

**Sanando una crítica interna desde la Terapia Focalizada en la
Emoción y el Mindfulness: un estudio de caso**



Autora: Carmen García de Polavieja Álvarez

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Trabajo de Fin de Máster

Directora: Carlota E. Martín Sanz

24 de mayo de 2022

Resumen

En el presente estudio de caso se desarrollará el proceso terapéutico desde un enfoque humanista apoyado tanto en la Terapia Focalizada en la Emoción como en el Mindfulness y Autocompasión para una paciente mujer de 30 años. La paciente acude a terapia aquejada de sintomatología ansiosa y problemas asociados como las conductas de tricotilomanía, emesis e insomnio. El equipo terapéutico observa como esa sintomatología podría estar relacionada con un marcador de voz crítica asustadora, y con una autointerrupción de la tristeza. La intervención se basa en entrar en contacto con su mundo emocional y su necesidad, generando un diálogo entre las diferentes partes del self escindidas a través de las tareas terapéuticas propuestas desde la Terapia Focalizada en la Emoción, así como técnicas derivadas del Mindfulness. El resultado muestra como ante casos resistentes, la Alianza Terapéutica y las técnicas de Autocompasión, acercan a la paciente a entrar en contacto con sus emociones y atender sus necesidades. Para evaluar el efecto del tratamiento se hace uso de técnicas observacionales relacionadas con el enfoque terapéutico seguido.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, Mindfulness y Autocompasión, Voz crítica, Alianza Terapéutica.

Abstract

In this case study, the therapeutic process will be developed from a humanistic approach supported by Emotion Focused Therapy as well as Mindfulness and Self-Compassion for a 30-year-old female patient. The patient comes to therapy suffering from anxious symptoms and associated problems such as trichotillomania, emesis and insomnia. The therapeutic team observes how this symptomatology could be related to a marker of a critical frightening voice, and to a self-interruption of sadness. The intervention is based on getting in touch with her emotional world and her need, generating a dialogue between the different parts of the split self through therapeutic tasks proposed from Emotion Focused Therapy, as well as techniques derived from Mindfulness. The result shows how in resistant cases, the Therapeutic Alliance and the techniques of Self-Compassion, bring the patient closer to get in touch with her emotions and attend to her needs. To evaluate the effect of the treatment, observational techniques related to the therapeutic approach followed are used.

Keywords: Emotion Focused Therapy, Mindfulness and Self-compassion, Critical voice, Therapeutic Alliance.

Índice

Introducción	5
Conceptualización del Caso	6
Marco Teórico.....	8
Enfoque Humanista y Terapia Focalizada en la Emoción	8
Mindfulness y Autocompasión	12
Marcador Escisión Auto-evaluativa y Tricotilomanía	14
Objetivo del Estudio	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Relevancia del Estudio de Caso.....	17
Presentación del Caso	18
Antecedentes	21
Formulación de Foco	22
Elementos del MENSIT	23
(M) Marcadores	23
(E) Emociones.....	24
(N) Necesidades	24
(S) Emociones secundarias	24
(I) Interrupciones	25
(T) Tema	26
Formular el Foco.....	26
Diseño	26
Metodología	28
Resultados	28
Discusión y Conclusiones	32
Referencias.....	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

El presente estudio de caso pretende reflejar el proceso terapéutico desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) a través de un caso clínico de Ansiedad Generalizada (TAG) con sintomatología asociada (tricotilomanía, emesis e insomnio), altamente autocrítica.

Para ello, se seguirá la metodología propuesta desde este enfoque donde: a partir de la evaluación del proceso momento a momento, se pretende obtener la mejora en los marcadores de procesamiento emocional observando el grado de resolución de las tareas asociadas. Así, si el estado inicial de la paciente es un estado interno de autoevaluación (autocrítica), los marcadores serían las señales externas verbales y no verbales que reflejarían ese estado, y la tarea asociada sería el trabajo con las dos sillas (o sillas para autocrítica). Por tanto, desde este modelo, paciente y terapeuta buscarán co-construir aquellos procesos que impiden una auto-organización emocional y que permitirían responder de forma personal, adaptativa y creativa a la circunstancia vital de la paciente. De este modo, a través de la observación del estilo de procesamiento emocional de la paciente, se identificaría la emoción nuclear prestando atención a los marcadores de proceso, para ir adaptando las tareas asociadas en un proceso terapéutico dinámico y flexible, que permitiría el acceso a la paciente tanto a un nuevo significado emergente, como a un nuevo modo de “llevar adelante” su experiencia (Elliott y Greenberg, 2017).

De esta forma, se pretende generar conocimiento científico desde el marco de la TFE, así como generar nueva literatura respecto al estudio específico de la tricotilomanía asociada al TAG, dado que actualmente apenas hay estudios dentro de la TFE que recojan datos sobre este aspecto concreto.

Igualmente, se pretende traer luz sobre casos resistentes de autocrítica, donde a través de la Alianza Terapéutica y de técnicas de Mindfulness y Autocompasión, se consigue

ablandar el estado interno de autoevaluación, dejando atrás la vergüenza y la ansiedad para encontrarse con el orgullo y la compasión (Marshall, Zuroff, McBride, y Bagby, 2008; Rector, Bagby, Segal, Joffe, y Levitt, 2000).

Conceptualización Del Caso

La paciente es una mujer de 31 años de edad, de clase media alta y con estudios superiores. Es la mayor de tres hermanas, con las que recuerda competir para que sus padres se sintieran orgullosos. Respecto a la relación con su padre, menciona no tener recuerdos, más allá de que pasaba mucho tiempo trabajando en el despacho, y la sensación de no caerle bien. Sin embargo, si recuerda a su madre como más cercana y cariñosa. A pesar de ello, recuerda su infancia cargada de exigencias y de la necesidad de demostrar su competencia a través de resultados académicos para recibir la validación y el cariño de sus padres. Asimismo, habla de una adolescencia difícil y sin control, en la que consumía alcohol con frecuencia, lo que le llevó a experimentar dos comas etílicos.

Por otro lado, tiene una relación de pareja con un hombre que tuvo un hijo en una relación previa con otra mujer. Todo ello le encuentra con dificultades a la hora de formalizar la relación y situarse en el rol de progenitora desde el que salir de la competición y los celos que despierta en ella el hijo de su marido. Igualmente, ocupar el rol de progenitora le encuentra exigiendo al niño tal y como sus padres le exigían a ella a lo largo de su infancia. A pesar de ello, la relación con su marido es el lugar en el que encuentra una figura de apoyo y contención, alejándole de una sensación de soledad desde la que no se siente querible.

