

**DEL JUICIO AL ENCUENTRO: UN
CASO CLÍNICO DE AUTOCRÍTICA Y
EVITACIÓN EN EL CAMINO HACIA LA
COMPASIÓN Y LA ACCIÓN**

TRABAJO FIN DE MÁSTER



Autora: Gadea Rubio Pérez

Tutora: Sofía Rademaker Martín-Municio

Universidad Pontificia Comillas

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Mayo 2025

ABSTRACT

This study presents a single-case analysis exploring the therapeutic process of a patient treated primarily with Acceptance and Commitment Therapy (ACT), integrating key elements from Emotion Focused Therapy (EFT). The case was selected due to the complexity of symptoms, including anxiety, high self-criticism, perceived loneliness, inactivity, emotional regulation difficulties, relational trauma, and problematic cannabis use. The intervention, conducted from September 2024 to May 2025, combined a longitudinal, descriptive qualitative design with pre-post quantitative assessments. Data were collected through clinical interviews, session records, and standardized questionnaires (STAI, CUDIT-R, RSE, LOSC, SESLA-S). Case formulation followed the ACT Hexaflex model, identifying experiential avoidance, cognitive fusion, and lack of committed action as central processes. The treatment included ACT techniques such as defusion, self-as-context, and values clarification, along with experiential tools from EFT such as the empty chair and Focusing. Quantitative results showed limited and non-linear symptom improvement, with increases in anxiety and self-criticism, stable cannabis use, and slight decreases in loneliness and self-esteem. However, qualitative findings revealed significant changes in the patient's relationship with suffering, including increased emotional awareness, identity redefinition, emotional regulation, agency, and self-compassion. The therapeutic relationship played a central role in facilitating these shifts. The discussion interprets quantitative increases as signs of growing awareness and emotional contact, consistent with ACT's aim of fostering psychological flexibility. The integration of ACT and EFT proved useful in supporting deep emotional processing and value-driven action. Limitations are acknowledged regarding the timing and context of assessments, the therapeutic setting, and the inherent non-generalizability of a single-case design. The study highlights the value of integrative, process-oriented approaches that prioritize qualitative changes and the therapeutic alliance in complex cases.

Key words: case study, Acceptance and Commitment Therapy, self-criticism, anxiety, loneliness, psychological flexibility, experiential avoidance, cognitive fusion, inactivity, values.

RESUMEN

Este trabajo presenta un estudio de caso único que explora el proceso terapéutico de un paciente tratado principalmente con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), integrando recursos de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). El caso fue seleccionado por la complejidad de la sintomatología, que incluía ansiedad, autocrítica elevada, sensación de soledad, inactividad, dificultades en la regulación emocional, trauma relacional y consumo problemático de cannabis. La intervención, realizada entre septiembre de 2024 y mayo de 2025, combinó un diseño cualitativo descriptivo longitudinal con evaluaciones cuantitativas pre y post tratamiento. Se utilizaron entrevistas clínicas, registros de sesión y cuestionarios estandarizados (STAI, CUDIT-R, RSE, LOSC, SESLA-S). La formulación de clínica se basó en el modelo Hexaflex de ACT, identificando como ejes centrales la evitación experiencial, la fusión cognitiva y la falta de acción comprometida. El abordaje incluyó técnicas de ACT como defusión, yo como contexto y clarificación de valores, junto con herramientas experienciales como la silla vacía y el Focusing. Los resultados cuantitativos mostraron una mejora limitada y no lineal, con aumentos en ansiedad y autocrítica, estabilidad en el consumo y leves reducciones en soledad y autoestima. No obstante, los hallazgos cualitativos indicaron cambios significativos en la relación del paciente con su malestar, destacando mayor contacto con la experiencia interna, redefinición identitaria, regulación emocional, sentido de agencia y autocompasión. La relación terapéutica fue clave en estos avances. La discusión interpreta los aumentos de puntuaciones como señales de mayor consciencia emocional, coherentes con el objetivo de flexibilización psicológica de ACT. La integración de ACT y TFE se consideró útil para promover procesos emocionales profundos y acción con sentido. Se reconocen limitaciones metodológicas propias del diseño de caso único, así como factores del encuadre y del momento evaluativo. El estudio subraya la relevancia de los enfoques integradores centrados en procesos, así como del cambio cualitativo y la alianza terapéutica en el abordaje de casos complejos.

