trabaja como psicólogo/a o psicoterapeutas, un 4.55% está en situación de paro, un 4.55% trabaja como empresario/a, un 4.55% se dedica al campo de la ingeniería, un 4.55% área de la informática, un 9.1% trabaja como médico/a, un 4.55% área de economía, un 4.55% como responsable de proyecto y último cliente se dedica a la floristería y jardinería, 4.55%.

En cuanto a los siete terapeutas que colaboraron con la investigación disponemos de la siguiente información, todos/as poseen formación en Terapia Focalizada en la Emoción, además de formaciones individuales en diferentes áreas. La asignación entre terapeuta y cliente se llevó a cabo por medio del azar, en cuanto a la disponibilidad horaria de cada uno.

Variables e instrumentos

Autocrítica. La autocrítica fue medida utilizando el cuestionario “Forms of self criticism/attacking and self reassuring scale” (FSCRS; Gilbert et al., 2004). Consiste en un auto informe conformado por 22 ítems, en el que se solicita a los participantes que evalúen cómo reaccionan normalmente cuando algo sale mal o no va como ellos esperaban o deseaban. Los participantes responden en una escala de cinco puntos Likert (desde cero para no me identifico nada a cuatro para me identifico extremadamente). Un análisis factorial de la escala sugirió tres factores: siendo estos, sí mismo inadecuado, sí mismo odiado y sí mismo reafirmado. Se ha encontrado que esta medida de autocrítica/autoafirmación muestra congruencia con otras medidas de autocrítica, además de mostrar buena consistencia interna (un Alfa de Chronbach

de .86 para self odiado y self reafirmado y de .90 para self inadecuado) (Castilho, Pinto-Gouveia y Duarte, 2015). En el caso de la muestra española las propiedades psicométricas fueron .88 para sí mismo reafirmado, .88 para sí mismo inadecuado y .71 para sí mismo odiado (López-Cavada, 2020).

Depresión. El nivel de estado de ánimo depresivo fue medido utilizando el “Beck Depression Inventory” (BDI; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) es un auto registro compuesto por 21 ítems, en cada uno de los ítems se puede elegir entre cuatro alternativas diferentes, ordenadas de menor a mayor gravedad. A la hora de corregir cada respuesta se puntúa entre 0 y 3 puntos, después se suman las puntuaciones de cada ítem y el resultado se encontrará entre las cifras de 0 y 63. Los puntos de corte estándar incluyen 0–9: depresión mínima; 10-18: depresión ligera; 19-29: depresión moderada; y 30–63: depresión severa. Este instrumento es el más aplicado en la práctica clínica e investigación para evaluar gravedad de depresión y características cognitivas, afectivas, motivacionales y somáticas. La adaptación española del BDI muestra adecuadas propiedades psicométricas, consistencia interna elevada (coeficiente Alfa de Chronbach .87) (Sanz et al., 2003).

Alianza terapéutica. La alianza terapéutica fue medida con la escala “Working Alliance Inventory” (WAI; Corbella et al., 2011) compuesta por tres subescalas que miden los tres componentes que conforman la alianza terapéutica según la definición de Bordin. Cada una de estas tres subescalas, está formada por 12 ítems de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Se han hecho versiones auto aplicables para los clientes y para los terapeutas. En la versión inglesa, las propiedades psicométricas encontradas fueron, consistencia interna de .93 para la versión del cliente y .87 para a del terapeuta. Para las subescalas de tareas, vínculo y objetivos fueron respectivamente .90; .88 y .91. Debido a las características psicométricas del WAI se elaboró el “WAI- short” (WAI-S), compuesto por tres subescalas y 12 ítems con escala Likert de 7 puntos. La adaptación española del WAI-S, obtuvo valores de consistencia interna evaluada utilizando el coeficiente alfa de Cronbach de .91, además de la consistencia interna de las tres subescalas del instrumento, siendo estas, .88, .86 y .85 (Corbella et al., 2011).