En la esfera laboral, ocupa el puesto de “team leader” de un equipo en una empresa farmacéutica. El trabajo supone en lugar en el que se ve reflejada su herida de valía, donde se encuentra con la necesidad de sentirse competente a través de los resultados que obtiene. A

pesar de ello, la experiencia termina siendo de “nunca sentirse suficientemente tranquila” o “suficientemente llena”.

Así, la paciente acude a terapia aquejada de sintomatología ansiosa y problemas asociados como las conductas de tricotilomanía, emesis e insomnio que relaciona con las exigencias del trabajo y su excesivo perfeccionismo. Desde el primer momento de la terapia demuestra su compromiso con el proceso, pero pronto se manifiestan dificultades a la hora de expresar emociones. Tras las primeras sesiones, se empieza a esclarecer su vivencia interna de forma que se pueda trabajar con ello, en la que se manifiestan intensos sentimientos de ansiedad y de vergüenza, de la que nace una voz crítica que condiciona todos los ámbitos de su vida, especialmente el laboral.

De este modo, se hace necesario acompañar en el proceso de poner palabras a su experiencia al trabajar con la tarea del SPLIT (que se describirá más adelante), así como acompañar el trabajo con sillas de técnicas de Mindfulness, ante su dificultad para lidiar con el perfeccionismo. En este sentido, la paciente es exigente consigo misma, no dando espacio a sus deseos y necesidades, y anteponiendo sus deberes y obligaciones, criterio que también impone a los demás.

Durante el proceso, se observa como esta manera de relacionarse consigo misma y con los demás nace de introyectos de la relación con sus padres, por lo que la alianza terapéutica aparece como factor clave al brindar una figura compasiva con ella desde la que puede notar una autocompasión permitida a través de la vivencia de una experiencia emocional correctora. Así, en el trabajo con la silla para la autocritica se observa la forma de operar de esta escisión del self; y en el trabajo con técnicas de Mindfulness y Autocompasión se busca aflojar esta voz crítica resistente.

Marco Teórico

Enfoque Humanista y Terapia Focalizada en la Emoción

La distancia entre la consciencia y lo que realmente somos orgánicamente nace de una tendencia humana compartida que empuja a la incongruencia, a la desconexión de la fuerza de realización, y a la escisión entre diferentes partes del self. Esta distancia emanaría de las condiciones de valor; exigencias externas que se impondrían ante el propio proceso de valoración orgánica, y que darían lugar a la escisión autoevaluativa de la autocrítica; tendencia que se refleja en la paciente de este estudio de caso (Rogers, 1957).

A lo largo de la historia de las psicoterapias humanistas, desde las que se comparten axiomas filosóficos respecto al ser humano (como la fenomenología, la libertad, o la concepción holística del ser) se han buscado respuestas sobre los procesos de trastorno. En su despliegue histórico, surge en la primera ola la Terapia Centrada en la Persona (TCP), y en la segunda ola la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), enfoques que permiten un acercamiento profundo y sensible a la realidad que se plantea en el presente estudio (Rogers, 1957; Greenberg, 1996).

En la TCP, desarrollada por Carl Rogers, se entiende el proceso del trastorno a partir de un único mecanismo: la incongruencia del organismo, es decir, la separación de lo experimentado y lo representado, que encontraría su origen en las condiciones de valor externas. Así, estas exigencias generarían tensión entre la realización del organismo y la necesidad de la consideración positiva de los demás significativos, lo que daría lugar a la desconexión de la consciencia del organismo (Rogers, 1957).

Por tanto, el proceso de cambio estaría facilitado por una experiencia emocional correctora, que solo podría darse en un espacio seguro para la autoexploración. Para construir este espacio y facilitar esta experiencia, Rogers (1957), presentaba ciertas condiciones

necesarias y suficientes para el cambio: la aceptación incondicional, la comprensión empática y la congruencia en la relación.

En la TFE, desarrollada por Leslie Greenberg como terapia neo-humanista y experiencial, basada en las teorías contemporáneas de la emoción y de la construcción de significado, se entiende que el proceso del trastorno derivaría de las dificultades que surgen en el procesamiento emocional, como la evitación emocional, la inadecuada expresión de las emociones, la falta de regulación emocional y las heridas emocionales (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2011).

Así, el proceso terapéutico estaría enfocado en atender y estimular el procesamiento vivencial a través de la activación y facilitación de la reorganización de los esquemas emocionales momento a momento, desde una relación basada en la alianza terapéutica y la presencia, empáticamente sintonizada. En este sentido, el esquema emocional, sería aquella estructura codificadora y generadora de experiencia que permitiría la coordinación interna entre la evaluación estimular, la experiencia corporal, la tendencia a la acción, la necesidad subyacente, y el significado emergente. Por tanto, las emociones serían algo determinante en el desarrollo de la identidad (Greenberg, 1996).

Cabe destacar que, desde esta mirada, la evaluación se produciría momento a momento en un diagnóstico de proceso, es decir, basado en la identificación de aquellos marcadores que señalasen dificultades de procesamiento emocional, y no en el diagnóstico de rasgos o estados. De este modo, los marcadores de procesamiento emocional serían las señales externas verbales y no verbales del paciente, y su resolución se facilitaría a través de tareas desde una sintonización empática con sus estados afectivos (Greenberg, 2006).

Por consiguiente, la emoción sería una reacción fisiológica, cognitiva y fenomenológica que nos prepararía para responder de manera adaptativa al entorno, y que

formaría redes de memoria reconsolidables a través de la experiencia, resultado de la evolución. Así, se diferenciaría entre emociones primarias, emociones secundarias y emociones instrumentales. Dentro de las emociones primarias, se distinguen las emociones primarias adaptativas, que serían aquellas que aparecen como reacción a un estímulo cuando la persona está en contacto con la experiencia y su despliegue está ajustado a lo que atraviesa; y las emociones primarias desadaptativas, que serían más un reflejo de asuntos no resueltos del pasado, por lo que su despliegue no estaría ajustado a la experiencia, de manera que no prepararía para una acción adaptativa en el mundo. Por otro lado, las emociones secundarias serían aquellas que responderían de manera secundaria a una experiencia emocional interna primaria, oscureciéndola y encapsulando la necesidad subyacente. Por último, las emociones instrumentales serían aquellas formas de respuesta aprendidas que tendrían un objetivo relacional y que perseguirían influir en los demás a través de un chantaje afectivo. (Greenberg, 1996).