Palabras clave: estudio de caso, Terapia de Aceptación y Compromiso, autocrítica, ansiedad, soledad, flexibilidad psicológica, evitación experiencial, fusión cognitiva, inactividad, valores.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
1. Importancia y justificación del caso.....	5
2. Bases teóricas y metodológicas	6
2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso	6
2.2. Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)	10
3. Revisión de variables	11
3.1. Ansiedad	12
3.2. Autocrítica.....	13
3.3. Autoestima	13
3.4. Sensación de soledad	14
3.5. Consumo problemático de cannabis	14
4. Objetivo del estudio e hipótesis.....	15
DISEÑO	16
1. Tipo de diseño y enfoque metodológico	16
2. Participantes.....	16
METODOLOGÍA.....	17
1. Recogida de datos.....	17
2. Medidas e instrumentos utilizados	18
PRESENTACIÓN DEL CASO	20
ANTECEDENTES.....	24
1. Antecedentes familiares.....	24
2. Antecedentes relacionales.....	24
3. Antecedentes académicos y laborales.....	25
4. Salud mental e identidad personal	26
EVALUACIÓN INICIAL	26
1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	27
2. Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Cannabis (CUDIT- R) 27	27
3. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).....	28
4. Escala de Niveles de Autocrítica (LOSC)	28
5. Escala de Soledad Social y Emocional (SESLA-S)	28
FORMULACIÓN DE CASO.....	30
1. Factores predisposicionales (origen del problema).....	30

1.1.	Historia familiar y aprendizaje.....	30
1.2.	Eventos significativos	31
2.	Procesos clínicos implicados (Hexaflex).....	33
2.1.	Evitación experiencial.....	33
2.2.	Fusión cognitiva.....	35
2.3.	Yo conceptualizado (falta de autocompasión y búsqueda de validación externa)	36
2.4.	Confusión de valores y desconexión del sentido vital.....	37
2.5.	Falta de acción comprometida y locus de control externo.....	38
2.6.	Desconexión con el momento presente y déficit en aceptación	38
3.	Consecuencias a corto y largo plazo.....	39
4.	Factores de mantenimiento	39
	<i>TRATAMIENTO Y CURSO.....</i>	<i>41</i>
1.	Objetivos e hipótesis	44
	<i>RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.....</i>	<i>53</i>
1.	Resultados cuantitativos.....	53
2.	Resultados cualitativos	62
2.1.	Superación del miedo a la muerte y acceso a la vida.....	62
2.2.	Reencuentro con la acción y el compromiso	62
2.3.	Defusión y redefinición de la identidad.....	63
2.4.	Orgullo y construcción de sentido	63
2.5.	Regulación emocional y gestión de la rabia	64
2.6.	Consciencia del conflicto interno y autocompasión	64
2.7.	Reconciliación con la historia personal y la familia	64
2.8.	Apertura a nuevas formas de conexión.....	65
2.9.	Emergencia del self adulto y sentido de agencia	65
2.10.	Relación terapéutica como base del cambio	66
	<i>DISCUSIÓN.....</i>	<i>67</i>
1.	Integración de los datos con la literatura relevante.....	67
2.	Limitaciones.....	68
3.	Recomendaciones para la práctica clínica e investigación.....	70
4.	Aprendizajes.....	71
	<i>REFERENCIAS</i>	<i>73</i>
	<i>APÉNDICES.....</i>	<i>78</i>

INTRODUCCIÓN

1. Importancia y justificación del caso

El presente trabajo se basa en un estudio de caso único en el que se analiza el proceso terapéutico de un paciente desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), integrando elementos clave de modelos humanistas como la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE).

La elección de este caso se justifica por la diversidad y complejidad de sus problemáticas. La sintomatología más relevante que se ha tenido en cuenta para este estudio de caso incluye ansiedad, autocrítica elevada, sensación de soledad e incomprensión, inactividad persistente, dificultades en la regulación de la rabia, experiencias traumáticas familiares y relacionales, y uso problemático de cannabis. Es importante mencionar que se podrían haber seleccionado otras variables para el estudio, así como elegir otro enfoque psicoterapéutico. Sin embargo, el criterio que se ha seguido ha dependido de las características del paciente, así como de la sintomatología más presente. Entre estas características personales, destacan la desconexión del paciente con sus valores, la evitación como estrategia de regulación y la fusión con sus eventos mentales, entre otras; siendo en gran instancia la causa de un gran malestar a largo plazo.

Además de la complejidad clínica del caso, su valor reside en representar una constelación de problemáticas cada vez más frecuentes en consulta: alta exigencia interna, bloqueo vital, trauma relacional y uso de sustancias (o adicciones, en general) como forma de evasión emocional. Este estudio permite observar de forma integrada cómo estos factores interactúan, y cómo pueden abordarse desde una perspectiva terapéutica que combina el trabajo con valores (ACT) con herramientas emocionales experienciales (TFE). La elección de este caso no solo enriquece la literatura sobre casos clínicos complejos, sino que también ofrece una guía útil para terapeutas que trabajan con pacientes paralizados por ideales rígidos, con una fuerte autocrítica y desconectados de sus propias necesidades emocionales.

Lo que inicialmente se presentaba como un caso de ansiedad y consumo problemático fue revelando un conflicto identitario profundo; atravesado por la necesidad de ser visto, escuchado sin juicio, validado y entendido. En este sentido, el proceso terapéutico no solo implicó el uso de técnicas, sino un encuentro humano; donde el contacto emocional y la alianza terapéutica se convirtieron en motores esenciales del cambio. Este trabajo invita al lector a mirar el sufrimiento humano desde la compasión, la autenticidad y la apertura al cambio.