Foco de la respuesta del terapeuta. Hacia dónde dirigía la atención el terapeuta mediante sus intervenciones fue medido con “Coding system of The Therapeutic Focus” (CSTF; Goldfried et al., 1998). Este sistema de codificación se utiliza para calificar las transcripciones de las expresiones del terapeuta a lo largo de las siguientes cinco dimensiones. Tres de estas cinco dimensiones comprendidas como inherentes al cliente: Acción (orientada hacia el

presente como conducta o hacia el futuro como intención), emoción (en cuanto a nombrar emociones en sí, necesidades, tendencias a la acción o sensaciones fisiológicas) y pensamiento (pensamiento general, autoevaluaciones y expectativas). Las dos dimensiones restantes comprendidas como inherentes al mundo externo del cliente, contemplando situaciones u otros (para más detalle consultar Anexo A). La codificación hace uso de transcripciones de sesiones, la unidad a analizar son las intervenciones del terapeuta, que es todo lo dicho por el terapeuta después de la declaración del cliente y antes de la siguiente. La declaración del cliente no se codifica, se puede usar para proporcionar contexto o información para codificar las intervenciones del terapeuta. Cada categoría de codificación se puntúa una vez por turno, si es intervención del terapeuta o declaración del cliente, como presente o ausente. Los comentarios de los terapeutas asociados con la programación y las pequeñas conversaciones (por ejemplo, el clima) no se puntúan (Goldfried et al., 1998). En la investigación original se hayo un valor de .74 para la correlación intraclass (Castonguay et al., 1996). Posterior a la codificación, se contabiliza en forma de frecuencia por dimensión. La fiabilidad interjueces hallada a partir del Kappa de cohen de las diferentes dimensiones sería la siguiente: para emoción .78, para necesidad .24, para fisiología -.00, para tendencia a la acción .30, para pensamiento general .42, para autoevaluación negativa .80, para expectativa .58, para intención .39, para conducta .65, para situación .51 y para otros .76. Por lo que se aceptaron los valores de emoción, autoevaluación negativa y otros (.78, .80 y .76).

Procedimiento

El presente trabajo de fin de grado se encuadra dentro de la investigación realizada por el profesor Rafael Jódar Anchía de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, junto a la Universidad de Deusto de Bilbao, La Universidad de Ramón Llull de Barcelona.

Todos los participantes que conforman la investigación dieron su consentimiento para que sus procesos terapéuticos fueran utilizados con fines académicos. Las medidas se recogieron en diferentes momentos temporales. Tres de los instrumentos mencionados fueron medidos en el momento en el que la investigación comenzó, siendo estos, el BDI y el FSCRS. Más adelante al finalizar los procesos terapéuticos de los clientes (12 sesiones), se recogieron las medidas post del BDI y FSCRS. El WAI-S se midió en la tercera sesión del proceso terapéutico. Todos ellos fueron cumplimentados por los clientes, en formato papel y en el lugar donde se ofrecía el espacio terapéutico la Unidad de Intervención Psicosocial de la Universidad (UNINPSI).

Posteriormente dos de los alumnos del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas que realizamos el trabajo de fin de máster junto al profesor fuimos formados en el instrumento de medida CSTF, para poder proceder a las codificaciones de las primeras sesiones

La estructura de las sesiones a analizar consistió en primer lugar el encuadre terapéutico (sobre la investigación, la orientación psicológica...), seguido de una pequeña anamnesis orientada hacia la autocrítica ya que se disponía de un número limitado de sesiones y por último una pequeña devolución del terapeuta al cliente.

La formación para el CSTF consistió en tres días con una duración de entorno a una hora y media, dos horas, en la UNINPSI. Durante dichas formaciones se elaboraron una serie de acuerdos para una codificación más eficaz entre los dos alumnos y el profesor (para más información consultar Anexo B). Posteriormente cada uno de los alumnos codificó videos aleatorizados y de manera individual. Una vez hecho esto, se depuraron los datos para posteriormente utilizarlos en los análisis junto a los recogidos en momentos anteriores de la investigación.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS versión 22. En primer lugar, se llevaron a cabo los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas para las hipótesis. Dado el pequeño tamaño de la muestra se optó por calcular medianas y rangos, en lugar de medias y desviaciones típicas. Más adelante, de la misma manera se optó por las pruebas estadísticas no paramétricas puesto que no disponemos de los niveles de medida poblacionales que las pruebas estadísticas paramétricas exigen. Dentro de las pruebas estadísticas no paramétricas se empleó la correlación de Spearman para analizar tres de las hipótesis propuestas, en las que se establecía una relación entre variables. Por último, se emplearon análisis mediacionales para describir las relaciones entre las variables pertenecientes a las dos hipótesis restantes.