De esta forma, el proceso terapéutico estaría basado en dos principios: la alianza terapéutica y la facilitación diferencial del proceso emocional. Así, para la facilitación diferencial, se proponen diferentes tareas terapéuticas que se ajustan a los marcadores que señalan los diferentes estados internos del paciente, siendo estos: a) reacción problemática; b) escisiones del self; c) autointerrupciones; d) sentido desapercibido; e) asuntos no resueltos; y f) situaciones de intensa vulnerabilidad. Por tanto, a partir de la inferencia del marcador de reacción problemática se facilitaría la tarea de despliegue evocador sistemática; en el caso de escisiones del self se facilitaría la tarea del diálogo de las dos sillas; y en el caso de las autointerrupciones se facilitaría la tarea de actuación de las dos sillas, por ejemplo (Greenberg, 1996).

Por otro lado, en relación a la alianza terapéutica, y de acuerdo con Rogers (1957), las actitudes de sintonización empática, aceptación incondicional y congruencia en la relación serían centrales y necesarias para promover el procesamiento emocional.

De este modo, el aprecio incondicional permitiría la capacitación del otro a la vez que permitiría hacerle sentir comprendido y aceptado, reduciendo así la ansiedad interpersonal que le empujaría a la preocupación sobre cómo puede verle el terapeuta, y aumentaría su confianza y autoestima. Así, la aceptación incondicional sería el ingrediente que contrabalancearía las condiciones de valor experimentadas y las autoevaluaciones negativas derivadas de ellas. Asimismo, reduciría la necesidad de hipervigilancia interna, liberando la capacidad de procesamiento emocional y favoreciendo la tolerancia a la ansiedad intrapersonal (Greenberg, 1996).

Por otra parte, la comprensión empática permitiría fortalecer el sentido de “sí mismo”, de modo similar a la mentalización. Es decir, al reflejar partes del mundo emocional del paciente, este puede reconocer sus emociones y vivirlas desde un lugar más tolerable, construyendo así un sentido sólido de la propia experiencia, al ser reconocida externa e internamente. Igualmente, la comprensión empática favorecería el reconocimiento de los marcadores de proceso, al entrar en el modelo interno del paciente, desde el que comprender su experiencia y ofrecer respuestas adaptadas a su individualidad y subjetividad (Greenberg, 1996).

Por último, la congruencia del terapeuta sería aquello que permitiría acoger al paciente el aprecio incondicional y la comprensión empática, al vivirlas como auténticas. De este modo, sería percibido desde la seguridad, favoreciendo la autoexploración y la confianza, y reduciendo, por tanto, la defensividad y la culpa (Greenberg, 1996).

Todo ello, construiría un espacio desde el que desarrollar la alianza terapéutica, en un ambiente que da permiso al procesamiento emocional, lo que facilitaría que la experiencia estuviera disponible en la conciencia, y abriría espacio para ser vivenciado y comunicado en la relación terapéutica.

Además, en casos complicados en los que la crítica no afloja (como es el que aquí se presenta), se muestran como factores clave y nucleares del proceso terapéutico: 1) La alianza terapéutica, que emanaría de la presencia de un terapeuta congruente y empático, y que proporcionaría la base de la vivencia e interiorización de una relación reparadora y segura (Greenberg, 1996) y 2) El mindfulness y la autocompasión, que hablaría de la autoamabilidad, la sensación de interconexión y la conciencia clara de nuestra experiencia momento a momento (Neff y Germer, 2018).

Mindfulness y Autocompasión

Así, el mindfulness o atención plena sería “la llave maestra infalible para conocer la mente y, por lo tanto, el punto de partida”, siendo una cualidad innata de la mente según el erudito y monje budista Nyanaponika Thera. Por tanto, desde esta tradición, se considera que “si la mente es comprendida, todas las cosas son comprendidas” (Ratnamegha Sutta).

En consecuencia, el mindfulness habla de cultivar atención plena momento a momento de forma intencional y no reactiva, y, por tanto, desde un lugar alejado del juicio. Igualmente, el mindfulness pretende sistematizar esta cualidad innata de la mente a través de la práctica intencional de la presencia momento a momento, en un cambio de dirección que va desde la atención a lo externo, hacia lo interno, donde nacerían los cambios y se revelaría una visión profunda de nosotros mismos, de los otros y del mundo (Montoya, 2020).

Asimismo, el mindfulness perseguiría la liberación del sufrimiento como experiencia común a la humanidad, a través de un entrenamiento basado en cuatro objetos: las

sensaciones, el cuerpo, el contenido de la mente en un momento dado y el estado de la mente en un momento dado, desde una postura de observación atenta y tranquila de los procesos mentales y fenómenos de la vida (Montoya, 2020).

Cabe destacar que la atención plena encuentra raíces evolutivas, en tanto que nuestros antepasados necesitaban hacer evaluaciones momento a momento para asegurar su supervivencia. Por consiguiente, provendríamos de aquellos supervivientes que prestaban atención a lo que sucedía, confiaban en su percepción y sabían cómo responder consecuentemente. Sin embargo, actualmente, fruto de la especialización del trabajo y del avance de las tecnologías, esta capacidad innata ha ido mermando, encontrándose conservada en lugares especializados como los monasterios, donde se practica con la intención de encontrarse con lo que significa ser plenamente (Kabat-Zinn, 2015).

En conclusión, su práctica desde el ámbito terapéutico estaría enfocado en desarrollar el autoconocimiento y la autocompasión para así superar el sufrimiento. Por lo que, de acuerdo con Neff y Germer (2018), el mindfulness hablaría del desarrollo de una conciencia equilibrada y clara de nuestra experiencia momento a momento. De este modo, la atención plena supondría una actitud de apertura a la realidad presente sin resistencia, desde un lugar compasivo. En este sentido, la apertura desde la autocompasión sería esencial, ya que la compasión sería ese factor que permitiría reconocer y permanecer en el dolor y el sufrimiento, sobre todo cuando ese dolor nace de los procesos de autocrítica. Asimismo, el mindfulness sería ese factor que contrarrestaría la tendencia a la evitación y la sobreidentificación con nuestros pensamientos o emociones.

