

TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN

Dra. Isabel Morales. Psicóloga sanitaria y forense.

DIPLOMADO EN TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN



TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN

DIPLOMADO EN TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN



TalenTU
Trasciende tu potencial, expande tu universo
by UCIC

TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN (CFT)

El modelo de los tres sistemas de regulación emocional

Módulo 7 · Sesión introductoria · Primer concepto teórico de Paul Gilbert

ANTES DEL MODELO

El "cerebro difícil" (tricky brain)



- **Capas evolutivas superpuestas**

  Un cerebro reptiliano antiguo (amenaza, supervivencia), sobre el que se montó un cerebro mamífero (emociones sociales) y, encima, un neocórtex humano (pensamiento, imaginación, autoconciencia).

- **Piezas que no siempre cooperan**

  Gilbert llama a esto el "cerebro difícil": no fue diseñado, se fue ensamblando por partes, y esas partes no siempre trabajan de forma coordinada.

- **El pensamiento puede secuestrar la emoción**

  La capacidad de imaginar, anticipar y rumiar (neocórtex) puede "secuestrar" a los sistemas emocionales más antiguos, generando sufrimiento que ningún otro animal experimenta así.

- **Consecuencia clínica**

  La vergüenza y la autocrítica no son "fallos de carácter"; son el resultado de un cerebro amenazado usando su capacidad de pensamiento contra sí mismo.

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind. · Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy.

Qué vamos a ver



1. Un mapa heurístico, no anatómico: qué es y qué no es el "cerebro triuno"
2. El cerebro reptiliano: supervivencia básica sin matices
3. El cerebro paleomamífero: emociones, apego y los tres sistemas
4. El neocórtex: la capacidad que nos distingue... y nos complica
5. El bucle problemático entre pensar y sentir
6. Por qué la edad del cerebro importa: niños vs. adultos en clínica

UNA ADVERTENCIA NECESARIA

Un mapa útil, no un atlas anatómico

El origen: la teoría del "cerebro triuno"

En los años 60, el neurocientífico Paul MacLean propuso que el cerebro humano evolucionó en tres capas superpuestas -reptiliana, límbica y neocortical- cada una añadida sobre la anterior sin sustituirla.

Por qué se sigue usando en CFT

Como metáfora clínica es extraordinariamente útil: ayuda al paciente a entender de forma intuitiva por qué "sabe" algo racionalmente pero su cuerpo reacciona de otra manera, sin necesidad de un curso de neuroanatomía.

Qué matiza la neurociencia actual

No existen tres cerebros separados y apilados; las estructuras están profundamente interconectadas y ninguna región opera de forma aislada. Usamos el modelo como simplificación pedagógica, no como verdad anatómica literal.

Capa 1 · El cerebro reptiliano

Qué regula

Funciones automáticas de supervivencia: frecuencia cardíaca, respiración, temperatura, reflejos, y las respuestas defensivas más básicas e inmediatas. Es rápido, rígido y sin matices emocionales.

¿Cómo lo podemos asociar?

Es el "piloto automático" del cuerpo: actúa antes de que podamos pensar, y no entiende de razones, solo de señales de peligro o seguridad inmediatas.



Ejemplos por edad

Niño (18 meses): retira la mano de una superficie caliente antes de "darse cuenta" conscientemente del calor. Reflejo puro, sin participación del pensamiento.

Adulto: el corazón se acelera y las manos sudan un segundo antes de reconocer conscientemente el ruido fuerte que lo provocó. La reacción fisiológica siempre llega antes que la interpretación consciente del evento.

En ambos casos el mensaje clínico es el mismo: esta capa no elige, no piensa y no puede "razonarse" para que deje de reaccionar.

Capa 2 · El cerebro paleomamífero (límbico)

Qué regula

Las emociones, el apego, el vínculo social y la memoria emocional. Aquí residen las estructuras (amígdala, hipocampo, hipotálamo) que dan origen a los tres sistemas de regulación que ya conocemos.

Conexión directa con el modelo CFT

Es literalmente la sede de los sistemas de amenaza, impulso y calma: esta capa "siente" antes de que el neocórtex tenga oportunidad de "pensar" sobre lo que está ocurriendo.



Ejemplos por edad

Niño (4 años): llora desconsoladamente al separarse de su cuidador principal en la puerta del colegio, sin poder explicar "por qué" le afecta tanto. Es apego puro, sin narrativa todavía.

Adulto: siente una opresión en el pecho al entrar en la sala donde tuvo una discusión importante hace años, aunque no recuerde conscientemente el motivo hasta segundos después. La memoria emocional se activa antes que la memoria narrativa.

En esta capa reside también la razón por la que el vínculo terapéutico cálido, en sí mismo, ya es regulador.

CAPA 3

El neocórtex: lo que nos distingue

Qué regula

El pensamiento abstracto, el lenguaje, la planificación, la imaginación, la autoconciencia y la capacidad de razonar sobre las propias emociones (metacognición).

https://www.20minutos.es/cinemania/noticias/el-silencio-de-los-corderos-jodie-foster-y-anthony-hopkins-se-reunen-por-el-30-aniversario-4550246/

La capacidad clave: viajar en el tiempo mental

Podemos revivir el pasado y anticipar futuros que no existen. Ningún otro animal rumia sobre un error de hace diez años ni catastrofiza una reunión de la próxima semana.

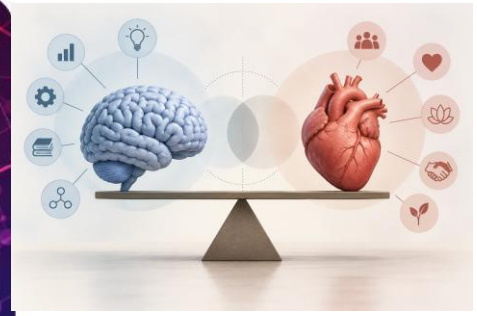


Ejemplos por edad

Niño (8 años): empieza a preguntarse "¿qué pensarán de mí mis compañeros?" antes de hablar en clase. Es el inicio de la autoconciencia social, todavía inestable y muy influenciable.

Adulto: repasa mentalmente, ya en la cama, una conversación del mediodía buscando "qué debería haber dicho diferente". La misma capacidad de reflexión que permite planificar el futuro también permite rumiar el pasado sin límite.

Esta capacidad es un arma de doble filo: la misma que nos permite la ciencia, el arte y la compasión, también genera un sufrimiento que solo los humanos experimentamos.



El bucle entre pensar y sentir

Cómo el neocórtex mantiene activado al cerebro emocional mucho después de que el peligro real haya pasado

1 · El neocórtex imagina

Un pensamiento, recuerdo o anticipación ("y si me despiden") sin que exista una amenaza física real en el presente.

2 · El cerebro emocional reacciona

La amígdala no distingue bien entre una amenaza real y una vívidamente imaginada: activa el sistema de amenaza igualmente.

3 · El cuerpo confirma el peligro

Taquicardia, tensión, sensación de alarma: el cuerpo envía señales que el neocórtex interpreta como "prueba" de que el peligro es real.

4 · El bucle se retroalimenta

El neocórtex, alarmado por las señales corporales, genera más pensamientos de amenaza, y el ciclo se repite sin necesidad de peligro externo.

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind, cap. 2-3.

El cerebro en construcción: la infancia

Por qué un niño no puede "razonar" para calmarse igual que un adulto



La corteza prefrontal tarda ~25 años en madurar

Es la región que regula, inhibe y da perspectiva al cerebro emocional. En la infancia está muy lejos de completar su desarrollo.

El desequilibrio es normal, no patológico

Un niño tiene, literalmente, menos "freno" cortical sobre su cerebro emocional. Las rabietas no son manipulación: son neurodesarrollo.

La corregulación sustituye a la autorregulación

Mientras la corteza prefrontal madura, el adulto regulado cumple externamente la función que el cerebro del niño aún no puede cumplir solo.

El cerebro ya maduro: la adultez

Cuando la capacidad de reflexión, ya plenamente desarrollada, se pone al servicio de la amenaza



Caso ilustrativo

Carlos, 42 años, recibe un correo breve y neutro de su jefa pidiendo "hablar mañana". Su neocórtex, plenamente desarrollado, genera en segundos una narrativa catastrófica completa: despido, hipoteca impagada, fracaso profesional.

Lectura desde el modelo de capas

Su capacidad cortical madura -la misma que le permite planificar con detalle- construye un futuro hipotético tan vívido que su cerebro emocional reacciona como si ya estuviera ocurriendo, activando el sistema de amenaza durante toda la noche.