Resultados

Los resultados obtenidos tras llevar a cabo los análisis mencionados fueron los siguientes.

En relación con las variables clínicas los valores obtenidos para la mediana de las variables del self reafirmado, self odiado y self inadecuado fueron los siguientes respectivamente (Me =17, R =21; Me =4, R =15; Me =24, R =28). Para la variable nivel de depresión previo a la intervención fue de (Me =18, R =38) y para cambio terapéutico en depresión (Me =-11, R=32). Para la variable frecuencia del foco en las emociones fue (Me =.27, R =.21). Para la variable del factor de la alianza terapéutica del vínculo fue de (Me =27, R =8)) y para la alianza terapéutica total (Me =81, R=16). Por último, el valor de la mediana para la variable cambio terapéutico en autocrítica fue (Me =.00, R =13.00) (véase en Tabla 1).

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos

	Me	R
Bond	27.00	8.00
WAI	81.00	16.00
BDI pre	18.00	38.00
Cambio BDI	-11.00	32.00
HS pre	4.00	15.00
IS pre	24.00	28.00
RS pre	17.00	21.00
Cambio HS	-11.00	32.00
Frec e	0.26	0.21

Nota. Bond: Dimensión vínculo de la alianza terapéutica; WAI: Puntuación total en alianza terapéutica; BDI pre: Puntuación antes del proceso en depresión; Cambio BDI: Cambio terapéutico en depresión; HS pre: Dimensión self odiado de autocrítica; IS pre: dimensión self inadecuado autocrítica; RS pre: dimensión self reafirmado autocrítica; Cambio HS: Cambio terapéutico en self odiado; Frec e: Frecuencia foco en emoción.

Para explorar las relaciones propuestas en la primera hipótesis, la existencia de una relación previa al tratamiento entre la dimensión del self reafirmado de la autocrítica y el nivel de depresión, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Se encontró una relación significativa entre la variable self reafirmado y el nivel de depresión antes de realizar el proceso terapéutico, siendo esta misma inversa y alta ($r = -.69$; $p < .01$).

Para realizar el contraste de las relaciones propuestas en la segunda hipótesis, donde se establece la existencia de una relación entre dos de las dimensiones de la autocrítica (self

odiado y self inadecuado) y niveles altos de depresión, previamente al tratamiento. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, para cada una de las dimensiones de la autocrítica y las puntuaciones de depresión previas al proceso terapéutico. Se encontró una relación significativa entre el self odiado y las puntuaciones en depresión, siendo esta directa y alta ($r = .65; p < .01$). Asimismo, la relación entre self inadecuado y las puntuaciones en depresión resultó ser significativa, directa y moderada ($r = .55; p < .05$).

En referencia a la relación entre la frecuencia con la que el terapeuta dirige el foco hacia el mundo emocional del cliente y la dimensión del vínculo de la alianza terapéutica, propuesta en la tercera hipótesis, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados hallados se pueden observar en la Tabla 5. La relación resultó ser no significativa, directa y baja ($r = .38; p > .05$).

Por último, se estudiaron las dos hipótesis restantes a través del Modelo de Mediación (Hayes, 2013). En la primera de ellas se proponía que el efecto de una elevada autocrítica, dónde se escogió el factor de self odiado, ya que es la dimensión de la autocrítica con más relevancia clínica (Baião et al., 2015) en el cambio terapéutico en depresión estará mediado por la alianza terapéutica medida en la tercera sesión (en la figura 1 se puede observar el gráfico). Como el intervalo de confianza obtenido para el efecto indirecto del análisis mediacional incluía el 0 (límite inferior = $-.55$ y límite superior = $.28$) no podemos afirmar que exista un efecto de mediación significativo entre la autocrítica y el cambio terapéutico en depresión a través de la alianza terapéutica. Dado que las puntuaciones del efecto de la autocrítica en la alianza terapéutica ($\beta_a = .47; p = .12$) y el efecto de la alianza terapéutica en el cambio en depresión ($\beta_b = -.21; p = .58$) no han resultado ser significativas, no podemos afirmar la existencia de un efecto indirecto. A diferencia del efecto directo, dado que entre las puntuaciones de autocrítica antes del proceso terapéutico y el cambio en depresión que si resultó ser significativo ($\beta_c' = -1.03; p = .05$).