Por lo tanto, la autocompasión, de acuerdo con Germer y Neff (2019), es la autoamabilidad desde la que tratarse con comprensión y cuidado, consolarse y calmarse, y apoyarse a uno mismo; la humanidad desde la que ver la propia experiencia como parte de

una experiencia más amplia y reconocer que la vida es imperfecta; y el mindfulness desde el que alejarnos de los extremos de sobreidentificación o evitación de los sentimientos dolorosos, permitiéndonos ser en nuestra experiencia.

Asimismo, se entiende que la autocompasión tiene una base fisiológica que activaría el sistema de cuidados y por lo tanto la oxitocina, frente al sistema de defensa que producirían cortisol y adrenalina (Jinpa, 2015; Gilbert 2009).

De este modo, la autocompasión se ha vinculado al bienestar al aumentar estados mentales positivos como la satisfacción, la confianza o la autoestima. Y en relación a esta última, la autocompasión ofrecería los mismos beneficios reduciendo las comparaciones sociales o autovaloraciones contingentes. Igualmente, se ha vinculado al afrontamiento y la resiliencia, a la motivación, a comportamientos más saludables, a la mejora de las relaciones, etc (Jinapa, 2015).

Por tanto, frente a la atención plena, el Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC) perseguiría la liberación del sufrimiento, en lugar de aceptar la experiencia dolorosa sin resistencia, de manera que brindaría la seguridad necesaria para cultivar una apertura consciente al dolor, desde la que transformar la experiencia (Neff y Germer, 2018).

Marcador Escisión Auto-evaluativa y Tricotilomanía

Los procesos de autocrítica, desde la mirada de la psicopatología, hacen referencia a aquellas percepciones sostenidas sobre uno mismo como defectuoso o despreciable impidiendo el desarrollo del máximo potencial y la tendencia a la actualización (Rogers, 1961). En este sentido, y desde su extremo desadaptativo, la autocrítica habla de una forma de señalarse internamente como insuficiente o fracasado, y de una exigencia dirigida a estándares de perfeccionismo inalcanzables que derivan en sentimientos de hostilidad, vergüenza y odio (Greenberg, 1996).

Así, este proceso provendría de la incorporación automática e inconsciente de normas, obligaciones y condiciones de valor, que entrarían en conflicto con las necesidades y deseos personales, generando una tensión orgánica ante la necesidad de la consideración positiva de los demás significativos, dando lugar a una sensación de incongruencia (Greenberg, 1996).

De esta forma, aparecería inseguridad y confusión ante el fracaso en el reconocimiento de las necesidades propias, y autoevaluaciones negativas y baja autoestima ante el fracaso en llevar a cabo las condiciones de valor, dando lugar a una escisión entre dos aspectos del sí mismo en tensión u oposición (Greenberg, 1996).

La tricotilomanía se encuentra clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA), y se caracteriza por el acto de arrancarse el pelo de forma recurrente, dando lugar a su pérdida y causando un malestar clínicamente significativo, lo que, en consecuencia, produciría intentos repetidos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo (American Psychiatric Association, 2014).

En este caso, el malestar significativo estaría referido al sentimiento de pérdida de control y vergüenza provocado por el automatismo desde el que lleva a cabo la conducta; el acto de arrancarse el pelo estaría acompañado del ritual de elegir la zona del cuero cabelludo de la que tirar, y de la forma de hacerlo; y estaría precedido por el estado emocional de ansiedad, que se aliviaría a través de la fuga tensional de arrancarse el pelo. Todo ello, termina por afectar a la densidad del cabello en determinadas áreas del cuero cabelludo (American Psychiatric Association, 2014).

Su prevalencia anual estimada, de acuerdo con el DSM-5, estaría entre el 1 y el 2%, y las mujeres se verían más afectadas que los hombres, en una proporción de 10:1, lo que

señalaría una diferencia de género en el desarrollo del trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

En conclusión, en el contexto de la TFE, la tricotilomanía podría ser el reflejo de un marcador de autointerrupción ante el sentimiento bloqueado de tristeza, como forma de calmarse y evitar la abrumación de la soledad.

Objetivo Del Estudio

Objetivo General

Como se ha mencionado previamente, el presente estudio de caso pretende generar nuevo conocimiento científico desde la TFE y generar nueva literatura respecto al estudio específico del caso expuesto, dado que actualmente apenas hay estudios dentro de la TFE que recojan datos sobre las especificidades descritas. Por tanto, se espera contribuir en la orientación desde este modelo en el seguimiento e intervención de casos similares.

Igualmente, se pretende traer luz sobre casos resistentes de autocrítica, donde a través de la Alianza Terapéutica y de técnicas de Mindfulness y Autocompasión, se consigue ablandar el estado interno de autoevaluación, dejando atrás la vergüenza y la ansiedad para encontrarse con el orgullo y la compasión (Marshall, Zuroff, McBride, y Bagby, 2008; Rector, Bagby, Segal, Joffe, y Levitt, 2000).

Objetivos Específicos

Así, a partir de lo descrito con relación al caso, se presentan los objetivos desde la mirada de la Terapia Focalizada en la Emoción, y las tareas asociadas para alcanzar dichos objetivos.

Tabla 1*Objetivos específicos y tareas asociadas*

Objetivo	Tarea
Transformar reacciones problemáticas	Despliegue evocador sistemático
- Crisis de celos	Técnicas de Mindfulness y
- Somatizaciones	Autocompasión
Reducir autointerrupciones	Representación de las dos sillas
Integrar la escisión auto-evaluativa	Diálogo de las dos sillas
Facilitar la expresión emocional de la tristeza	Permitir y expresar la emoción
Favorecer la narración de experiencias relevantes para el problema	Exploración empática
Dar permiso a la vulnerabilidad	Afirmación empática

Relevancia Del Estudio De Caso

La relevancia del presente estudio de caso viene determinada por la necesidad de generar datos y literatura científica en el marco de la TFE para un caso de este tipo. En este sentido, la evaluación del procesamiento emocional, la identificación de marcadores y las tareas afectivas asociadas articulan el proceso terapéutico de cambio.