2. Bases teóricas y metodológicas

2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso

La ACT es una terapia contextual que forma parte de las Terapias de Tercera Generación y se basa en dos pilares teóricos fundamentales: la Teoría del Marco Relacional (TMR) y el Contextualismo Funcional. Su objetivo principal es aumentar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de actuar conforme a los valores personales, incluso en presencia de pensamientos y emociones difíciles (Hayes et al., 1999). Este aumento se logra principalmente mediante la intervención sobre la evitación experiencial, un concepto transdiagnóstico que explica la base de muchos trastornos psicológicos, ya que la evitación del malestar puede reforzar los síntomas. En lugar de intentar eliminar estas experiencias internas, la ACT guía a los pacientes a relacionarse con ellas de manera más abierta, aceptante y flexible, permitiendo que dejen de ser un obstáculo para el cambio. La ACT se centra en seis procesos fundamentales que configuran el modelo Hexaflex: aceptación, defusión cognitiva, “yo” como contexto, atención plena al presente, clarificación de valores y acción comprometida. Asimismo, la ACT utiliza una herramienta para generar cambio llamada desesperanza creativa.

2.1.1. Teoría del Marco Relacional (TMR)

La TMR es una teoría del lenguaje y la cognición que propone que el aprendizaje relacional es la base de la complejidad del lenguaje humano y de la construcción de significados (Hayes, Barnes-Holmes & Roche; 2001). Según esta teoría, las relaciones entre estímulos no son inherentes a los mismos, sino que se establecen a través de procesos de entrenamiento verbal y social. Por ejemplo, una palabra adquiere significado en función de las relaciones arbitrarias que se establecen en el contexto cultural y personal (Barnes-Holmes et al., 2001). Esta perspectiva permite comprender cómo las personas pueden quedar atrapadas en marcos relacionales rígidos que generan patrones de pensamiento inflexibles y respuestas emocionales desadaptativas. La ACT utiliza estos principios para enseñar a los pacientes a desvincularse de narrativas fijas y a desarrollar una mayor flexibilidad cognitiva (Hayes et al., 2001).

2.1.2. Contextualismo Funcional

El Contextualismo Funcional es una postura teórica que sostiene que la comprensión del comportamiento humano debe realizarse considerando el contexto en el que se produce. Este enfoque parte de la premisa de que los procesos psicológicos y las conductas no pueden ser evaluados de manera aislada, sino en función de sus consecuencias y del entorno en el que

se han desarrollado (Biglan et al., 2001). En otras palabras, el significado y la función de un pensamiento o emoción dependen del contexto situacional y de la historia personal del individuo (Hayes, 2004). Así, esta visión pone de relieve la importancia de entender cómo las experiencias internas de una persona se relacionan con sus acciones y elecciones en la vida diaria. Este enfoque es fundamental en la ACT, donde se busca fomentar la flexibilidad psicológica al ayudar al paciente a tomar decisiones alineadas con sus valores, independientemente del malestar o las experiencias internas difíciles.

2.1.3. Flexibilidad Psicológica

Se refiere a la capacidad de una persona para adaptarse de manera efectiva a diferentes situaciones y desafíos en la vida. Esto implica aceptar las experiencias internas desagradables, en vez de evitar o controlarlas, y actuar en dirección a los valores personales. De este modo, se permite responder de manera adaptativa a experiencias internas y externas, en lugar de quedarse atrapado en patrones de evitación o control que pueden ser contraproducentes a largo plazo (Hernández, 2019). Este concepto es el objetivo terapéutico central de la ACT, ya que se considera un predictor clave de bienestar y resiliencia (Hayes et al., 1999). En el caso clínico, el fomento de la flexibilidad psicológica se traduce en la habilidad del paciente para enfrentar sus miedos, aceptar la presencia de emociones dolorosas y actuar en función de sus valores, en lugar de quedar paralizado por la evitación y la autocrítica. Al incrementar la flexibilidad psicológica, se facilita un cambio sostenible que permite al paciente reconstruir su identidad y tomar acciones comprometidas que se alineen con su visión de vida.

2.1.4. Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) como alternativa transdiagnóstica

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) se define como un patrón inflexible caracterizado por acciones dirigidas a controlar o evitar pensamientos, sensaciones, o cualquier otro evento privado considerado desagradable (Hernández, 2019). Este mecanismo de evitación del malestar, si bien en un primer momento puede proporcionar un alivio inmediato, a la larga refuerza patrones de rigidez y limita la capacidad de la persona para interactuar con su entorno de forma efectiva. Esto a su vez limita la capacidad para vivir la vida que se desea. Sin embargo, es importante destacar que no toda evitación experiencial es negativa, ya que puede ser adaptativa en momentos puntuales si se desempeña de manera consciente y no como un hábito o patrón de comportamiento (Luciano et al., 2010).