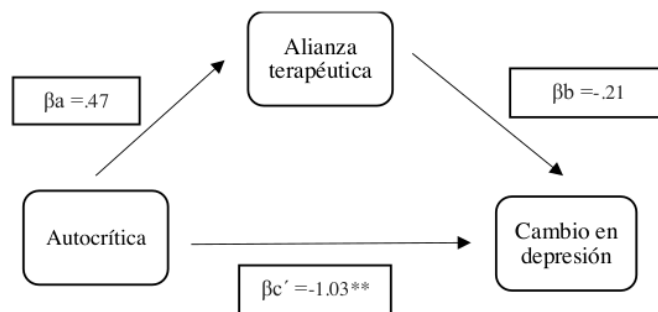


Figura 1.

Relación simple: $\beta c = -1,14$; $p = .02$ Efecto directo: $\beta c' = -1.03$; $p = .05$ Efecto indirecto: IC [-.55 - .28]

En la segunda hipótesis mediacional y última del trabajo, proponíamos que la relación entre la frecuencia con la que el terapeuta pone el foco de atención en el mundo emocional del cliente predice el cambio terapéutico (en el seguimiento) mediado por el cambio terapéutico en la autocrítica, concretamente en el self odiado (en la figura 2 se puede observar el gráfico). Como el intervalo de confianza que se obtuvo para el efecto indirecto del análisis mediacional incluía el 0 (límite inferior = -53.88 y límite superior = 73.41) no podemos afirmar que exista un efecto de mediación significativo entre la frecuencia del foco en la emoción y el cambio terapéutico en depresión en el seguimiento a través del cambio terapéutico en autocrítica. El efecto de la frecuencia con la que el terapeuta pone el foco en el mundo emocional del cliente sobre la autocrítica, resulto ser no significativo ($\beta a = 3.50$; $p = .81$) por otro lado, el efecto del cambio terapéutico en autocrítica en el cambio en depresión sí resulto ser significativo ($\beta b = 1.78$; $p = .01$), teniendo en cuenta los datos no podríamos afirmar la existencia de un efecto indirecto. En cuanto al efecto directo las puntuaciones tampoco fueron significativas ($\beta c' = -5.94$; $p = .83$) por lo que no podemos afirmar que este exista.

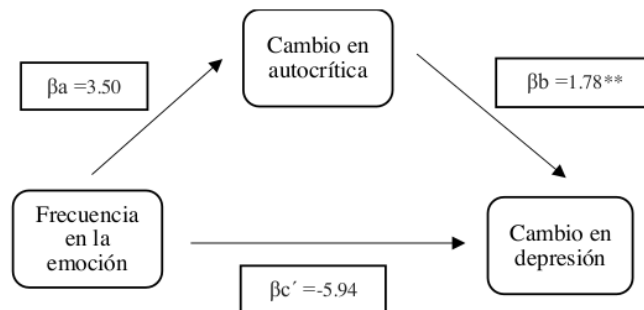


Figura 2.

Relación simple: $\beta c = .27$; $p = .099$ Efecto directo: $\beta c' = -5.94$; $p = .083$ Efecto indirecto: IC [-53.88 - 73.41]

Discusión

Diversos estudios han contrastado la importancia de la autocrítica como componente principal de algunas psicopatologías y concretamente en relación con procesos depresivos (Baião et al. 2015; Gilbert et al., 2004; Castilho et al., 2015).

El objetivo principal del presente trabajo de fin de máster consistía en describir la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la TFE en cuanto a la autocrítica y más ampliamente la depresión. Además de determinar el posible papel del foco del terapeuta durante las sesiones.

Tras llevar a cabo los análisis estadísticos propuestos, creemos relevante mencionar los siguientes aspectos (aunque con poco peso debido a las características de nuestro estudio) en relación con la información previamente expuesta y de cara a nuevas investigaciones en el ámbito de la psicología clínica. Para así disponer de más matices para la aproximación clínica con los clientes.