La paradoja de la adultez madura

A diferencia de un niño, un adulto no tiene la excusa de una corteza prefrontal inmadura: su capacidad de reflexión está plenamente desarrollada, y sin embargo esa misma madurez es la que permite construir narrativas catastróficas mucho más elaboradas y convincentes que las de un niño.

Orientación terapéutica: no se trata de "pensar mejor" con más argumentos racionales -eso alimenta más al neocórtex rumiante- sino de interrumpir el bucle a nivel corporal (respiración, grounding) y, en CFT, de dirigir deliberadamente la atención hacia el sistema de calma antes de intentar razonar con el contenido del pensamiento.

Ideas clave: el cerebro en el modelo CFT

- El modelo de las tres capas cerebrales es un mapa heurístico clínicamente útil, no una descripción anatómica literal según la neurociencia actual.
- El cerebro reptiliano y el paleomamífero reaccionan automáticamente; ninguno de los dos puede "razonarse" para calmarse con lógica.
- El neocórtex nos da imaginación y reflexión, pero también genera un bucle de retroalimentación que mantiene activo al cerebro emocional sin peligro real presente.
- La corteza prefrontal no madura hasta cerca de los 25 años: la corregulación adulta es una necesidad neurobiológica en la infancia, no una opción pedagógica.
- En la adultez, la misma capacidad reflexiva madura puede alimentar la rumiación y la catastrofización con más detalle que en la infancia.

Bibliografía de esta sección

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Constable & Robinson.

MacLean, P. D. (1990). The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions. Springer.

Petrocchi, N., Kirby, J. N., & Baldi, B. (2024). Essentials of Compassion-Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians. Routledge.

Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Routledge.

Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1124(1), 111-126.

EL CONCEPTO CENTRAL

El modelo de los tres sistemas de regulación emocional

Gilbert (2009, 2014) · Depue & Morrone-Strupinsky (2005)



Proteger / detectar peligro

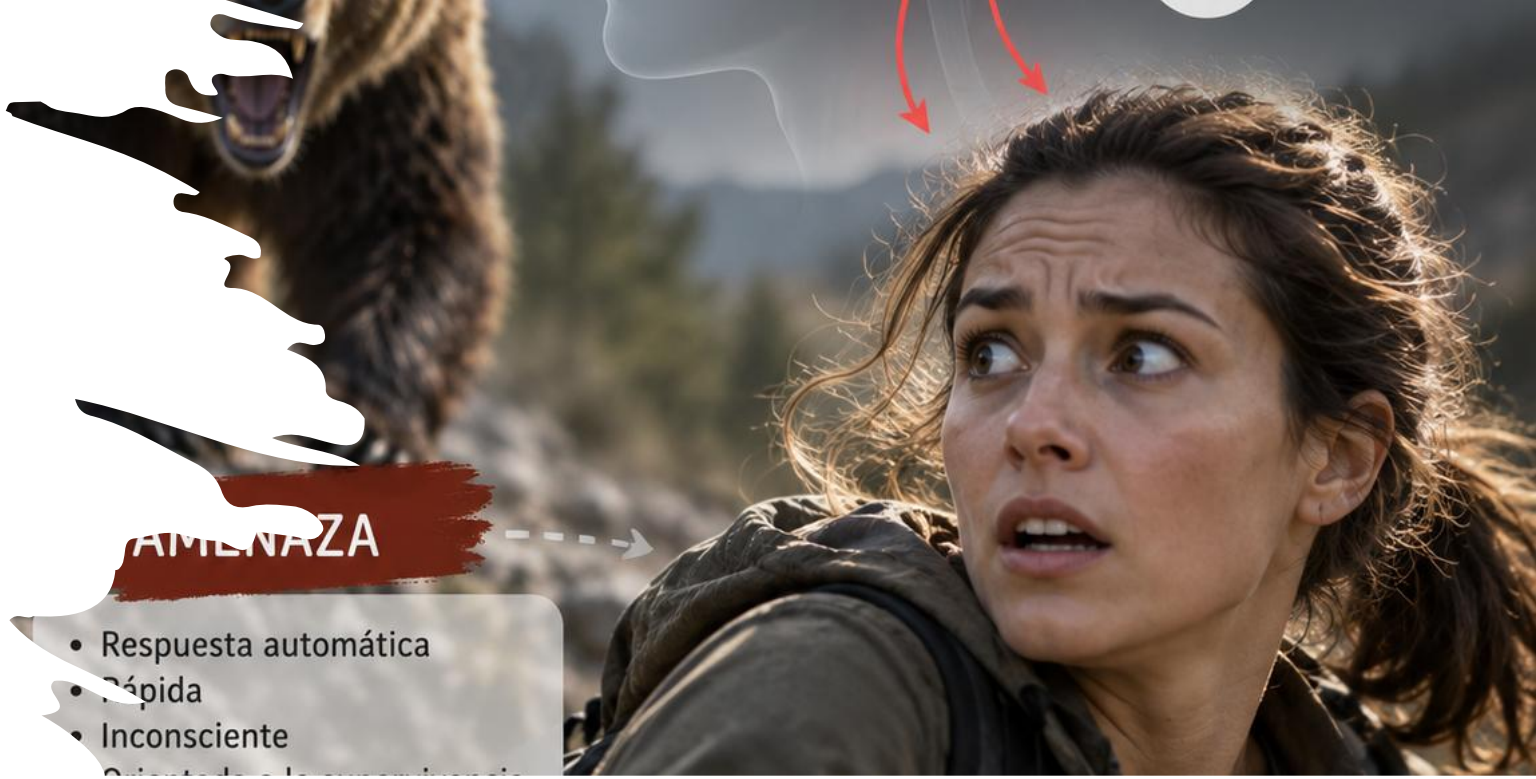
Buscar recursos / logro

Vincular / sentir seguridad

Un objetivo central de la CFT: reequilibrar estos tres sistemas, no eliminar ninguno.

Sistema 1 en profundidad: amenaza y autoprotección

- Del modelo teórico a la práctica clínica: el continuo defensivo, el colapso del sistema, y su regulación en niños y en adultos.



Sistema 1 · Amenaza y autoprotección

Función evolutiva

Detectar rápidamente el peligro y activar una respuesta de defensa: lucha, huida, paralización (freeze) o sumisión (appeasement). Prioriza velocidad sobre precisión: "mejor una falsa alarma que un peligro no detectado".

Correlato afectivo

Ansiedad, ira, asco, vergüenza. Activación simpática: taquicardia, tensión muscular, hipervigilancia. En CFT se asocia también a la amígdala y al eje HPA (cortisol).

Ejemplo clínico

Paciente con trastorno de pánico: ante una leve opresión torácica, su sistema de amenaza interpreta la sensación como peligro de muerte inminente. Se activa taquicardia, sudoración e impulso de huida.

En terapia clásica el paciente entiende racionalmente que "no es un infarto", pero el cuerpo sigue reaccionando igual: el sistema de amenaza no responde solo a la lógica, responde a señales de peligro percibido.

Trabajo en CFT: en lugar de solo reestructurar el pensamiento, se entrena al paciente a activar deliberadamente el sistema de calma (respiración lenta, imaginería de seguridad) para "bajar el volumen" del sistema de amenaza antes de razonar con él.



Qué vamos a ver

1. Más allá de lucha y huida: el continuo defensivo completo
2. El ejemplo del impala: cuando el sistema colapsa
3. La fisiología del colapso: inmovilidad tónica y teoría polivagal
4. Por qué no es una elección: deshaciendo la culpa y la vergüenza
5. Casos clínicos en niños y en adultos
6. Evaluación e intervención según la etapa evolutiva

Más allá de lucha y huida: el continuo defensivo

El sistema de amenaza no solo dispone de "lucha" o "huida": activa un repertorio jerárquico de respuestas defensivas según cuánto control percibe la persona sobre la situación.

Fawn (apaciguar)

Complacer o someterse activamente al agresor para reducir el riesgo. Muy común en niños dependientes de su agresor.

Flight (huida)

Escapar físicamente de la fuente de peligro. Requiere percibir una vía de escape viable.

Fight (lucha)

Confrontar activamente la amenaza. Requiere percibir que hay opción de ganar o repeler.

Freeze (alerta inmóvil)

Inmovilidad vigilante al inicio del peligro: el cuerpo se prepara mientras evalúa la mejor opción.

Flop / colapso

Inmovilidad tónica: último recurso cuando no hay escapatoria ni defensa posible. Es lo que veremos en el ejemplo del impala.