A diferencia de los enfoques tradicionales de diagnóstico y tratamiento, que suelen centrarse en los síntomas específicos de cada trastorno, lo que puede llevar a intervenciones

fragmentadas (Barlow et al., 2004), la evitación experiencial se presenta como un mecanismo transdiagnóstico común a diversos problemas psicológicos (Hernández, 2019), como la ansiedad, la depresión, el TOC o las adicciones. Este proceso subyacente contribuye al mantenimiento y empeoramiento del malestar psicológico. A diferencia de los enfoques convencionales, que tratan los síntomas sin examinar las funciones de la evitación, la evitación experiencial explica cómo el evitar el malestar interno perpetúa la desconexión con los valores y reduce la calidad de vida.

En el caso que nos ocupa, el paciente utiliza el consumo de cannabis, la rumiación y la inactividad, entre otras estrategias; como un medio para evadir emociones intensas como la ansiedad, la autocrítica y la soledad; o evitar el dolor emocional. Este patrón de evitación experiencial impide que el paciente se conecte de manera genuina con sus sentimientos y valores, perpetuando un ciclo de malestar y desconexión con su vida deseada (Wilson & Luciano, 2002).

2.1.5. Elementos de la ACT

La ACT se articula a través de seis procesos interrelacionados que, en conjunto, promueven la flexibilidad psicológica, dando forma al modelo conocido como Hexaflex.

Aceptación: La aceptación en ACT se refiere a la disposición a experimentar emociones, sensaciones y pensamientos desagradables sin intentar suprimirlos, evitarlos o luchar contra ellos (Hayes et al., 1999). Esta actitud no implica resignación, sino reconocer que ciertos aspectos de la experiencia interna son inevitables y, en lugar de combatirlos, se aprende a convivir con ellos de manera consciente. Se utilizan técnicas de mindfulness y ejercicios de exposición para ayudar al paciente a experimentar plenamente sus emociones sin dejarse dominar por ellas (Hayes et al., 2006).

Defusión cognitiva: La defusión cognitiva consiste en aprender a observar los pensamientos de manera desapegada, sin identificarse, reconociendo que son simplemente eventos mentales y no necesariamente verdades absolutas. Este proceso ayuda a disminuir la fusión entre la identidad y el contenido de los pensamientos (Luciano et al., 2004). Por ejemplo, en lugar de pensar “soy un fracaso” y adoptar esa creencia como parte del yo, el paciente aprende a ver ese pensamiento como un simple dato que surge en la mente: “Me viene el pensamiento de que soy un fracaso”, lo que reduce su impacto negativo en la conducta (Hayes et al., 2006).

Yo como contexto: Este proceso invita a diferenciar entre el “yo contenido” (los pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) y el “yo como contexto”, que es la conciencia que observa y da espacio a esos contenidos. Esta distinción ayuda a desarrollar una perspectiva más amplia y flexible sobre la identidad, permitiendo que la persona se identifique menos con sus pensamientos autocríticos o emociones dolorosas (Hayes, 2004). El “yo como contexto” actúa como un testigo interior que permite observar los procesos internos sin ser arrastrado por ellos.

Atención plena (Mindfulness) al presente: La atención plena se centra en el entrenamiento de la capacidad para estar plenamente presente en el aquí y ahora, sin juicios. Mediante la práctica de mindfulness, el paciente aprende a dirigir su atención de manera consciente y a aceptar la experiencia presente tal como es (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Este proceso es fundamental para contrarrestar la tendencia a la rumiación sobre el pasado o la preocupación excesiva por el futuro, lo que contribuye a reducir la ansiedad y a mejorar la regulación emocional.

Clarificación de valores: La ACT propone que cada individuo tiene valores personales que orientan sus decisiones y acciones. La clarificación de valores consiste en identificar y articular qué es lo verdaderamente importante para la persona, lo que le da un sentido y dirección en la vida (Wilson & Luciano, 2002). Este proceso implica explorar aspectos como la creatividad, la justicia, la conexión interpersonal y otros aspectos significativos que, al ser reconocidos, pueden servir como guía para la acción comprometida.

Acción comprometida: Finalmente, la acción comprometida se refiere a la capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones basadas en los valores identificados, incluso en presencia de emociones o pensamientos adversos (Hayes et al., 1999). Se trata de establecer metas y emprender acciones concretas que se alineen con los valores personales, fomentando así cambios sostenibles en el comportamiento y una vida más plena. Esta dimensión enfatiza que el cambio terapéutico no se limita a la modificación de pensamientos, sino que se manifiesta en la transformación de la conducta a lo largo del tiempo (Hayes & Strosahl, 2004).