En primer lugar, proponíamos la existencia de una relación inversa entre la dimensión de la autoafirmación de uno mismo y el nivel de depresión, en el momento inicial de los procesos terapéuticos de los clientes. Los resultados obtenidos confirman dicha hipótesis, por lo que podemos decir así que las personas con niveles altos de autoafirmación antes de comenzar el proceso terapéutico, que participaron en la investigación, resultaron tener de manera inversa puntuaciones bajas en depresión. También podríamos decir que las personas con niveles altos de depresión tendrán esta dimensión de la autocrítica con niveles bajos.

A diferencia de la autocrítica que se ha visto relacionada con diferentes procesos psicopatológicos (Kupeli et al., 2013), los procesos autocompasivos o una mayor autoafirmación se han visto relacionados con niveles altos de salud mental, apego seguro y memorias tempranas de seguridad y compañía. Debido a esto, algunos autores consideran que la asociación negativa entre autoafirmación y autocrítica (compuesta por self odiado y self inadecuado) podría sugerir una posible vía para disminuir la voz autocrítica, para así desarrollar una actitud más compasiva o de cuidado hacia algunos aspectos de la autocrítica y sus estados internos negativos (Baião et al., 2015). Podríamos entonces entender el autocuidado o la autoafirmación como procesos protectores para el desarrollo de futuras psicopatologías o como puede ser en el caso del presente estudio, más en concreto depresión o procesos depresivos.

Como comentábamos previamente se cree que este tipo de auto-tratamiento más compasivo con uno mismo, puede verse desarrollado por experiencias tempranas, internalizando dicha habilidad en momentos de fracaso, donde vendría dada en primer lugar por los principales cuidadores. Esto tendría sentido, dado que se ha visto que la manera en la que nos tratamos a nosotros mismos es una internalización de esquemas interpersonales o relacionales (Gilbert et al., 2004). Por todo ello, por ejemplo, las terapias de tercera generación (p. ej aceptación, mindfulness o terapia centrada en la compasión) apuestan por regular las sensaciones negativas con la autocompasión o autoafirmación de uno mismo, a través de comportamientos de cuidado y expresando y comunicando sentimientos de seguridad y acompañamiento (Baião et al., 2015). O por ejemplo la TFE espera que con el tiempo el cliente internalice la relación interpersonal de afecto como recurso para “autocalmarse”, adquiriendo así la capacidad de apaciguar los propios estados internos (Greenberg y Watson, 2006).

En la misma línea también hemos encontrado la existencia de una relación directa entre las dimensiones del sí mismo odiado e inadecuado con niveles altos de depresión antes de los procesos terapéuticos. En consonancia con lo apuntado por Gilbert et al., (2004) la dimensión que obtuvo una mayor relación con los procesos depresivos fue el sí mismo odiado. Además, dichos resultados concuerdan con los mencionados en primer lugar, ya que parece que atendiendo a las dimensiones medidas por el FSCR, la autoafirmación está más vinculada con una mayor salud mental y la autocrítica (constituida por los sí mismos odiado e inadecuado) con procesos depresivos. Es decir, un Yo poco reafirmado o autocompasivo va de la mano de un Yo más autocrítico.

Como comentábamos previamente diversos autores relacionan la devaluación, condena o crítica de uno mismo, como cogniciones y emociones con mucho peso en procesos depresivos u otras psicopatologías (Castilho et al., 2015). Se le atribuyen otras funciones además de la anteriormente mencionada, estas pueden ser como mecanismo para enfrentar la realidad, como estrategia de control del pensamiento o como voz interna de regulación emocional (Kupeli et al., 2013). Además de esto, algunos autores proponen una función evolutiva basada en la supervivencia social, más orientada hacia la prevención de errores, mantener expectativas o generar simpatía en otros (Gilbert et al., 2004). Se podría decir que la autocrítica tiene su utilidad a nivel funcional y por ello nos preguntamos entonces qué la vincula con los procesos depresivos u otras psicopatologías. Greenberg y Watson (2006) sostienen que lo problemático deriva de la incapacidad de uno mismo para defenderse de los ataques propios.