Gilbert & Simos (2022) · Porges, S. (2007). The Polyvagal Perspective.

El ejemplo del impala: cuando el sistema colapsa

Anabel González — formación sobre trauma y disociación

youtube.com/watch?v=F4mdIV0_-Fs

Minuto 4:32

Reproducir el fragmento en sesión antes de continuar con la explicación teórica.

Lo que se observa

Anabel González utiliza el vídeo de un impala capturado por un depredador para ilustrar cómo, en el instante en que la huida y la lucha dejan de ser opciones viables, el sistema defensivo del animal "colapsa": el cuerpo se vuelve fláccido, inmóvil, como si estuviera muerto.

Su lectura clínica es clave: este colapso no es un fallo del sistema ni una rendición voluntaria. Es la respuesta que la evolución ha seleccionado como último recurso, y "así estamos diseñados" -humanos incluidos- cuando el peligro es inescapable.

Por qué usar este ejemplo en clínica

Ofrece una imagen no humana, sin carga de culpa, que ayuda al paciente a entender su propia respuesta de colapso como biología compartida entre especies, no como debilidad personal.

LA FISIOLOGÍA

Qué es la inmovilidad tónica

Definición

Respuesta defensiva involuntaria de inhibición motora, reversible, presente en prácticamente todas las especies vertebradas -incluida la humana- ante un peligro extremo percibido como inevitable.

Marcadores fisiológicos

Rigidez muscular con "flexibilidad cérea", analgesia (anestesia al dolor), descenso de frecuencia cardíaca y presión arterial, y conciencia del entorno intacta a pesar de la inmovilidad.



Freeze vs. colapso: la diferencia clave

Freeze (congelación): ocurre al inicio del peligro. El animal -o la persona- está alerta y receptivo, preparándose para actuar. Hay tensión, no flaccidez.

Colapso / inmovilidad tónica: ocurre cuando no hay ninguna otra opción. Aparece flaccidez, analgesia y una desconexión parcial de la experiencia (a menudo con componentes disociativos).

Es exactamente el segundo estado el que se observa en el impala del vídeo: el cuerpo deja de resistir por completo.

¿Por qué el cuerpo "se hace el muerto"?

El valor evolutivo del colapso como último recurso defensivo



1	**Reducir el interés del depredador**	Muchos depredadores están programados para perseguir movimiento. Un cuerpo inmóvil puede dejar de ser percibido como presa activa.
2	**Minimizar el daño físico**	La analgesia asociada reduce la experiencia de dolor durante el ataque, aumentando las probabilidades de supervivencia con menos secuelas.
3	**Aumentar la posibilidad de huida posterior**	Si el depredador se relaja o se aleja, el estado de colapso puede revertirse rápidamente y dar una segunda oportunidad de escapar.
4	**Proteger psicológicamente ante lo inevitable**	En humanos, el componente disociativo puede amortiguar el impacto emocional de una experiencia que, de otro modo, sería insoportable de procesar en el momento.

Marx, Forsyth, Gallup & Fikretoglu (2008) · Gilbert & Simos (2022)

https://www.20minutos.es/cinemania/noticias/el-silencio-de-los-corderos-jodie-foster-y-anthony-hopkins-se-reunen-por-el-30-aniversario-4550246/

La jerarquía polivagal (Porges)

El sistema nervioso autónomo activa tres circuitos en un orden filogenético concreto

1 · Compromiso social

Vago ventral. Buscamos conexión, ayuda y regulación a través del vínculo (mirada, voz, expresión facial).

2 · Movilización

Sistema simpático. Lucha o huida: el cuerpo se activa para confrontar o escapar del peligro.

3 · Inmovilización

Vago dorsal. Colapso / inmovilidad tónica: último recurso cuando fallan las dos fases anteriores.

Porges, S. (2007). The Polyvagal Perspective. Biological Psychology, 74(2), 116-143.

"No fue una elección": deshaciendo la culpa y la vergüenza

La consecuencia clínica más importante de entender el colapso del sistema de amenaza

Lo que el paciente suele creer

"No me defendí, así que en el fondo lo permití."

"Si de verdad hubiera querido escapar, lo habría hecho."

"Me quedé paralizado/a; debería haber luchado."

"Mi cuerpo me traicionó justo cuando más lo necesitaba."

Lo que dice la evidencia

Hasta un 70% de las víctimas de agresión sexual experimentan inmovilidad tónica durante el ataque (Marx et al., 2008).

Es una respuesta involuntaria, mediada por el tronco encefálico, fuera del control consciente y de la voluntad.

Quienes la experimentan tienen mayor riesgo de TEPT, en parte por la culpa asociada a "no haberse defendido".

Tarea terapéutica: psicoeducar sobre el continuo defensivo y el colapso ANTES de trabajar el contenido traumático, para que el paciente reinterprete su propia respuesta como biología, no como fracaso moral.

Caso clínico · Infancia

"Mateo", 9 años · acoso escolar sostenido durante un curso



Caso clínico · Infancia

"Mateo", 9 años · acoso escolar sostenido durante un curso



Presentación

Mateo deja de contar lo que le ocurre en el recreo. Ante las burlas y empujones de un grupo de compañeros, no huye ni se defiende: se queda quieto, con la mirada perdida, y "se le pasan las cosas" según sus propias palabras.

Lectura desde el continuo defensivo

Sin apoyo adulto visible y sin posibilidad real de huir o ganar la confrontación, su sistema activa un colapso parcial: desconexión atencional, enlentecimiento motor y "amnesia" del suceso, más que agresividad o fuga.

Cómo se manifiesta en la infancia (a diferencia del adulto)

El niño rara vez lo verbaliza como "me quedé paralizado"; se muestra a través del cuerpo y la conducta: mirada ausente, lentitud repentina, "desconexión", regresiones (volver a mojar la cama, hablar como más pequeño) o quejas somáticas (dolor de tripa antes del colegio).

Orientación terapéutica: validar sin exigir relato verbal, trabajar con el cuerpo y el juego, e implicar a la familia y al centro escolar para restaurar primero la seguridad relacional (sistema de compromiso social) antes de abordar el recuerdo.

Caso clínico · Adultez

"Laura", 29 años · agresión sexual por parte de un conocido



Caso clínico · Adultez

"Laura", 29 años · agresión sexual por parte de un conocido



Presentación

Laura acude a consulta un año después de una agresión sexual. El síntoma que más la atormenta no es el recuerdo del hecho en sí, sino la certeza de que "no hizo nada": no gritó, no luchó, no pudo moverse.

Lectura desde el continuo defensivo

Descripción compatible con inmovilidad tónica: recuerda estar "como fuera de su cuerpo", sin dolor, sin poder emitir sonido. Es la misma respuesta de colapso ilustrada en el vídeo del impala, no una falta de voluntad.

Cómo se manifiesta en la adultez (a diferencia de la infancia)

A diferencia del niño, el adulto sí puede verbalizar la experiencia y, con frecuencia, la usa para juzgarse: la vergüenza se articula en un discurso autocrítico explícito ("debí defenderme", "algo en mí lo permitió").

Orientación terapéutica: psicoeducación directa sobre el continuo defensivo y la inmovilidad tónica (usando el ejemplo del impala como puente no amenazante), trabajo somático para recuperar la sensación de agencia corporal, y intervención específica sobre la vergüenza y la autocrítica -aquí es donde CFT ofrece herramientas centrales.

RECONOCER EL PATRÓN

La amenaza crónica: niños vs. adultos

Cómo se expresa un sistema de amenaza desregulado de forma sostenida en el tiempo



En la infancia

- Hipervigilancia disfrazada de "distracción" o inquietud
- Regresiones evolutivas (enuresis, lenguaje infantilizado)
- Quejas somáticas recurrentes (tripa, cabeza)
- Rabietas o "explosiones" desproporcionadas
- Apego ansioso o evitativo con cuidadores
- Juego repetitivo en torno a temas de peligro

En la adultez

- Ansiedad generalizada, alerta corporal constante
- Evitación de personas, lugares o sensaciones
- Autocrítica y vergüenza como "explicación" del pasado
- Dificultad para confiar y bajar la guardia
- Somatizaciones (tensión, dolor crónico, insomnio)
- Reactividad emocional intensa ante recordatorios sutiles

EVALUACIÓN

Cómo detectar el sistema de amenaza desregulado

Con niños * video Anabel

Observar más que preguntar directamente: el cuerpo, el juego y el dibujo informan más que el relato verbal.