2.1.6. Desesperanza creativa

La desesperanza creativa se refiere a un proceso donde el paciente experimenta directamente la ineficacia de sus estrategias de evitación del malestar, no como una imposición externa, sino como un descubrimiento personal. Este proceso implica una confrontación entre lo que el paciente valora, sus acciones y los resultados obtenidos, revelando cómo su intento

de controlar o evitar eventos privados en realidad limita su vida. Al reconocer que sus esfuerzos para eliminar el malestar no han funcionado ni prometen hacerlo en el futuro, el paciente contacta con el dolor asociado a pérdidas y fracasos derivados de la evitación, lo cual se convierte en el punto de partida para un cambio de rumbo. La desesperanza creativa no busca ser un fin en sí mismo, sino un paso necesario para desestabilizar el sistema de evitación del paciente y que este pueda elegir libremente. Al aceptar la falta de control sobre todo lo que desea y exponerse a sensaciones y pensamientos dolorosos, el paciente genera un contexto para elegir responder de otra manera ante el malestar, dirigiéndose hacia una vida más valiosa y asumiendo la responsabilidad de sus elecciones. En esencia, la desesperanza creativa ofrece una alternativa a la regulación (Luciano et al., 2005).

2.2. Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es un enfoque psicoterapéutico que se centra en el proceso emocional, ayudando a los pacientes a explorar, comprender y procesar sus emociones de manera saludable a través de la activación emocional y experiencial. Se basa en la premisa de que las emociones son sistemas organizados que contienen información valiosa sobre las necesidades y experiencias subyacentes de la persona y promueve la transformación de las emociones desadaptativas (Greenberg, 2014).

Esta terapia resalta que las emociones juegan un papel crucial en la experiencia humana y en la toma de decisiones, y su procesamiento adecuado puede fomentar el cambio. Busca promover la regulación emocional y la integración de experiencias emocionales no resueltas, facilitando un mayor autoconocimiento y una mejora en las relaciones interpersonales (Greenberg, 2002). Además, en la TFE se distinguen los tipos de emociones: emociones primarias adaptativas, emociones primarias desadaptativas y emociones secundarias.

El proceso terapéutico incluye el acceso a la experiencia emocional a través de técnicas para conectar al paciente con emociones reprimidas (Greenberg, 2014); la clarificación y diferenciación emocional para distinguir entre emociones primarias y secundarias, ayudando a modificar patrones desadaptativos (Greenberg, 2011); y la transformación emocional, donde el paciente aprende a resignificar emociones problemáticas, favoreciendo la integración y el crecimiento personal (Elliott, 2004).

La TFE es eficaz para pacientes con conflictos internos intensos, permitiendo cambios desde lo emocional hacia lo cognitivo y conductual. En el caso de este estudio es de gran interés

trabajar todos los aspectos emocionales del paciente para precisamente favorecer la regulación emocional y la integración de asuntos no resueltos con familia, amigos e incluso exparejas. Además, conectar con las necesidades profundas del paciente, reorganizar emociones, trabajar sus emociones secundarias para llegar a las primarias, son aspectos cruciales para este caso. También, la aceptación incondicional, la relación terapéutica como base segura y el enfoque experiencial que caracteriza a este modelo son varias de las razones por las que se ha integrado en el enfoque terapéutico de este estudio.

3. Revisión de variables

En este apartado se realiza una revisión de las variables del estudio desde el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), principalmente, complementando con elementos de la Terapia Focalizada en la emoción (TFE).

La ACT se escoge como terapia de elección debido a la evidencia existente sobre su eficacia en problemáticas similares a las del caso abordado. En relación con la adicción al cannabis, esta terapia ha demostrado ser eficaz al abordar la evitación emocional subyacente, común en el abuso de sustancias, incluido el cannabis (Luciano et al., 2010). El foco está en desarrollar una vida alineada con los valores personales, siendo esencial afrontar el malestar derivado de la abstinencia y pensamientos dolorosos asociados. Las herramientas centrales de ACT, como la defusión cognitiva (desidentificación con el síntoma), la aceptación de sensaciones de malestar, el establecimiento de metas y el contacto con las experiencias internas difíciles, resultan fundamentales para el trabajo terapéutico en adicciones.

Asimismo, hay evidencia del impacto de ACT en la reducción de la sintomatología ansiosa (Hernández, 2019) al promover la flexibilidad psicológica. Esta se define como la capacidad de aceptar y manejar pensamientos negativos sin dejar que dominen la conducta. A través de la autoaceptación y la apertura a experiencias internas desagradables, se reduce el juicio y la autocrítica, variables relevantes en este caso clínico.

En cuanto a la regulación emocional, ACT contribuye a mejorarla al cambiar la relación del paciente con sus emociones, promoviendo la aceptación en lugar de la evitación, el control o la supresión (Gutiérrez et al., 2004). Esta aceptación genera flexibilidad psicológica y permite clarificar valores y reducir la fusión con pensamientos autocríticos o desagradables, produciendo mayor distancia con respecto a los eventos internos (De la Viuda-Suárez & Casas-Posada, 2020).