Se ha visto pues, que la autocrítica puede ser la evolución de competencias para regular las relaciones interpersonales. De la misma manera que la autoafirmación, la incorporamos de fuera. En términos clínicos, sería importante poner atención como terapeutas para discernir estos posibles procesos autocríticos ya que nos conducirán a las raíces de un gran número de problemáticas o psicopatologías.

Además de todo ello, se ha visto que una elevada autocrítica como ya hemos comentado puede tener repercusiones inversas a las planteadas por la evolución, ya que puede afectar a las relaciones interpersonales, dificultando el establecimiento de estas (Gilbert et al., 2004). Esto también se pone de manifiesto dentro de las sesiones con la figura del terapeuta, dificultando así en algunos casos el establecimiento de la alianza terapéutica (Castilho et al., 2015). Por ello nos parecía relevante estudiar el efecto de una elevada autocrítica antes del proceso, en el cambio en depresión mediado por la alianza terapéutica. Los resultados obtenidos nos han sorprendido ya que no han resultado ser significativos y por ello no podemos afirmar que la autocrítica inicial provoque menor cambio terapéutico por su efecto en la alianza terapéutica. A pesar de los resultados obtenidos creemos sería de relevancia clínica seguir investigando en esta línea, ya que además de otros autores, Greenberg y Watson (2006) en concreto, también proponen la existencia de un efecto en la alianza terapéutica en personas con depresión, estableciendo así la precaución a la hora de trabajar para encontrar el balance que pueda sostener la relación.

En términos clínicos tener en cuenta el poder para generar vivencias o emociones dolorosas del que puede llegar a disponer la autocrítica, además de contar con herramientas para acompañar en una posible disminución de esta puede llegar a ser de suma importancia para alcanzar resultados terapéuticos. El objetivo principal de la TFE es activar las emociones, para permitir el cambio profundo de los esquemas emocionales que sean fuente de malestar. Por lo que el mecanismo central de cambio es el procesamiento emocional, para ello los terapeutas intentan fomentar la atención hacia los procesos internos y las posibles emociones que van surgiendo en el diálogo durante las sesiones, incluso desde la primera de estas (Greenberg et al., 2007). Por ello consideramos explorar la posible predicción del cambio terapéutico que haría la frecuencia con la que el terapeuta dirige el foco hacia las emociones, mediado por la autocrítica. No hemos podido encontrar resultados significativos de ello, pero encontramos relevante más investigación en torno a este tema ya que dichos resultados pueden fruto o haberse visto afectados por una de las limitaciones en nuestro estudio. Y es que al haber utilizado el CSTF solo en las primeras sesiones, sería relevante para la práctica clínica en

futuros estudios utilizar el instrumento para codificar las 12 sesiones que componen los procesos terapéuticos que conforman el presente estudio, para así poder ofrecer resultados con una mayor consistencia.

Por otro lado, el hecho de que el cliente sienta que el terapeuta comprende y acompaña sus vivencias (mediante reflejos y conjeturas empáticas, mostrando aceptación, aprecio y congruencia), al mismo tiempo que dirige el proceso iluminando las diferentes emociones a trabajar (Kramer et al., 2016) nos hizo plantearnos si hacia donde dirige el foco de atención durante las sesiones el terapeuta (mediante respuestas que atienden a lo que parece estar más implícitamente vivo (Greenberg et al., 2007)) puede guardar una relación con el vínculo en la alianza terapéutica. Los resultados encontrados no fueron significativos, lo que nos sorprende ya que la relación terapéutica en TFE se caracteriza por que el terapeuta se centra empáticamente en el mundo interno del cliente y guía promoviendo la exploración de emociones o sentimientos (Greenberg y Watson, 1998). Aunque, por otro lado, esto podría indicarnos que la alianza terapéutica no se ve influenciada por el hecho de que el terapeuta ponga atención en las emociones que van surgiendo durante la sesión. Es decir, la posibilidad de que una mayor frecuencia del foco en las emociones del cliente por parte del terapeuta no determina una mayor alianza terapéutica. Estos resultados podrían ser clínicamente interesantes, por lo que animamos al desarrollo de futuras investigaciones que examinen la relación. De igual manera que en el caso anterior, puede que los resultados se hayan visto influidos por el hecho de haber codificado, debido a las circunstancias del estudio y el tiempo disponible, las primeras sesiones. Estudios futuros podrían esclarecer dicha relación codificando un mayor número de sesiones