Preguntar a cuidadores y profesorado por cambios de conducta, sueño, apetito o rendimiento escolar.

Explorar mediante juego o narrativa indirecta ("¿qué le pasaría a un personaje que...?") en lugar de interrogar sobre el evento.

Evaluar la disponibilidad de figuras de apego seguras en el entorno actual del niño.

Con adultos

Preguntar explícitamente por la respuesta corporal durante el evento: "¿pudiste moverte, gritar, escapar?", sin presuponer una respuesta de lucha o huida.

Explorar activamente la culpa y la autocrítica asociadas a "no haber hecho nada", ya que rara vez se verbalizan de forma espontánea.

Evaluar síntomas disociativos actuales (despersonalización, desconexión corporal) como posible reactivación del patrón de colapso.

Distinguir hipervigilancia (sistema activo) de embotamiento (posible colapso sostenido).

Regulación del sistema de amenaza en la infancia

Co-regulación antes que autorregulación	El adulto regulado presta su propio sistema nervioso al niño (voz suave, contacto físico apropiado, presencia calmada) antes de pedirle que se calme solo.
El cuerpo y el juego como vía de acceso	Juegos de movimiento con paradas y reinicios (semáforo, estatuas) que practican de forma segura pasar de la activación a la calma y viceversa.
Restaurar la seguridad relacional primero	Trabajar con familia y colegio para que el entorno inmediato sea predecible y seguro antes de abordar el recuerdo traumático.
Psicoeducación adaptada a la edad	Explicar con metáforas sencillas ("a veces el cuerpo se queda quieto como un animalito asustado") sin detalle innecesario del evento.

Regulación del sistema de amenaza en la adultez

Psicoeducación explícita sobre el continuo defensivo	Presentar el modelo completo (fight-flight-freeze-flop) y, cuando sea oportuno, el propio ejemplo del impala como puente no amenazante hacia su experiencia.
Grounding y anclaje corporal	Técnicas de contacto con el presente (5 sentidos, apoyo de los pies, respiración con ritmo suave) para salir de estados de colapso o disociación leve en sesión.
Trabajo específico sobre la vergüenza	Ejercicios de CFT (carta compasiva, silla compasiva) dirigidos directamente a la creencia "no hice nada / algo en mí lo permitió".
Recuperar la sensación de agencia corporal	Prácticas somáticas graduales que devuelvan la experiencia de control sobre el propio cuerpo, sin forzar el ritmo del paciente.

Ideas clave:

- El sistema de amenaza opera con un continuo de respuestas -fawn, flight, fight, freeze y flop- no solo con lucha o huida.
- El colapso (inmovilidad tónica) es el último recurso defensivo ante un peligro inescapable: biología compartida entre especies, ilustrada por el ejemplo del impala.
- La teoría polivagal de Porges ordena estas respuestas en una jerarquía: compromiso social, movilización e inmovilización.
- Esta respuesta nunca es una elección consciente: psicoeducar sobre ello es clave para deshacer la culpa y la vergüenza post-trauma.
- Niños y adultos expresan la activación crónica y el colapso de forma distinta, y requieren evaluación e intervención adaptadas a su etapa evolutiva.

Bibliografía de esta sección

Petrocchi, N., Kirby, J. N., & Baldi, B. (2024). Essentials of Compassion-Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians. Routledge.
Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.) (2022). Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications. Routledge.
Porges, S. W. (2007). The Polyvagal Perspective. Biological Psychology, 74(2), 116-143.
Marx, B. P., Forsyth, J. P., Gallup, G. G., & Fikretoglu, D. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense. Clinical Psychology: Science and Practice, 15(1), 41-53.
Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Routledge.



Sistema 2 en profundidad: impulso, logro y activación

De la neurobiología del "querer" al perfeccionismo, el burnout y las conductas adictivas: cómo se desregula el sistema de impulso en niños y en adultos.

EN ESTA SECCIÓN

Qué vamos a ver



1. La neurobiología del impulso: "querer" no es lo mismo que "disfrutar"
2. El impulso sano: motivación, exploración y logro adaptativo
3. Cuando el impulso se pone al servicio de la amenaza
4. El impulso compulsivo: la rueda sin fin del logro
5. Casos clínicos en niños y en adultos
6. El impulso en la era digital: dopamina, pantallas y validación social

Sistema 2 · Impulso, logro y activación

Función evolutiva

Motivar la búsqueda y consecución de recursos: comida, pareja, estatus, logros, reconocimiento social. Genera energía, foco y persistencia orientada a metas.

Correlato afectivo

Entusiasmo, excitación positiva, sensación de "querer y desear". Se asocia al circuito dopaminérgico de recompensa e incentivo (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005).

Ejemplo clínico

Paciente con perfil de "alto rendimiento" y burnout: su sistema de impulso está hiperactivado de forma crónica -trabaja hasta el agotamiento, encadena metas sin pausa- porque asocia el descanso con perder valor o quedarse atrás.

Aquí el sistema de impulso no es disfuncional en sí mismo: el problema es que funciona en solitario, sin el freno regulador del sistema de calma, y a menudo al servicio de un crítico interno que amenaza con vergüenza si la persona se detiene.

Trabajo en CFT: no se trata de "apagar" la ambición, sino de ayudar a la persona a acceder también al sistema de calma, de modo que el logro no sea la única fuente de sensación de válido / seguro.

LA NEUROBIOLOGÍA

"Querer" no es lo mismo que "disfrutar"

El hallazgo de Berridge y Robinson

La dopamina no genera placer directamente: genera "deseo" o "búsqueda incentivada" (wanting). El placer real (liking) depende de otro sistema, mediado por opioides endógenos.

Por qué esto es clínicamente crucial

Explica por qué se puede desear algo compulsivamente sin llegar a disfrutarlo: el circuito de "querer" puede quedar hiperactivado de forma independiente al de "gustar".

Ejemplo clínico

Un paciente con conducta adictiva a las apuestas describe con precisión este fenómeno: "sigo jugando aunque ya no disfruto, es como si algo tirara de mí".

Esta frase, escuchada literalmente igual en consulta con adolescentes enganchados a videojuegos y con adultos con dependencia al alcohol, es la descripción fenomenológica exacta de un circuito de "querer" desacoplado del de "disfrutar".

Consecuencia terapéutica: no basta con preguntar "¿te gusta hacerlo?"; hay que evaluar por separado la intensidad del impulso y el placer real obtenido.

El impulso en su función sana y adaptativa

Qué aporta cuando funciona bien

Energía, foco atencional, persistencia ante la frustración, disfrute genuino del progreso, y una motivación que nace del interés propio, no del miedo al fracaso.

El marcador clave del impulso sano

Puede desactivarse: la persona descansa después de lograr algo y siente satisfacción genuina, no alivio momentáneo seguido de una nueva urgencia.

Ejemplos por edad

Niño (6 años): pasa una tarde entera intentando montar un puzzle difícil, se frustra, lo intenta de nuevo, y al conseguirlo salta de alegría y quiere enseñárselo a todo el mundo. Después, se va a jugar a otra cosa sin más.

Adulto: termina un proyecto laboral exigente, siente satisfacción genuina, lo celebra, y esa misma noche puede desconectar por completo sin pensar ya en el siguiente objetivo.

En ambos casos el impulso "se apaga" tras el logro. Esta capacidad de desactivación es precisamente lo que falla en el impulso compulsivo que veremos después.

Cuando el impulso se pone al servicio de la amenaza

Un cambio sutil pero decisivo

El logro deja de perseguirse por interés propio y pasa a perseguirse para evitar un castigo emocional: la vergüenza, el rechazo o la sensación de no valer.

El concepto clave: "seguridad basada en el logro"

La persona solo se siente segura o válida cuando está produciendo o consiguiendo algo. El logro se convierte en la única defensa disponible contra la propia autocrítica.

Ejemplo clínico

Adulta de 35 años, abogada de éxito: "si dejo de ser la mejor, dejo de ser alguien". No disfruta de sus logros, solo siente un alivio breve antes de que la ansiedad por el siguiente reto vuelva a aparecer.

En la formulación CFT: su sistema de impulso no busca recompensa, busca evitar la activación del sistema de amenaza (vergüenza anticipada por "no ser suficiente"). El logro es, literalmente, una estrategia de seguridad, no una fuente de disfrute.

Este patrón es la antesala directa del perfeccionismo clínico y, si se sostiene en el tiempo, del burnout que veremos más adelante.