Este enfoque se ve enriquecido por la inclusión de elementos de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Mientras que ACT se centra en la flexibilidad psicológica y el compromiso con los valores, la TFE aporta herramientas más experienciales y corporales para trabajar la autocrítica, la evitación emocional y la integración de emociones complejas. Esta combinación terapéutica permite una intervención más profunda y completa, en la que se favorece no solo la aceptación de las experiencias internas, sino también su procesamiento emocional desde una perspectiva vivencial.

Se ha considerado pertinente incorporar aspectos de la TFE por su enfoque en el cuerpo y las emociones, a través de técnicas como el Focusing o focalización en las sensaciones corporales (Gendlin, 2003), así como por su comprensión de la evitación experiencial como una forma de autotratamiento emocional. Estas aportaciones resultan especialmente útiles para abordar la autocrítica, una variable central en este caso, desde un trabajo más vivencial y compasivo. De este modo, la TFE complementa el abordaje propuesto por ACT, que se centra en la acción comprometida, la aceptación y la conexión con los valores personales.

La integración de ambos modelos ofrece una estrategia integradora que permite abordar el sufrimiento del paciente de manera más holística. No solo reduciendo síntomas, sino también facilitando un proceso de autoconocimiento y cambio sostenido a través de la acción comprometida. Este enfoque combinado facilita la toma de consciencia, el desarrollo de recursos internos y el compromiso con una vida más plena y significativa. Esta estrategia terapéutica integrada ofrece una intervención más personalizada y alineada con las necesidades del caso.

A continuación, se analizan las variables clínicas identificadas en el caso desde este enfoque integrador.

3.1. Ansiedad

En la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la ansiedad se entiende como una reacción evolutiva natural del ser humano ante situaciones percibidas como inciertas o amenazantes. En lugar de enfocarse en reducir o eliminar la ansiedad, la ACT busca modificar la relación que la persona tiene con ella, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica. Esta flexibilidad psicológica supone dar la oportunidad de experimentar la ansiedad sin estar luchando con ella (León-Quismondo et al., 2014). A diferencia de enfoques como la Terapia Cognitivo-Conductual que trabaja en la reestructuración de pensamientos ansiosos, la ACT

enfatisa la aceptación de estas experiencias sin intentar controlarlas ni evitarlas. La lucha constante contra la ansiedad puede generar evitación experiencial, lo que paradójicamente intensifica el malestar (Barraca, 2007). Mediante estrategias como la aceptación, la defusión cognitiva y la clarificación de valores, la ACT permite que la ansiedad no controle las acciones del individuo, facilitándole avanzar hacia una vida significativa a pesar de la presencia de sensaciones desagradables (Hayes et al., 1999). Por otro lado, desde la TFE y su uso de técnicas de Focusing (focalización en el cuerpo) permite abordar la ansiedad desde la exploración corporal, lo que complementa la línea de trabajo de la ACT al facilitar una mayor distancia respecto a estas sensaciones, ayudando al paciente a sentir que es más que su experiencia de ansiedad.

3.2. Autocrítica

Desde la perspectiva de la ACT, la autocrítica se define como una forma rígida de relación con los pensamientos autocríticos, en la que la persona tiende a fusionarse con ellos de manera destructiva. Este proceso limita la capacidad de la persona para actuar de acuerdo con sus valores y metas, incrementando el sufrimiento emocional. En lugar de tratar de eliminar o modificar estos pensamientos, la ACT se enfoca en ayudar a la persona a tomar distancia de ellos mediante técnicas como la defusión cognitiva (Ruiz, 2010). Esta técnica permite observar los pensamientos y sensaciones sin identificarse con ellos, lo que reduce su impacto y poder sobre el individuo, promoviendo una relación más flexible con la autocrítica. La técnica de Focusing dentro de la TFE complementa este proceso al enseñar al paciente a “colocarse al lado” de estas sensaciones, en lugar de verse atrapado en ellas (Gendlin, 2003). De este modo, se puede aprender a identificar y aceptar la autocrítica sin identificarse con ella, permitiendo una mayor flexibilidad psicológica. Asimismo, la Terapia Focalizada en la Emoción, aborda la autocrítica desde un enfoque experiencial, separando la parte del self crítico y situándola “enfrente” de la persona para poder dialogar con ella a través de la silla vacía, permitiendo avanzar hacia un proceso de autocompasión.

3.3. Autoestima

La psicología humanista define la autoestima como la autoaceptación que surge al reconocer el propio valor y las capacidades, lo que permite tomar decisiones congruentes con el verdadero yo. Sin embargo, desde la ACT, no es necesario reconocer la valía previamente para tomar decisiones congruentes. En lugar de enfocarse en mejorar la autoevaluación, la ACT

propone que actuar en función de lo que es valioso fomenta una mayor confianza en las propias capacidades. En ACT, la autoestima no se busca como un objetivo en sí mismo, sino que emerge cuando la persona se alinea con sus valores personales y actúa conforme a lo que realmente le importa. En lugar de intentar mejorar su autoevaluación, la ACT favorece la aceptación de las experiencias internas sin juzgarse, promoviendo la acción comprometida hacia lo que es valioso. A través de metáforas, como la de “cuidar tu jardín” se refuerza la idea de centrarse en lo que es importante, sin compararse ni depender de la validación externa. Además, se trata de cuidar y cultivar lo que uno valora, en lugar de enfocarse en el "jardín" de los demás. Esto genera una sensación de autoaceptación y valía interna (Macías, 2023).