Igualmente, la problemática de la paciente forma parte de un sistema más amplio que la envuelve, cuya comprensión permite un acercamiento más profundo de sus circunstancias. De este modo, la paciente pertenece a la generación Y, marcada por la hiperconexión tecnológica y los valores éticos y sociales, lo que se ajusta con la problemática que presenta, basada en las condiciones de valor y en la interiorización de una escisión auto-evaluativa. Asimismo, el marco cultural, desde la hiperespecialización del trabajo y el avance de las

tecnologías promueve el síndrome de la aceleración e impaciencia en una postmodernidad que interpreta la solidez de las cosas y de los vínculos como una amenaza. (Bauman, 2015). Además, a nivel familiar, los esfuerzos se han dirigido hacia la consecución de logros, así como hacia los deberes, responsabilidades y obligaciones, desde donde la única forma de ser querible es perseguir la perfección. Por último, el marco laboral que envuelve la problemática está basado en la competitividad y en la idea del éxito como algo no acumulable, y, por lo tanto, efímero e ilusorio, lo que conduce a la paciente a la persecución de un sentimiento de competencia que nunca termina de llegar.

Asimismo, la comprensión de la paciente dentro de un sistema refleja la representatividad de la paciente como parte de un artefacto complejo, y la intervención y estudio permite la orientación ante casos similares.

Presentación Del Caso

Tabla 2

Cronograma de las sesiones. Fecha, N° de sesión, contenidos y tareas terapéuticas aplicadas.

Fecha	N° sesión	Contenidos	Tareas terapéuticas
08/10/2021	1	Expresa una angustia que ocupa todo el día. Sensación de indefensión. Ansiedad ante la posibilidad de asumir más funciones en el trabajo. Miedo ante la posibilidad de despido.	Exploración empática y formación de la alianza terapéutica.

15/10/2021	2	Comparte cómo se exige y se autoevalúa en el trabajo, aparece la voz crítica y se trabaja.	Diálogo de las dos sillas con crítica severa.
05/11/2021	3	Menciona dificultades con compañeros de trabajo en los que proyecta todo aquello que no acepta en ella (“blandito, perezoso”, “súper trabajadora, pero no llega”).	Exploración empática y Mindfulness y Autocompasión.
12/11/2021	4	Habla de la búsqueda de embarazo y la sensación de vértigo ante la idea de compaginarlo con el trabajo. También menciona un empeoramiento en la conducta de tricotilomanía.	Mindfulness y Autocompasión: piedra.
19/11/2021	5	Comienza la sesión hablando de una reducción de la ansiedad y de cuánto le ayuda el Mindfulness. Sin embargo, la tricotilomanía se mantiene.	Mindfulness y autocompasión: pajaritas de papiroflexia.
03/12/2021	6	Habla de cómo evoluciona la tricotilomanía. Después menciona sentir celos hacia el hijo de su marido.	Exploración empática y despliegue evocador sistemático.

17/12/2021	7	Encuadre del proceso. Elaboración de lo acontecido en las sesiones anteriores.	Exploración empática.
14/01/2022	8	Habla de los celos que siente hacia el hijo de su marido. Se explora la relación con su padre.	Exploración empática y visualización.
28/01/2021	9	Comparte su proceso de búsqueda de embarazo a través de fecundación in vitro. Se explora la relación con el hijo de su marido.	Exploración empática y psicoeducación emocional.
11/02/2022	10	Manifiesta los miedos relacionados con su trabajo. Habla de las dificultades con un compañero de trabajo.	Exploración empática.
25/02/2022	11	Habla sobre la maternidad. Se vuelve a trabajar sobre las dificultades con su compañero de trabajo y con el hijo de su marido.	Simbolización de la experiencia. Exploración empática y autocompasión

18/03/2022	12	Comparte el negativo de embarazo en la beta tras la implantación del embrión. Se trabaja sobre la pérdida y la tristeza como emoción para elaborar el duelo.	Exploración empática, simbolización de la experiencia y permitir y expresar una emoción.
29/04/2022	13	Comparte el positivo de embarazo en la beta tras la implantación del embrión y su ilusión por el momento vital que atraviesa. Se plantea una frecuencia mensual.	Exploración empática.

Antecedentes

Cabe destacar, que el proceso terapéutico se inició de forma previa a la realización de este estudio. Así, la paciente acudía aquejada de la sintomatología somática (náuseas, emesis, ansiedad, insomnio), donde la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas provocaban un malestar significativo que afectaba a las diferentes áreas de su vida. Igualmente, el inicio del proceso estuvo marcado por la dificultad para establecer la alianza terapéutica y explorar la sintomatología, debido a que la paciente buscaba soluciones rápidas y psicofarmacológicas, defendida ante la posibilidad de explorar y profundizar en el malestar que experimentaba. Por ello, el comienzo estuvo centrado en la presentación del enfoque terapéutico, la forma de trabajar, la psicoeducación, la formación de la alianza terapéutica y la formulación de foco.

De este modo, la narrativa ofrecida buscaba revelar las dificultades hasta entonces negadas acerca de la escisión auto-evaluativa severa y asustadora, así como reformular los mensajes

introyectados como: “no quiero trabajar menos”, “no quiero trabajar peor”, “no quiero convertirme en una vaga”.

Posteriormente, se trató de iniciar la tarea activa de diálogo de las dos sillas, pero la paciente encontraba dificultades para conectar emocionalmente con la tarea. Por tanto, se trató de cambiar el formato de la tarea, psicoeducando sobre la voz crítica severa y proponiendo su búsqueda y reconocimiento fuera de sesión.

Asimismo, se buscó explorar empáticamente sobre las diferentes experiencias vitales relevantes para el problema (como la relación con sus figuras de apego, la relación de pareja, etc.) y afirmar empáticamente las diferentes emociones dolorosas que podían subyacer a la problemática.

Por último, se buscó trabajar el contacto con las emociones ante las dificultades en la conciencia emocional y en la expresión de sentimientos, a través de tareas de experienciación como el focusing.

Formulación De Foco

Como se ha mencionado previamente, la paciente es una mujer de 30 años de edad, de clase media alta y con estudios superiores, que trabaja actualmente en una empresa multinacional. Es la mayor de tres hermanas. Está casada desde hace un año con un hombre que tuvo un hijo en una relación previa, y en búsqueda de embarazo a través de un proceso de Fecundación In Vitro, tras haber realizado hace 5 años la vitrificación de ovocitos debido a la enfermedad autoinmune que padece.