EL PATRÓN COMPULSIVO

La rueda sin fin del logro

Por qué nunca es suficiente cuando el impulso está secuestrado por la amenaza



1 · Amenaza de vergüenza

El miedo anticipado a "no ser suficiente" activa el sistema de impulso como estrategia de defensa.

2 · Logro conseguido

Se alcanza el objetivo. Aparece un alivio breve, no un disfrute genuino ni sostenido.

3 · El alivio se agota

El alivio dura minutos u horas. La sensación de "no ser suficiente" reaparece rápidamente.

4 · Nueva meta, mismo miedo

Se busca un nuevo logro para calmar la misma amenaza de fondo. El ciclo se repite sin límite natural.

Gilbert & Simos (2022) · Petrocchi, Kirby & Baldi (2024)

Caso clínico · Infancia

"Lucía", 10 años · alto rendimiento académico con ansiedad asociada

Presentación

Lucía llora si saca un 9 en lugar de un 10. Revisa sus deberes varias veces y pide constantemente a sus padres confirmación de que "lo ha hecho bien". Un aprobado le genera una angustia desproporcionada.

Lectura desde el sistema de impulso

Su impulso hacia el logro académico no nace de la curiosidad, sino de una validación parental percibida como condicional al rendimiento. El sistema de amenaza (miedo a decepcionar) dirige por completo al sistema de impulso.

Orientación terapéutica en la infancia

Trabajar simultáneamente con la familia: revisar activamente el lenguaje de elogio en casa, desplazando el foco del resultado ("qué nota has sacado") al proceso y al esfuerzo ("cómo te lo has trabajado", "qué has aprendido").

Con la niña: introducir experiencias de juego y actividad sin evaluación externa asociada, para que su sistema de impulso pueda reconectar con el disfrute genuino, no solo con la evitación del fallo.

Caso clínico · Adultez

"Javier", 46 años · burnout tras 15 años de ascenso profesional continuo

Presentación

Javier acude derivado por su médico de cabecera tras una crisis de ansiedad en el trabajo. Lleva quince años ascendiendo sin pausa. Ahora no puede levantarse de la cama, pero sigue revisando el correo del trabajo desde el móvil.

Lectura desde el sistema de impulso

Impulso crónicamente hiperactivado sin acceso al sistema de calma durante más de una década. El agotamiento actual no es "debilidad": es el colapso fisiológico de un sistema que nunca tuvo permiso para desactivarse.

Orientación terapéutica en la adultez

Psicoeducar sobre la diferencia entre descanso reparador (activa el sistema de calma) y descanso meramente funcional (parar solo para poder seguir rindiendo después), que Javier no distingue.

Trabajar directamente la creencia nuclear ("si no rindo, no valgo") con herramientas de CFT, más que intentar solo "gestionar mejor el tiempo": el problema no es de agenda, es de qué sistema regula su vida.

El impulso en la era digital

Cómo las pantallas y las redes sociales explotan directamente el circuito de incentivo

El mecanismo

- Recompensas variables e impredecibles (likes, notificaciones) maximizan la activación dopaminérgica de "querer"
- El diseño de las plataformas está optimizado específicamente para explotar este circuito

En la infancia y adolescencia

- El valor propio se vincula a la validación externa cuantificada (likes, seguidores)
- La corteza prefrontal inmadura tiene aún menos capacidad de autorregular el impulso hacia el móvil

En la adultez

- Revisión compulsiva del correo o redes como extensión directa del impulso hacia el logro laboral
- El "scroll" sin fin replica exactamente la estructura de la rueda sin fin del logro



Ideas clave:

- "Querer" y "disfrutar" dependen de circuitos distintos: se puede desear compulsivamente algo sin llegar a disfrutarlo realmente.
- El impulso sano se desactiva tras el logro; el impulso al servicio de la amenaza solo da un alivio breve antes de exigir una meta nueva.
- La "seguridad basada en el logro" es el mecanismo central del perfeccionismo clínico y, sostenido en el tiempo, del burnout.
- En la infancia, el lenguaje de validación parental (proceso vs. resultado) es determinante en cómo se configura este sistema.
- Las plataformas digitales explotan directamente el circuito de incentivo, con mayor vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia.

Bibliografía de esta sección

Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. Behavioral and Brain Sciences, 28(3), 313-350.

Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? Brain Research Reviews, 28(3), 309-369.

Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.) (2022). Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications. Routledge.

Petrocchi, N., Kirby, J. N., & Baldi, B. (2024). Essentials of Compassion-Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians. Routledge.

Kolts, R. (2016). CFT Made Simple. New Harbinger.

Sistema 3 en profundidad: calma, seguridad y afiliación

Por qué este sistema se construye y no viene dado, los tres flujos de la compasión, el miedo a la calma, y cómo entrenarlo en niños y en adultos.

EN ESTA SECCIÓN

Qué vamos a ver



1. Las bases neurobiológicas: oxitocina, opioides y el vago ventral
2. Un sistema que se construye: apego y corregulación temprana
3. Los tres flujos de la compasión según Gilbert
4. El miedo a la compasión: tres formas distintas de resistencia
5. Por qué la calma puede sentirse como una amenaza
6. Casos clínicos y herramientas de entrenamiento en niños y adultos

SISTEMA 3

Calma, seguridad y afiliación

Función evolutiva

Regular a los otros dos sistemas y generar estados de seguridad, contentamiento y conexión social sin necesidad de amenaza ni de logro. Ligado al sistema de apego y cuidado parental.

Correlato afectivo

Calma, seguridad, sensación de "estar bien tal como estoy". Asociado a oxitocina, opioides endógenos y al sistema vagal parasimpático (Porges, 2007, teoría polivagal).

Ejemplo clínico

Paciente con historia de crianza fría o negligente: nunca desarrolló un sistema de calma bien entrenado, porque de niño no recibió suficientes señales de cuidado y seguridad por parte de figuras de apego.

De adulto, al practicar ejercicios de autocompasión, puede sentir malestar o miedo ("backdraft" o miedo a la compasión) en lugar de alivio, porque asocia la cercanía con vulnerabilidad.

Trabajo en CFT: entrenamiento gradual y muy pautado del sistema de calma (respiración con ritmo suave, tono de voz, imaginería del "lugar seguro"), respetando el ritmo del paciente.

LAS BASES NEUROBIOLÓGICAS

Qué sostiene la calma en el cuerpo

Oxitocina

Neuropéptido asociado al vínculo, la confianza y la sensación de seguridad social. Se libera con el contacto físico afectuoso, la mirada cálida y el tono de voz suave.

Opioides endógenos

Generan la sensación de contentamiento y bienestar tranquilo, distinta de la excitación positiva del sistema de impulso.

El nervio vago ventral

Rama parasimpática más reciente (Porges): regula el ritmo cardíaco hacia la calma y habilita el compromiso social.

Un matiz clínico importante

La calma que trabajamos en CFT no es sedación ni pasividad: es un estado de activación parasimpática que permite estar alerta, receptivo y conectado, sin la urgencia defensiva del sistema de amenaza ni la tensión del sistema de impulso.

Por eso Gilbert prefiere hablar de "contentamiento" (contentment) más que de simple relajación: es un estado con su propia cualidad afectiva positiva, no solo la ausencia de estrés.

Esta precisión es clínicamente útil: muchos pacientes confunden "calma" con "no sentir nada", y hay que ayudarles a distinguir ambos estados.

Un sistema que se construye: apego y corregulación

La diferencia clave con los otros dos sistemas

La amenaza y el impulso están presentes desde el nacimiento, listos para activarse. El sistema de calma, en cambio, requiere experiencias repetidas de cuidado externo para desarrollarse plenamente.

Bowlby, Ainsworth y la base segura

Un niño internaliza la capacidad de auto-calmarse solo después de haber sido calmado externamente, cientos o miles de veces, por una figura de apego disponible y sensible.

Ejemplos por edad

Niño (2 años): se cae, llora, y se calma en brazos de su madre en menos de un minuto. Cada una de estas interacciones va construyendo, ladrillo a ladrillo, su futura capacidad de autorregulación.

Adulto: alguien con historia de apego seguro puede, ante una mala noticia, sentirse afectado y aun así encontrar calma relativamente rápido, recurriendo a su propia capacidad interna o pidiendo apoyo sin vergüenza.

La diferencia entre ambos no es de personalidad: es de cuántas veces, y con qué calidad, ese sistema fue "ejercitado" externamente durante la infancia.