Convendría resaltar las limitaciones más generales del presente trabajo de fin de máster de cara a poder corregir el impacto de estas en futuras investigaciones. En relación a la muestra, la principal limitación de este estudio es el pequeño tamaño de esta, ya que no nos ha permitido estudiar otro tipo de relaciones como podría haber niveles de depresión o tendencia hacia auto-tratamientos críticos en función del sexo.

Por otro lado, al no disponer de grupo control u otro grupo recibiendo otro tratamiento que no fuera TFE, no hemos podido comprobar la existencia de cambio terapéutico como tal, sino la existencia de cambio significativo. No es lo habitual en investigación en terapia, aunque si lo más deseable.

En cuanto al instrumento de medida CSTF nos hemos dado cuenta de que quizá al convertir intervenciones terapéuticas en números que posibiliten un estudio cuantitativo, se pierde mucha riqueza que podría ser aprovechada quizá en un estudio cualitativo, para así poder prestar una mayor atención al procesamiento momento a momento.

Por último, hay que destacar las características del estudio, dado que los procesos terapéuticos están cerrados en su totalidad, no es posible la incorporación de variables nuevas, como podría ser la presencia de un perro para examinar como influye esto en la alianza terapéutica, algo que nos hubiera gustado. Hubiera sido relevante clínicamente hacerlo ya que se ha visto que la presencia de estos resulta ser un facilitador social, propician un mayor sentimiento de seguridad en el espacio terapéutico, dan lugar a cambios fisiológicos y aumentan la disposición para compartir emociones, algo que como ya sabemos es uno de los objetivos de la TFE (McNicholas y Collis, 2000; Lane, Luminet, Rime, Gross, de Timary y Mikolajczak, 2012).

Anexos

Anexo A. Dimensiones Foco de Respuesta del Terapeuta

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

Nota. Recuperado de Ellison y Greenberg, (2004)

Anexo B. Acuerdos establecidos entre observadores en formaciones Foco de Respuesta del Terapeuta

Acuerdo en cuanto a	
Nulas	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de duda, marcar solo inespecífico. Si coincide en ambos casos, se dará como nula (gris). - Si la intervención completa es desde el terapeuta (lo que él/ella cree/ opina/ se le mueve, sin referirse al cliente) se codifica como nula (gris). - Intervenciones meta-sesión del tipo: distribución del tiempo en sesiones futuras, citas futuras, etc. Se codifica como nula (gris). - Cuando la intervención entera es sugerencia de proceso, se pone gris y en la columna de inespecífico se escribe sugerencia de proceso. - Cuando el terapeuta habla de sí misma no se marca, a no ser que sea reflejo sobre lo que puede estar viviendo el cliente. - Si hay duda, se marca inespecífico y entre paréntesis lo que se crea.
Emoción	<ul style="list-style-type: none"> - “Y eso duele”: se marca emoción. - “Que injusto”, “que suerte”, “vaya mierda”, “que jodido”, “que pasada”: se marca emoción. - Se reserva marcar Emoción, para etiquetas emocionales y los acuerdos. - Metáforas sobre el cuerpo o nombrar cuerpo: se marca fisiológico.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - “No es fácil”: se marca pensamiento general. - Pensamientos en los que se anticipa el futuro, expectativas. - Si se marca expectativa o autoevaluación, no se marca pensamiento general.
Conducta	<ul style="list-style-type: none"> - No se puede marcar conducta con verbos como pensar, imaginar, desear... No implican voluntad necesariamente. - Para acción, verbos activos.
General	<ul style="list-style-type: none"> - No por decir “pienso” es pensamiento, ni por decir “siento” emoción.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Washington DC: Autor.
- Andrade-González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAIT-T). *Anales de psicología*, 31(2), 524-533. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., y Carvalho, S. (2015). Forms of self-criticism/attacking & self-reassuring scale: psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 438-452. doi: <https://doi.org/10.1111/papt.12049>
- Campagne, D. M. (2017). Diagnostica la depresión antes. *Semergen-Medicina de Familia*, 44(4), 1-6. doi: 10.1016/j.semereg.2017.04.013
- Camuñas, N., Mavrou, I., y Miguel-Tobal, J. J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 19-28. doi: 10.5944/rppc.23003
- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrador. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carrobes, J. A. (2014). Trastornos del estado de ánimo. En F. J. Labrador. (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.339-365). Madrid, España: Pirámide.
- 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 and Psychotherapy*, 22(2), 153-164. doi: 10.1002/cpp.1881
- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Golfried, M. R., Wiser, S., y Raue, P. J. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Corbella, S. y Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.

- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A., Herrero, O., y Pacheco. (2011). Características psicométricas de la versión Española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de psicología*, 27(2), 298-301.
- Ellison, J. A. & Greenberg, L. S. (2004). *Coding system for the "constructing meaning" and "facilitating action" dimensions of therapists' interventions - revised*. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- 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: An International Quarter*, 20(2), 183-200. doi: 10.1891/088983906780639817
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring self: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British journal of clinical psychology*, 43(1), 31-50.
- Golfried, M. R. (1995). Toward a common language for case formulation. *Journal of psychotherapy integration*, 5(3), 221-243.
- Golfried, M. R., Castonguay, L. G., y Raue, P. J. (1998). The Therapeutic Focus in Significant Sessions of Master Therapists: A Comparison of Cognitive-Behavioural and Psychodynamic-Interpersonal Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803-810.
- Golfried, M. R., Samoilov, A. y Shapiro, D. A. (2000). Coding System of Therapeutic Focus on Action and Insight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 513-514.
- Goldman, R. N., Watson, J. C., y Greenberg, L. S. (2011). Contrasting two clients in emotion-focused therapy for depression 2: The case of "Eloise", "It's like opening the windows and letting the fresh air come in". *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 7(1), 305-338.

- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychotherapy*, 49(1), 49-59. doi: <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.49>
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350-357. doi: <https://doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S. Elliot, R. y Pos. A. (2007). Emotion Focused Therapy: An overview. *European psychotherapy*, 7(1), 19-39.
- Greenberg, L. S. y Pascual-Leone, J. (2001). A dialectic constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 165-186.
- Greenberg, L. S. y Watson, J. C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington DC: American Psychological Association.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hollon, S. D., y Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932. doi: 10.1002/da.20741.
- Iddon, J. L., y Grant, L. (2013). Behavioural and Cognitive Treatment Interventions in Depression: An analysis of the Evidence Base. *Open Journal of Depression*, 2(2), 11-15. doi: 10.4236/ojd.2013.22003
- Korman, G. P., y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K. B., y Sachse, R. (2015). Emotional Processing, Interaction Process, and Outcome in Clarification-Oriented Psychotherapy for Personality Disorders: A Process-Outcome Analysis. *Journal of personality disorders*, 29(3), 1-19. doi: 10.1521/pedi_2015_29_204
- 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. doi: 10.1111/j.2044-8260.2012.02042.x.

- Lane, A., Luminet, O., Rime, B., Gross, J., de Timary, P. y Mikolajczak, M. (2012). Oxytocin increases willingness to socially share one's emotions. *International Journal of Psychology*, 48, 676-681. doi: 10.1080/00207594.2012.677540.
- López-Cavada, C. (2020). *Tratamiento de la autocrítica a través de la Terapia Focalizada en la Emoción*. (Tesis doctoral en trámites de defensa). Universidad Pontificia de Comillas.
- McNicholas, J. y Collis, G. (2000). Dogs as catalysts for social interactions: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 9, 61-70. doi: <https://doi.org/10.1348/000712600161673>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica para la Depresión*. Galicia, España: Autores.
- Moreno, J., Campos, M. G., Lara, C., y Torner, C. (2005). El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido, primera parte. *Salud mental*, 28(6), 20-26.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pascual-Leone, A. (2017). How clients “change emotion with emotion”: A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(3), 1-18. doi: 10.1080/10503307.2017.1349350
- Sanz, J., Perdígón, A. 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.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J.C., Krause, M. (2010). Sistema de codificación de la actividad terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(2), 117-130.