3.4. Sensación de soledad

En la Terapia de Aceptación y Compromiso, la sensación de soledad se entiende como una experiencia interna relacionada con la desconexión o el aislamiento, ya sea de los demás o de uno mismo. En lugar de intentar eliminar la sensación, se pretende transformar la relación que la persona tiene con ella, promoviendo la aceptación de la experiencia sin juzgarla ni evitarla. El objetivo es que la persona pueda vivir una vida significativa, actuando según sus valores, aun conviviendo con la presencia de la soledad (Hayes et al., 1999). Por otro lado, desde el enfoque de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se puede profundizar en la experiencia física y emocional de la soledad. Al combinar la TFE y la ACT, se invita a la persona a localizar la sensación de soledad en el cuerpo, y se crea cierta distancia con ella para que se explore de una forma menos fusionada y más flexible. Desde la TFE, la soledad puede estar vinculada al abandono del self o a la falta de validación emocional del entorno. Se trabaja integrando y procesando estas emociones para fomentar la autocompasión y la reconexión emocional, ayudando al paciente a procesar las emociones asociadas con este sentimiento. La validación emocional y la seguridad del vínculo aquí es clave para integrar y procesar la sensación de soledad.

3.5. Consumo problemático de cannabis

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el consumo problemático de cannabis puede entenderse como una conducta que, en muchos casos, está relacionada con la evitación experiencial, es decir, el intento de evitar o reducir estados internos desagradables como la ansiedad o la soledad. La ACT no se centra en etiquetar el consumo como "bueno" o "malo", sino en explorar si esta conducta está alineada con los valores de la persona y si le

permite llevar una vida significativa. En lugar de centrarse exclusivamente en la reducción del consumo, la ACT trabaja en ayudar a la persona a desarrollar mayor flexibilidad psicológica, permitiéndole experimentar sus pensamientos y emociones sin necesidad de recurrir a estrategias de evasión. Se utilizan técnicas como la defusión cognitiva y la aceptación para que la persona pueda observar sus impulsos sin actuar automáticamente sobre ellos, promoviendo elecciones más conscientes y alineadas con sus valores (Hayes et al., 1999). Desde el enfoque de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), el consumo de cannabis puede interpretarse como una respuesta emocional ante necesidades no reconocidas o validadas. A través de la exploración de la experiencia corporal y emocional, estos enfoques permiten al individuo conectar con la función emocional del consumo, procesando las sensaciones y necesidades subyacentes en lugar de reprimirlas con el uso de sustancias.

4. Objetivo del estudio e hipótesis

El presente estudio tiene como objetivo general analizar el caso clínico de un paciente para comprender su evolución a lo largo del tratamiento, así como las interacciones entre ambos. Además, busca evaluar si la terapia implementada (ACT) genera cambios emocionales y conductuales significativos, considerando tanto sus beneficios como posibles efectos adversos.

De manera más específica, el estudio pretende contextualizar el caso y describir en detalle los síntomas, antecedentes y dificultades presentados por el paciente. Asimismo, se propone examinar los resultados obtenidos a través de los instrumentos clínicos empleados, con el fin de evaluar su progreso a lo largo de las sesiones. También se analiza la adherencia al tratamiento y los factores que pueden influir en ella, identificando posibles limitaciones del caso y extrayendo aprendizajes relevantes para el manejo clínico.

A partir de estos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis de investigación. En primer lugar, se espera que existan diferencias significativas en las puntuaciones de los instrumentos psicométricos entre la evaluación pre y post tratamiento, lo que indicaría cambios en las dimensiones emocionales y conductuales del paciente. Además, se prevé que la reducción de síntomas como la ansiedad, la autocrítica y la sensación de soledad, junto con la disminución en el consumo de cannabis y el aumento en la autoestima, se correlacionen con una mayor adherencia al tratamiento y la percepción de que la terapia ha sido efectiva en la mejora de su bienestar.

DISEÑO

1. Tipo de diseño y enfoque metodológico

El diseño de este estudio de caso único corresponde a un enfoque de investigación cualitativo y descriptivo, ya que se centra en explorar en profundidad el proceso terapéutico de un único paciente en su contexto clínico, analizando su experiencia subjetiva y su evolución, además de documentar el desarrollo del caso. Asimismo, es un diseño longitudinal, dado que se observan los cambios y patrones a lo largo de varias sesiones para evaluar la evolución del paciente en el tiempo.

La investigación se llevó a cabo en el Centro Psicológico SMC en Madrid. Este es un centro de psicología clínica caracterizado por ofrecer psicoterapia desde una perspectiva de la psicología integral y humanista. Dicho centro aborda el tratamiento de diferentes problemas emocionales tanto en terapia individual como en terapia de pareja o familia.