Elementos del MENSIT

(M) Marcadores

Dentro de la experiencia vital de la paciente suceden distintas situaciones disparadoras de dolor, que señalan las heridas todavía abiertas y susceptibles de cambio y transformación.

Un disparador de la herida de no valía aparece ante las exigencias del trabajo, donde termina asumiendo tareas que no corresponden a su puesto y cargo, y acepta ascensos inabarcables, sin permitirse fallar. Así, este **marcador de voz crítica ansiógena** le asustaría sobre la posibilidad de “que le echen y su vida sea un desastre”, lo que desembocaría en la sensación de no ser suficiente, desde donde se presionaría y exigiría hacia una perfección inalcanzable.

Igualmente, el **marcador de reacción problemática** aparece tanto ante las crisis de celos que experimenta ante el hijo de su marido. Esto podría verse reflejado en cuanto a las *crisis de celos*, ante la situación de estar en el sofá viendo una película, y sentir que “el niño se mete en medio de los dos”, o ante la situación de estar jugando al golf, y sentir que su marido “cuida más al niño dándole más bolas de golf”.

Por otro lado, un **marcador de sentimiento poco claro** aparece ante la necesidad del abrazo de su marido para calmarse. Así, el abrazo sería “aquello a lo que se agarra” para evitar sentimiento de vacío y soledad desde donde no consigue auto-calmarse.

Por último, un disparador de la herida de soledad aparece ante las dificultades en la búsqueda de embarazo, donde no se permite experimentar la tristeza y la necesidad de amor, y termina sintiéndose sola y desesperanzada ante el dolor. Asimismo, este **marcador de autointerrupción** aparece también ante la sensación de “no ser querible” que termina

cristalizando en una sensación de vacío, tristeza y desprotección visible en la búsqueda de refugio con su marido.

(E) Emociones

De este modo, la **emoción primaria desadaptativa** hablaría de la vergüenza de “no sentirse suficiente”. Así, la herida nuclear más vívida de la paciente sería la herida de valía, que se refleja en su historia familiar a través de la competición con sus hermanas para conseguir el reconocimiento y el amor de sus padres -lo que se repite en su relación de pareja-, y en su necesidad de demostrarse competente y fuerte en su trabajo a partir de los resultados que obtiene. Como consecuencia, la escisión crítica ansiógena ocuparía gran parte de su identidad, mostrándose resistente y dura, y asustándole sobre la posibilidad de ser despedida en su trabajo y fracasada en su vida.

En este sentido, la **emoción primaria adaptativa no procesada** hablaría de una soledad y tristeza, desde las que “se refugia en el abrazo de su marido” y se exige en el trabajo buscando sentirse una figura fuerte “que no necesita que le quieran”, y donde todo esto termina por no ser suficiente para deshacer esa sensación de vacío y desprotección. Asimismo, otra emoción primaria adaptativa sería ese orgullo no sostenido en condiciones de valor, imposiciones y exigencias.

(N) Necesidades

Por tanto, sus necesidades existenciales hablarían de la necesidad de ser vista, reconocida y querida incondicionalmente, más allá de sus logros y los resultados obtenidos; así como de la necesidad de sentir orgullo y un enfado asertivo y protector.

(S) Emociones secundarias

La **emoción secundaria** sería la ansiedad que experimenta junto con la somatización asociada de la tricotilomanía, náuseas y emesis. Todo ello, respondería a la experiencia

interna primaria de vergüenza y soledad, oscureciéndola y encapsulando las necesidades subyacentes.

Así, la ansiedad hablaría de un sufrimiento indiferenciado, donde algo que ha dolido repetidamente (la experiencia de amor condicional) quedaría tapado por otra emoción (ansiedad).

(I) Interrupciones

La paciente presenta un **autotratamiento** en forma de voz crítica severa que condiciona su experiencia vital y que se sustenta en la sensación de no ser suficiente y/o no ser querible. Así, la escisión crítica se asentaría sobre las condiciones de valor experimentadas e interiorizadas a lo largo de su recorrido vital, que le impedirían sentir el desamparo.

El contenido de los mensajes que lanza esta escisión se caracteriza por un perfeccionismo y exigencia que le impiden sentirse suficientemente tranquila al “ser débil”, “ser una blandita”, o “no ser suficiente”. De esta forma, siente que debe llevar a cabo un sinnúmero de tareas que no le corresponden, y aunque toma conciencia sobre la imposibilidad de responsabilizarse de aspectos que quedan fuera de su cargo, se exige llegar y hacerlo perfecto.

Por otro lado, presenta una **autointerrupción** de la tristeza y soledad que despertarían una sensación de vacío muy temible desde el que se quedaría sola y tendría que afrontar todas las dificultades.

La forma de autointerrumpirse llegaría a través de mensajes como “no ser puede ser tan blandita” o a través de la evitación y represión de la tristeza, por ejemplo, ante el negativo en la beta tras la búsqueda de embarazo. Así, en sesión, al compartir este evento, pide perdón al llorar en repetidas ocasiones, y comparte su creencia de que llorar no sirve para nada. Por

tanto, ese “llorar no sirve para nada” o “no querer ser blandita” serían la puerta de entrada a la sensación de tristeza y desprotección que experimentaría si desapareciera eso construido que le sostiene.

(T) Tema

Por tanto, el tema de vida sería la sensación de vacío ante la posibilidad de fracasar en aquellas condiciones de valor que le permiten tanto mantener un sentimiento cohesivo de sí misma, como evitar afrontar la soledad.

Formular el foco

Así, la narrativa global ofrecida acerca de las dificultades de la paciente podría ser:

“Parece que toda esa ansiedad está escondiendo una sensación de soledad tan profunda e insostenible, que has necesitado construir un castillo de naipes basado en la perfección y en la necesidad de un abrazo que te contenga cuando todo se tambalea... Es como si esas condiciones que te impones para sentirte suficiente (pero que son inalcanzables) hicieran a ese castillo endeble y frágil, y te devolvieran una y otra vez a una sesión de no ser querible, ni si quiera por ti misma”.