EL MODELO DE GILBERT

Los tres flujos de la compasión

El sistema de calma se activa por tres vías relacionales distintas, que no siempre están igual de desarrolladas



Dar compasión a otros

La capacidad de sentir empatía y actuar con cuidado hacia el sufrimiento ajeno. Suele ser la más entrenada socialmente.



Recibir compasión de otros

Permitir que el cuidado ajeno nos llegue y nos afecte. Requiere bajar la guardia y tolerar la vulnerabilidad de ser visto.



Dar compasión a uno mismo

Tratarse con la misma calidez que se ofrecería a alguien querido. Suele ser, con diferencia, el flujo menos desarrollado.

Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. · Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019).

El miedo a la compasión: tres formas distintas

Gilbert, McEwan, Matos & Rivis (2011). Fears of compassion scales

Miedo a dar compasión

"Si me abro a sentir el sufrimiento del otro, me voy a hundir" o "cuidar demasiado me hace vulnerable a que se aprovechen de mí".

Miedo a recibir compasión

"Si dejo que me cuiden, voy a decepcionarles" o "no me lo merezco" o "depender de otros es peligroso".

Miedo a la autocompasión

"Si soy amable conmigo mismo me volveré débil o perezoso" o "no merezco ese trato" o, simplemente, sensación de amenaza corporal ante el intento.

LA PARADOJA CENTRAL

Por qué la calma puede sentirse como una amenaza

El fenómeno del "backdraft"

Al iniciar un ejercicio de calma o autocompasión, puede aparecer una oleada repentina de dolor emocional antiguo, como el humo que se enciende al abrir la puerta de un incendio contenido.

La explicación neurobiológica

Si el sistema de calma nunca se asoció con seguridad real (crianza fría, impredecible o abusiva), el cerebro lo clasifica como territorio desconocido, y lo desconocido se procesa por defecto como amenaza potencial.

Consecuencia clínica clave

No forzar la práctica de autocompasión con pacientes que muestran signos de backdraft; la incomodidad no significa que el ejercicio esté "fallando", sino que está tocando exactamente la zona que necesita trabajarse con más cuidado.

Estrategia general: dosis pequeñas, tono lúdico o neutro antes que directamente "amoroso", y validar explícitamente que la resistencia a la calma es una respuesta comprensible, no un fallo del paciente.

Caso clínico · Infancia

"Iván", 7 años · acogimiento familiar tras negligencia temprana

Presentación

Iván se pone rígido y aparta la mirada cuando su familia de acogida intenta abrazarlo o consolarlo. Ante el cariño responde con evitación o, a veces, con conductas provocadoras que alejan al adulto.

Lectura desde el sistema de calma

Su sistema de calma nunca se asoció con seguridad real. El acercamiento afectivo activa alarma, no alivio: es backdraft infantil, no rechazo hacia sus nuevos cuidadores.

Orientación terapéutica en la infancia

No insistir en el contacto físico directo al principio. Construir seguridad a través de actividades paralelas de baja intensidad afectiva (jugar uno al lado del otro, sin exigir cercanía), dejando que sea el propio niño quien marque el ritmo de acercamiento.

Psicoeducar a la familia de acogida: la evitación no es rechazo personal hacia ellos, es la única estrategia de protección que el sistema de Iván conoce hasta ahora.

Caso clínico · Adultez

"Roberto", 51 años · resistencia a la autocompasión en terapia

Presentación

Al proponerle un ejercicio breve de imaginería compasiva, Roberto se incomoda visiblemente y dice: "esto es una tontería, prefiero centrarme en soluciones prácticas". Abandona el ejercicio a los pocos segundos.

Lectura desde el sistema de calma

Criado con el mandato "los hombres no necesitan mimos", su sistema de calma apenas fue ejercitado. La incomodidad no es resistencia deliberada: es la señal de backdraft del adulto, disfrazada de pragmatismo.

Orientación terapéutica en la adultez

No etiquetar la resistencia como "falta de motivación"; explorarla como información clínica válida, preguntando directamente qué sensación corporal aparece al intentar el ejercicio.

Reformular la entrada: en lugar de "imaginería compasiva", introducir el trabajo como "entrenamiento de un recurso interno útil bajo presión" -lenguaje más cercano a su propio marco de valores- antes de avanzar hacia un vocabulario más afectivo.

ENTRENANDO EL SISTEMA

Herramientas prácticas y síntesis

Respiración con ritmo suave

Inspirar y espirar más lento que lo habitual, alargando ligeramente la espiración. Base fisiológica directa de la activación vagal.

Imaginería del lugar seguro

Construir un espacio mental de calma con todos los sentidos, con dosis breves y crecientes si hay backdraft.

Tono de voz compasivo

El propio tono interno (y el del terapeuta) transmite seguridad al sistema límbico antes que el contenido verbal.

- El sistema de calma se sostiene en oxitocina, opioides endógenos y el nervio vago ventral: no es sedación, es "contentamiento" activo.
- A diferencia de amenaza e impulso, este sistema se construye a través del apego y la corregulación temprana, no viene dado por igual.
- Se activa por tres flujos -dar, recibir, y dirigirse a uno mismo- que pueden estar desarrollados de forma muy desigual en una misma persona.
- El miedo a la compasión (backdraft) es una respuesta comprensible, no un fallo del paciente: la calma puede sentirse como territorio amenazante si nunca fue segura.

Porges, S. W. (2007). The Polyvagal Perspective. · Bowlby, J. (1988). A Secure Base. · Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019). Compassion-focused therapy. · Gilbert, McEwan, Matos & Rivis (2011). Fears of compassion. · Gilbert & Simos (2022) · Petrocchi, Kirby & Baldi (2024)

Los tres sistemas interactúan, no operan aislados

Depue & Morrone-Strupinsky (2005) · Gilbert (2014, British Journal of Clinical Psychology)



Amenaza domina

Amenaza inhibe a Calma; Impulso se pone al servicio de "evitar el castigo" (p. ej. perfeccionismo por miedo a fallar).



Impulso domina

Impulso crónico sin freno: agotamiento, adicción al logro, dificultad para descansar sin sentir culpa.



Calma disponible

Calma modula a Amenaza (baja la reactividad) y da contexto seguro a Impulso (se puede desear sin urgencia de sobrevivir).

Caso clínico integrador

"María", 46 años · derivada por ansiedad y autocrítica intensa

Amenaza

Crítica interna severa ("no eres suficiente"), miedo constante a cometer errores en el trabajo, tensión muscular crónica.

Impulso

Trabaja 11-12 horas diarias, encadena certificaciones y proyectos; el logro es su única fuente reconocida de valor personal.

Calma (ausente)

Crianza exigente y poco afectiva; nunca aprendió a sentirse "bien" sin producir. Descansar le genera culpa y ansiedad.

Formulación CFT: sistema de amenaza hiperactivado alimenta un sistema de impulso compulsivo, sin ningún acceso al sistema de calma. Objetivo terapéutico inicial: instalar, de forma gradual y segura, experiencias breves de activación del sistema de calma antes de trabajar directamente la autocrítica.

Desequilibrio de los sistemas y psicopatología

Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Routledge.

Amenaza ↑ crónica

- Trastornos de ansiedad
- TEPT / trauma complejo
- Vergüenza crónica, autocrítica severa

Impulso ↑ compulsivo

- Conductas adictivas
- Burnout / perfeccionismo
- Manía / hipomanía (impulso desregulado)

Calma ↓ poco desarrollada

- Dificultad para la autocompasión
- Miedo a la compasión ("backdraft")
- Vínculos de apego inseguro

Nota clínica: esta clasificación es orientativa, no diagnóstica. La mayoría de los cuadros clínicos implican una combinación de desequilibrios entre los tres sistemas, no un único patrón puro.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Cómo se interviene desde CFT: un caso clínico completo

Primero, la lógica general de la intervención en CFT. Después, su aplicación completa a un caso clínico: formulación, plan de tratamiento y evolución.

EN ESTA SECCIÓN

Qué vamos a ver



1. La lógica general de la intervención en CFT
2. Las cuatro fases del tratamiento
3. El kit de herramientas: técnicas centrales de CFT
4. Presentación del caso clínico completo: "Elena", 38 años
5. La formulación CFT del caso
6. Plan de intervención, fragmento de sesión y evolución esperable

EL PRINCIPIO RECTOR

Cómo interviene la CFT: la lógica general

Guiada por formulación, no por protocolo fijo

La CFT no aplica una secuencia idéntica a todos los pacientes. Cada intervención se diseña a partir de cómo están configurados los tres sistemas en esa persona concreta.

El objetivo no es "pensar en positivo"

Es cambiar el sistema fisiológico que sostiene la experiencia: fortalecer la calma para que pueda regular a la amenaza y al impulso, no argumentar contra la autocrítica.

Tres principios que guían cada decisión clínica

1. Seguridad antes que contenido: no se trabaja el trauma o la autocrítica sin que el sistema de calma tenga cierta base mínima de acceso.

2. Cuerpo antes que argumento: se interviene primero sobre la fisiología (respiración, tono, imaginería) y después sobre el pensamiento.

3. Práctica antes que insight: la mente compasiva se entrena como una habilidad, con repetición, no se adquiere solo por comprensión intelectual.

LA ESTRUCTURA CLÍNICA

Las cuatro fases del tratamiento en CFT

No son estancas ni estrictamente lineales: se revisitan según la evolución del paciente

1 · Vínculo y formulación

Evaluar cómo están configurados los tres sistemas, la historia de apego, y establecer una relación terapéutica segura.

2 · Psicoeducación

Explicar el modelo de los tres sistemas y el "cerebro difícil": des-culpabilizar antes de intervenir.

3 · Entrenamiento de la mente compasiva

Desarrollar atributos y habilidades compasivas: respiración, imaginería, voz, atención, razonamiento compasivo.

4 · Aplicación a dificultades específicas

Dirigir la mente compasiva ya entrenada hacia la vergüenza, la autocrítica o el problema clínico concreto del paciente.

Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. · Petrocchi, Kirby & Baldi (2024)

El kit de herramientas de CFT

Las técnicas centrales que se combinan a lo largo de las cuatro fases

Respiración con ritmo suave

Base fisiológica de entrada a cualquier ejercicio; activa el vago ventral antes de cualquier otro contenido.

Imaginería (lugar seguro, yo compasivo)

Construir mentalmente figuras o espacios de calma y de sabiduría compasiva con todos los sentidos.

Trabajo de sillas / múltiples "yoes"

Dialogar físicamente entre la parte autocrítica y la parte compasiva de la persona, dando voz y cuerpo a cada una.

Carta compasiva

Escribirse a uno mismo desde la perspectiva del yo compasivo, tras haber activado ese estado con los ejercicios previos.

El caso clínico

"Elena", 38 años · derivada por ansiedad generalizada y autocrítica severa

Motivo de consulta

Elena es directora de proyectos en una consultora. Acude por episodios de ansiedad casi diarios, insomnio de mantenimiento y una voz interna extremadamente crítica que la acompaña desde que tiene memoria ("todo lo que hago está mal, tarde o temprano").

Historia relevante

Hija mayor de dos hermanos; padre exigente y distante, madre ansiosa y sobreprotectora. Recuerda que el cariño parental estaba condicionado a las buenas notas. No recuerda haber sido consolada activamente al llorar de niña.

Presentación actual

Trabaja muchas horas, revisa el correo compulsivamente, rara vez descansa sin sentir culpa. Cuando se le sugiere un ejercicio de amabilidad hacia sí misma, responde: "eso suena a excusa para ser blanda".

Formulación CFT del caso

Cómo se traduce la presentación de Elena al modelo de los tres sistemas



Amenaza

Autocrítica severa y constante, hipervigilancia ante posibles errores, ansiedad anticipatoria. Origen: cariño parental condicionado al rendimiento.



Impulso

Hiperactivado y al servicio de la amenaza: trabajar mucho no es deseo genuino, es la única estrategia conocida para evitar el juicio interno.



Calma (muy poco desarrollada)

Sin historia de corregulación temprana ("no recuerda haber sido consolada"). La amabilidad hacia sí misma se interpreta como debilidad: fears of compassion activo.

Formulación integrada: sistema de amenaza hiperactivado desde la infancia, impulso puesto completamente a su servicio, y un sistema de calma que nunca tuvo la oportunidad de desarrollarse mediante corregulación temprana.

APLICANDO LAS CUATRO FASES

Plan de intervención para Elena

Fase 1 · Vínculo y formulación (sesiones 1-2)

Explorar su historia sin prisa, sin intentar "arreglar" nada todavía. El propio ritmo pausado y la ausencia de exigencia en estas sesiones ya son, en sí mismos, una experiencia correctiva para su sistema de amenaza.

Fase 2 · Psicoeducación (sesiones 3-4)

Presentar el modelo de los tres sistemas usando su propia biografía como ejemplo. Anticipar explícitamente que la amabilidad hacia sí misma probablemente le resultará incómoda al principio (psicoeducar sobre backdraft antes de que aparezca).

Fase 3 · Entrenamiento de la mente compasiva (sesiones 5-10)

Empezar por respiración con ritmo suave y imaginería de lugar seguro, evitando inicialmente cualquier lenguaje "afectivo" que pueda activar su rechazo. Introducir gradualmente el concepto de "yo compasivo" como una figura de fuerza y sabiduría, no de blandura.

Fase 4 · Aplicación a la autocrítica (sesiones 11 en adelante)

Trabajo de sillas entre su "crítica interna" y su "yo compasivo" ya entrenado. Carta compasiva dirigida a la Elena de dieciséis años que solo recibía cariño condicionado a las notas.

Fragmento de sesión: el trabajo de sillas en acción

Sesión 12 · Silla de la crítica interna

"No has hecho suficiente esta semana. Los demás lo notarán. Si bajas el ritmo, todo se derrumba."

Terapeuta (tras respiración con ritmo suave)

"Cuando estés lista, cambia a la otra silla. Deja que hable la parte de ti que tiene fuerza y perspectiva, no la que exige."

Sesión 12 · Silla del yo compasivo (tras varias semanas de entrenamiento)

"Entiendo por qué esa voz aparece: aprendiste muy pronto que solo valías si rendías. Pero yo he visto todo lo que ya has hecho esta semana, y también veo que estás agotada. Puedo sostener ambas cosas a la vez: reconocer lo que falta y cuidar de ti mientras tanto. Descansar esta noche no es fallar; es lo que necesitas para seguir sosteniendo lo que te importa."

CIERRE DEL CASO

Evolución y síntesis del proceso

Evolución de Elena (seguimiento a los 6 meses)

La ansiedad anticipatoria disminuye de forma notable; el insomnio de mantenimiento remite casi por completo. La voz autocrítica sigue apareciendo -no ha "desaparecido"- pero Elena ahora tiene una respuesta compasiva entrenada y accesible en segundos, no en meses. Describe la diferencia como "antes solo tenía un juez; ahora tengo también una defensa".

- La CFT interviene guiada por formulación individual, no por protocolo fijo: cuerpo antes que argumento, seguridad antes que contenido.
- Las cuatro fases (vínculo/formulación, psicoeducación, entrenamiento de la mente compasiva, aplicación) se revisitan según necesidad.
- El objetivo clínico no es eliminar la autocrítica, sino desarrollar una voz compasiva igual de fuerte que pueda regularla.

Bibliografía de esta sección

Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Routledge.

Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.) (2022). Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications. Routledge.

Petrocchi, N., Kirby, J. N., & Baldi, B. (2024). Essentials of Compassion-Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians. Routledge.

Kolts, R. (2016). CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy. New Harbinger.

CASO CLÍNICO

TalenTU
Trasciende tu potencial, expande tu universo
by UCIC

Intervención en TCA e Ideación Suicida desde la CFT

Abordaje integrador de una adolescente con Anorexia Nerviosa y autocrítica severa mediante la Terapia Centrada en la Compasión.

Modelo CFT (Paul Gilbert & Ken Goss)

Atención Especializada en Adolescentes

Presentación del Caso: Sofía (15 años)

Datos Generales y Motivo

Edad: 15 años (3.º ESO).

Diagnóstico: Anorexia Nerviosa Restrictiva.

Derivación: Urgencias por ideación suicida activa.

IMC al ingreso: 15.2 kg/m² (Riesgo físico moderado).

Sintomatología Central

Vergüenza corporal: Asco profundo hacia su cuerpo.

Autocrítica feroz: "Soy una falla inutil para mis padres".

Ideación suicida: Fantasías de no despertar para cesar la carga.

Aislamiento social: Retiro total de su grupo de iguales.

02. ESTABILIZACIÓN INICIAL

Evaluación de Riesgo y Pacto de Seguridad

PASO 1

Evaluación de Letalidad

Descarte de plan inminente estructurado. Ideación activa vinculada a la desesperación por no cumplir estándares de perfección.

PASO 2

Pacto de Seguridad Compasivo

Compromiso no punitivo de comunicación inmediata antes de actuar. Reformulación del auxilio como acto de autoprotección.