Diseño

El presente estudio se basa en un diseño de estudio de caso. Por tanto, la metodología seguida es cualitativa y se sustenta sobre la observación de las diferentes experiencias y realidades humanas. De este modo, se trata de una perspectiva dinámica, abierta y flexible que busca trascender y profundizar sobre la realidad observada, comprendiéndola en su complejidad de forma holística.

Para ello, se busca acceder a la experiencia de la persona a través de la observación y de entrevistas en profundidad, así como entender la problemática social desde el significado personal, para de esta manera, describir y analizar en profundidad las dificultades de

procesamiento emocional desde una perspectiva integral. Por tanto, desde esta mirada, no se pretende representar a la población, sino a aquellas personas envueltas en problemáticas análogas, a través de una comprensión profunda y saturada de la misma.

Cabe destacar que, para dar garantía de la información recogida, se ha llevado a cabo la triangulación de la misma a través de las supervisiones de equipo, y de las anotaciones de cada uno de los terapeutas que lo conforman, asegurando así la representatividad de los conceptos.

En este sentido, el equipo terapéutico está compuesto por cuatro terapeutas junior y una terapeuta senior, de manera que el seguimiento de este caso se ha compuesto por dos terapeutas que han guiado el proceso terapéutico a través de un formato de co-terapia, y por tres terapeutas que han observado su evolución a través del espejo unidireccional. Las sesiones tienen una duración de 60 minutos y una frecuencia semanal.

Así, la formación de los miembros del equipo que han guiado el proceso terapéutico es: Carlota Martín Sanz es psicoterapeuta graduada en psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca, habilitada a través del Máster en Psicología General Sanitaria de Comillas, y con cualificación nivel C en Terapia Focalizada en la emoción. Asimismo, es experta en Mindfulness y Autocompasión, profesora en la Universidad Pontificia de Comillas, y Doctoranda en Empatía, contando con siete años de experiencia. Carmen García de Polavieja es psicoterapeuta graduada en psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, y durante la realización de este estudio finalizaba su habilitación sanitaria a través del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas. Asimismo, es experta en Inteligencia Emocional, y graduada en Intervención social. Por último, cuenta con experiencia en el Centro de Menores con medidas judiciales de Proyecto

Hombre, en el colegio Escuela Ideo, así como en el centro UNINPSI (Unidad de Intervención Psicosocial).

Por tanto, la realización de este estudio se ha llevado a cabo en el centro UNINPSI entre octubre de 2021 y mayo de 2022 en el contexto de la realización de las prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas. De este modo, la UNINPSI se trata de uno de los centros más reconocidos de psicoterapia de la ciudad de Madrid, donde actualmente trabajan más de 50 profesionales de diferentes escuelas de psicología clínica como el enfoque Psicodinámico, Humanista, Cognitivo-Conductual y Sistémico.

Igualmente, cabe destacar que, dado que el presente estudio se ha llevado a cabo en un contexto universitario, su realización ha requerido de la aprobación del Comité Ético de la Universidad Pontificia de Comillas, el cual ha determinado que el trabajo cumple con los requisitos requeridos.

Metodología

Como se ha mencionado previamente, el método de recogida de información se ha basado en la observación, en la triangulación y en la entrevista clínica. Respecto a esta última, se han extraído anotaciones realizadas por los miembros del equipo situados en la sala de observación. Igualmente, respecto a la triangulación, se ha generado un grupo de reflexión y discusión para asegurar una comprensión profunda y holística, así como un acercamiento a la idiosincrasia de la paciente.

Resultados

De acuerdo con Goldman y Greenberg (2015), las tres fases en términos de proceso que conducen al cambio terapéutico serían: a) desplegar la narrativa y observar el estilo de

procesamiento de la paciente; b) co-crear un foco e identificar la emoción nuclear; y c) atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados emergentes.

Por tanto, una vez facilitada la emergencia de los temas focales de su narrativa, donde sus dificultades estarían relacionadas con: a) falta de conciencia emocional; b) hiperregulación emocional; y c) procesamiento emocional desadaptativo; y comprendido el modo en que la paciente da significado a los sucesos vitales y a su impacto emocional; así como creado el foco e identificado la emoción nuclear a través del MENSIT, se presentan los resultados de la terapia, a partir de los marcadores de proceso, las tareas asociadas y el grado de resolución alcanzado.

Tabla 3

Grado de resolución de las tareas terapéuticas

Marcador	Tarea	Grado de resolución
Transformar reacciones problemáticas	Despliegue evocador sistemático	Resolución media: puente de
- Crisis de celos	Técnicas de Mindfulness y	significado entre la
- Somatizaciones	Autocompasión	reacción
		problemática y su
		interpretación, así
		como
		reconocimiento de
		dificultades.

Reducir autointerrupciones	Exploración empática	Resolución parcial:
- Tristeza	Afirmación empática	experimenta cierta
- Soledad		clarificación ante la
		experiencia
		emocional.
Integrar la escisión auto- evaluativa	Diálogo de las dos sillas	Resolución parcial:
		nueva manera de
		experienciar y
		asertividad desde la
		que expresar
		necesidades.
Facilitar la expresión emocional de la tristeza	Permitir y expresar la emoción	Resolución parcial:
		identificación de
		actitud negativa
		hacia la emoción
Dar permiso a la vulnerabilidad	Afirmación empática	Resolución parcial:
		experimenta cierta
		clarificación ante la
		vivencia.

En base al grado de resolución alcanzado en las diferentes tareas (parcial y medio), han ido surgiendo nuevos marcadores de proceso de tareas emergentes, como pueden ser:

- La tricotilomanía como reacción problemática o autointerrupción (señalado ante el automatismo y los momentos de aparición).

- La soledad como sentimiento poco claro (señalado ante la necesidad del abrazo de su marido para procesar el desamparo).
- Los asuntos no resueltos con figuras de apego primarias (señalado ante los recuerdos compartidos respecto a sus figuras de apego).