PASO 3

Red de Contención Multidisciplinar

Coordinación estricta entre psiquiatría, nutrición clínica, terapia individual CFT y supervisión familiar continua.

Los Tres Sistemas de Regulación Emocional

Sistema de Amenaza

Rol: Detección de peligro y autoprotección.
En Sofía: Hiperactivo. Ansiedad masiva, terror al rechazo, asco corporal y voz autocrítica atroz.

Sistema de Logro

Rol: Búsqueda de recursos y metas.
En Sofía: Secuestrado por el TCA. Búsqueda compulsiva de delgadez y perfeccionismo escolar para ser aceptada.

Sistema de Calma

Rol: Seguridad, conexión y autoregulacion.
En Sofía: Desconectado o colapsado. Incapacidad de sentir paz o recibir afecto sin desconfianza.

El Círculo Mantenedor del TCA e Ideación Suicida

TalenTÚ by UCIC

DETONANTE

Amenaza Social

Miedo intenso al rechazo de sus pares.

→

AUTOCRÍTICA

Voz Avasalladora

"Eres gorda e imperfecta, no vales nada".

→

ESTRATEGIA TCA

Restricción Severa

Sensación ilusoria de control y mérito.

→

COLAPSO

Ideación Suicida

Agotamiento total ante el sufrimiento inviable.

Psicoeducación: El "Cerebro Complicado"

TalenTÚ by UCIC

"No es tu culpa"

Premisa fundamental de la CFT para liberar a Sofía de la vergüenza secundaria de "estar enferma".

Diseño Evolutivo

Nuestro cerebro no fue diseñado para la felicidad, sino para la supervivencia. Ante la amenaza de exclusión, crea respuestas extremas de control.

El TCA como Intento de Protección

El TCA no es rebeldía ni capricho; es una estrategia desesperada e disfuncional del cerebro para proteger a Sofía del rechazo y el dolor.

Creación del Canal de Seguridad Terapéutica



Validación sin Juicio

Escuchar el deseo de morir sin mostrar pánico ni reproche moral, entendiendo la intensidad de su sufrimiento actual.

Postura del Terapeuta

Encarnar calidez, voz pausada, ritmo lento y aceptación incondicional para estimular externamente su sistema de calma desnutrido.

Externalización de la Culpa

Separar la identidad de Sofía de la entidad del TCA y de los pensamientos intrusivos de muerte.

Entrenamiento Somático: Activar el Sistema de Calma

TalenTÚ by UCIC

Respiración en Ritmo Apaciguador

Inhalación profunda en 4s y exhalación en 6s. Estimulación directa del nervio vago para reducir el tono simpático de amenaza.

Postura Corporal Compasiva

Adopción de postura erguida pero blanda, liberación de tensión facial y mano sobre el pecho como anclaje físico de auto-sostén.

Tono de Voz Interior Calido

Modular conscientemente el tono del diálogo interno: pasar de un tono punitivo a una voz serena, firme y protectora.

08. FASE 3 TRATAMIENTO

Trabajo con la Voz Crítica (Técnica de las Sillas)

Silla 1: La Parte Crítica / TCA

Expresión: "Eres insoportable, si no controlas tu peso nadie te querrá".

Análisis CFT: Se explora el *miedo subyacente* de la crítica. La crítica ataca por terror a que Sofía sea rechazada o abandonada.

Silla 2: El Yo Compasivo

Respuesta: "Veo que tienes mucho miedo de que sufra, pero tus ataques me están matando. Yo tomaré el control con firmeza y cuidado".

Efecto: Re-orienta la función protectora sin violencia interna.

Reatribución Compasiva de la Ideación Suicida

TalenTÚ by UCIC

> **"El deseo de morir no es deseo de destrucción, sino un intento de dar fin a un dolor infinito cuando no se perciben otros canales de alivio."**

Comprensión del Agotamiento

Validar que la mente de Sofía está exhausta tras años de exigencia y desnutrición afectiva y biológica.

Paso del Deseo a la Necesidad

Identificar qué necesita detenerse realmente: no su vida, sino la tortura del crítico interno y la exigencia del TCA.

Ofrecer Alternativa de Calma

Construir micro-espacios diarios de descanso sin culpa para satisfacer la necesidad de paz sin recurrir a la muerte.

Abordaje Compasivo del Cuerpo y Nutrición (CFT-E)

TalenTÚ by UCIC

Alimentación Nutritiva

Re-encuadrar el alimento no como "enemigo" o "calorías peligrosas", sino como medicina necesaria para restablecer el cerebro y la calma.

Exposición Corporal Gradual

Trabajo con espejo utilizando la mirada compasiva: observar partes del cuerpo sin juzgar, agradeciendo su función biológica.

Desarme de la Vergüenza

Reducir las conductas de comprobación corporal (chequeo constante) mediante la contención somática del impulso.

11. FASE 6 TRATAMIENTO

Procesamiento de Emociones Temidas

PASO A

Contacto con la Tristeza Profunda

Permitir el llanto por la soledad sentida durante la infancia, sosteniendo la emoción con el Yo Compasivo.

PASO B

Integración del Enfado Sano

Canalizar la rabia asertiva contra la auto-exigencia desmedida y las presiones externas de rendimiento.

PASO C

Aceptación de la Vulnerabilidad

Reconocer que la imperfección es parte de la "humanidad compartida" y no un defecto individual irremediable.

12. ABORDAJE SISTÉMICO

Intervención con la Familia: Entorno Seguro

Reducción de la Ansiedad Parental

Psicoeducación a los padres para disminuir la crítica involuntaria y el control intrusivo motivado por el miedo.

Entrenamiento en Validación Compasiva

Enseñar a los padres a responder al dolor de Sofía con presencia serena en lugar de pánico o discusión racional.

Hogar como Refugio de Calma

Fomentar momentos familiares libres de comentarios sobre comida, peso, rendimiento académico o logros.



Indicadores de Cambio Clínico a los 6 Meses

0 / 10

Ideación Suicida Activa

Remisión completa de fantasías autolíticas. Aparición de planes futuros de estudio.

18.5

IMC Alcanzado (Recuperación)

Restablecimiento nutricional con flexibilidad en ingestas sociales sin purgas.

- 65%

Reducción en Escala de Autocrítica (FSCRS)

Transición sustancial hacia un tono interno autocompasivo en momentos de estrés.

+ 80%

Incremento en Capacidad de Calma

Uso autónomo de la respiración apaciguadora ante fluctuaciones de imagen corporal.

Más allá del síntoma

El TCA no se cura únicamente restringiendo la conducta, sino sanando la vergüenza básica que alimenta el deseo de desaparecer.

Seguridad neurobiológica

Sin activar el sistema de calma corporal, las técnicas cognitivas fracasan ante la intensidad del sistema de amenaza.

Humanidad compartida

Acompañar a la adolescente a descubrir que el dolor no la vuelve defectuosa, sino profundamente humana.

PARA SEGUIR PROFUNDIZANDO

Manuales recomendados sobre CFT

Selección priorizada de manuales clínicos para estructurar el estudio y la práctica de la CFT.

Manual	Año	Me puede resultar útil para…
Petrocchi, Kirby & Baldi — Essentials of Compassion-Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians	**2024**	*El manual práctico que elegiría ahora para estructurar sesiones*
Gilbert & Simos — Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications	**2022**	*Gran obra de referencia clínica y teórica*
Gilbert — Compassion Focused Therapy: Distinctive Features	**2010**	*Texto fundamental para comprender el modelo CFT original*
Kolts — CFT Made Simple	**2016**	Muy bueno para aprender cómo aplicar CFT paso a paso
Gilbert — Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy	**2005**	Fundamentos científicos y conceptuales de la compasión

ANTES DE CERRAR

¡Gracias por su atención!

Ha sido un placer recorrer este módulo con ustedes. Sigamos en contacto — estaré encantada de seguir la conversación fuera del aula.

LINKEDIN

Isabel Morales Gil, Ph.D.

linkedin.com/in/isabel-morales-gil-p-h-d-556bb331

CORREO

Escríbeme cuando quieras

isabel.moralesgil@unir.net

Dudas sobre el módulo, sugerencias de casos, o simplemente para seguir en contacto profesional — las dos vías están abiertas.

© Isabel Morales Gil. Material de uso exclusivo para el alumnado de este diplomado. Queda prohibida su reproducción, distribución o uso, total o parcial, sin autorización expresa y sin citar la autoría.