Igualmente, ante la resistencia de la voz autocrítica y de las dificultades para suavizar la escisión auto-evaluativa se ha requerido trabajar con la tarea del SPLIT, realizando cuatro sillas:

1. La voz crítica no afloja: “no vas a llegar, quedan dos días”, “ponte a trabajar”, “si no llegas te echan”, “te quedas sin trabajo, y eso es un fracaso”; y el self colapsa: “tienes razón”, “no puedo fracasar”.
2. La voz crítica empieza a ver mínimamente el dolor: “me da pena verte así, pero no puedes equivocarte”, “más te vale no procrastinar nada o vas a ser una fracasada”; y el self colapsa: “es verdad”, “es que yo no quiero dejar de ser buena en mi trabajo”.
3. La voz crítica empieza a ver el dolor y a aflojar con condiciones muy duras: “puede ser que te bloquee, pero te estoy intentando ayudar”, “me da pena, pero no sé hacerlo de otra forma”, “es como que no termino de confiar en ella y por eso le presiono tanto”, “es importante que te esfuerces”.
4. Se empiezan a hacer acercamientos hacia una voz más compasiva: “quizás puedo buscar otra manera de ayudarte”, “necesito saber que vas a esforzarte”.

En esta línea, cabe mencionar alguna de las técnicas de Mindfulness y Autocompasión del Programa de Mindfulness y Autocompasión (MSC), claves en el proceso de cambio:

- Técnica de la piedra y papiroflexia (toma de conciencia y autorregulación).
- Técnica de respiración abdominal (autorregulación).
- Técnica de visualización (abrazo autocompasivo).

Por último, cabe destacar como la Alianza Terapéutica se ha mostrado como factor clave al brindar una figura compasiva desde la que notar una autocompasión permitida, en una experiencia emocional correctora que permite integrar un nuevo autotratamiento del dolor.

Discusión y Conclusiones

En conclusión, el proceso terapéutico refleja la necesidad de integrar diferentes formas de atender las dificultades emocionales ante la presencia de una escisión autocrítica dura, que, a pesar de ocupar gran parte del self, ha permitido un desarrollo vital adaptativo.

Así, ante la dureza de una crítica que no se suaviza, tanto la Alianza Terapéutica como el Mindfulness y la Autocompasión, se han mostrado como factores clave en el proceso de cambio.

Por un lado, y de acuerdo con lo mencionado previamente, la aceptación incondicional, la comprensión empática y la congruencia del equipo terapéutico, han permitido a la paciente: a) sentirse comprendida en su dolor; b) reducir la ansiedad

interpersonal; c) aumentar su confianza y autoestima; d) reconocer sus emociones y e) reducir la defensividad y la inseguridad (Greenberg, 1996).

Todo ello, ha permitido contrabalancear las condiciones de valor experimentadas a lo largo de su recorrido vital y las autoevaluaciones negativas integradas como propias, fortaleciendo el sentido de “sí misma” y construyendo un sentido más sólido de su propia experiencia al sentirse reconocida externamente, en un vínculo vivido como auténtico y seguro.

Por otro lado, la aplicación de determinadas técnicas del MSC, han permitido el desarrollo del autoconocimiento desde el que autorregularse, y de la autocompasión desde la que acompañarse.

En este sentido, la autoamabilidad, la humanidad compartida y el mindfulness, han permitido: a) desarrollar nuevas formas de tratarse desde un lugar de cuidado, consuelo y calma; b) visualizar la propia experiencia como parte de una experiencia más amplia desde la que poder asumir más fácilmente que la vida es imperfecta, y c) alejarse de los extremos de sobreidentificación o evitación de los sentimientos dolorosos, desde donde poco a poco entra en contacto con la tristeza (Neff y Germer, 2018).

A pesar de todo ello, cabe mencionar ciertas dificultades exploradas y detectadas a lo largo del recorrido terapéutico. Por un lado, ante la dificultad de suavizar la dureza de la escisión auto-evaluativa, el self no ha podido desvelar “lo horrible que sería quedarse sin el castillo de naipes”, es decir: no se ha podido encontrar con el vacío y la desprotección que experimentaría si dejara ir las condiciones de valor introyectadas. Por otro lado, ante la actitud negativa hacia las emociones de tristeza, y su desvalorización “no se puede ser blandita”, no ha podido sentir ese desamparo y desprotección tan temible, es decir: no se ha podido encontrar en la vulnerabilidad. Por último, ante el sentimiento poco claro de soledad,

no ha podido expresar el dolor a alguien significativo, es decir: no se ha podido reconocer en la vivencia de amor condicional.

De este modo, se proponen diferentes tareas y líneas futuras para facilitar el desarrollo de alternativas saludables que llevar adelante en su experiencia, así como para re-construir nuevas narrativas desde las que reorganizarse, apropiarse de nuevas emociones, y simbolizar deseos y necesidades.

Tabla 4

Nuevos marcadores de proceso

Objetivo	Tarea
Transformar reacciones problemáticas	Despliegue evocador sistemático:
- Crisis de celos	Crear nuevas posibilidades y una nueva
- Somatizaciones	visión de su propio funcionamiento.
Reducir autointerrupciones	Representación con las dos sillas:
	Expresar la necesidad asociada a la
	emoción, empoderar y satisfacer la
	necesidad.
Integrar la escisión auto-evaluativa	Diálogo de las dos sillas:
	Suavizar la voz crítica y favorecer la
	negociación entre los aspectos escindidos
	del self.
Resolver asuntos no resueltos con figuras	Trabajo con la silla vacía:
de apego primarias	Diferenciar la queja y favorecer la
	expresión de las emociones primarias
	sintiéndolas.

Facilitar la expresión emocional de la tristeza	Exploración empática de la actitud negativa ante la tristeza y representación en dos sillas.
Aclarar sentimiento poco claro de soledad	Enfoque experiencial o focusing: Atender el sentimiento poco claro.
Dar permiso a la vulnerabilidad	Afirmación empática: Simbolizar, valorar y apropiarse de la experiencia hasta que aparezca un sentimiento de alivio.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. American psychiatric association.
- Bauman, Z. (2015). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa.
- Elliott, R. y Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-experiential psychotherapy in practice: Emotion-focused therapy. En A. Consoli y L. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, (pp. 106-120).
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Germer, C. y Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). En I. Itvzan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Elliott, R. (2006). Terapia Focalizada En Las Emociones: Una Introducción. En A. Segreña, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*, (pp. 113-119).
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *Focus*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.

Jinpa, T. (2015). *A fearless heart: why compassion is the key to greater wellbeing*. Hachette UK.

Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C. y Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244. <https://doi.org/10.1002/jclp.20438>

Neff, K. y Germer, C. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook: a Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. Guilford Publications.

Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T. y Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571-584. <https://doi.org/10.1023/A:1005566112869>

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin. <https://doi.org/10.1080/095150899105945>

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>