2. Participantes

Al ser un estudio de caso único, hay un solo participante, cuya identidad es completamente confidencial. Este paciente accedió al centro a través de un programa especial de terapia a tarifa reducida, el cual permite la intervención clínica por parte de alumnos en formación que cursan el Máster de Psicología General Sanitario. En este caso, el paciente había participado previamente en dos procesos terapéuticos en el mismo centro, por lo que el presente estudio se enmarca dentro de su tercer proceso de tratamiento.

Tras el interés de continuar tratándose en el Centro Psicológico SMC, se le asignó una terapeuta y una coterapeuta para trabajar su caso. Ambas, graduadas en Psicología y alumnas de la Universidad Pontificia Comillas, estudiantes del Máster en Psicología General Sanitaria y el Máster en Psicoterapia Humanista, Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción. Asimismo, cabe destacar que este caso fue supervisado de manera periódica y constante por la directora del centro de prácticas, así como por un equipo de psicólogos en formación.

Por otro lado, el paciente fue seleccionado debido al interés académico del caso, explicado en la importancia y justificación del caso.

Se informó al paciente de las características de esta investigación, proporcionándole el espacio y el tiempo necesarios para que tomara una decisión de manera libre y voluntaria.

Posteriormente, se le entregó el consentimiento informado, el cual fue completado y firmado. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad en múltiples ocasiones, enfatizando la obligatoriedad de la evaluación del Comité de Ética. Cabe destacar que este estudio cuenta con la aprobación tanto de la directora del centro como del mencionado comité ético (Apéndice 1).

METODOLOGÍA

1. Recogida de datos

Para la recogida de datos, se estableció contacto con el paciente en el marco de la oportunidad de desempeñarse como psicóloga en terapia de bajo coste, en colaboración con la coterapeuta Irene Mondéjar, en el Centro Psicológico SMC, lugar donde se llevó a cabo la intervención. A lo largo de las sesiones entre septiembre de 2024 y mayo de 2025, se recopilaban todos los datos pertinentes para esta investigación, contando en todo momento con el consentimiento informado del paciente.

La recopilación de datos se realizó mediante la aplicación de cinco cuestionarios psicométricos, seleccionados rigurosamente en función de los objetivos de la investigación y las variables de interés del caso. Entre los instrumentos utilizados se encuentran el STAI (Stait-Trait Inventory) y la RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale), entre otros, con el propósito de evaluar las dimensiones relevantes del estudio. Se empleó un diseño de medidas pre-post, administrando los cuestionarios al inicio y al final del proceso terapéutico, con el objetivo de contrastar los resultados y analizar cuantitativamente la eficacia de la intervención. Asimismo, se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (DH), en particular los principios 24 y 25, con el fin de salvaguardar la privacidad y el consentimiento del paciente en esta investigación científica.

Adicionalmente, la recopilación de datos incluyó diversas fuentes cualitativas, tales como entrevistas clínicas, registros de sesiones documentados por la investigadora y observación directa. Este enfoque permitió un análisis más profundo y detallado de los cambios experimentados por el paciente en términos de bienestar emocional, comportamiento y percepciones a lo largo del proceso terapéutico.

Finalmente, tras el análisis de los datos obtenidos, se evaluó la eficacia del tratamiento en función de los objetivos terapéuticos planteados, examinando su impacto en la evolución de las variables dependientes.

2. Medidas e instrumentos utilizados

La metodología adoptada en este estudio se fundamenta en una perspectiva centrada en el proceso terapéutico, en la que cada sesión constituye un punto de monitoreo continuo y dinámico de la evolución del paciente. Aunque la esencia de esta intervención reside en la observación y formulación del caso de manera sesión a sesión, se ha optado por la incorporación de evaluaciones pre-post tratamiento mediante instrumentos psicométricos específicos. Esta estrategia permite operativizar de manera precisa y detallada los cambios en las variables de interés, facilitando la cuantificación del impacto terapéutico. De este modo, se integra la evaluación continua del proceso con medidas estandarizadas que enriquecen la formulación del caso y aportan evidencia empírica del progreso obtenido a lo largo de la intervención.

El objetivo principal es analizar si los resultados varían entre el pre y el post tratamiento, así como las posibles razones de dichos cambios.

En este contexto, se describen a continuación las características de los instrumentos utilizados en esta investigación.

El primer instrumento empleado es el **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**, desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, y adaptado en 1982 por TEA. Este cuestionario está diseñado para evaluar la ansiedad en dos dimensiones diferenciadas: la ansiedad de estado, que refleja el nivel de ansiedad transitoria en un momento determinado, y la ansiedad rasgo, que mide la predisposición estable del individuo a experimentar ansiedad. Consta de 40 ítems organizados en dos subescalas de 20 ítems cada una, los cuales se responden mediante una escala tipo Likert. Su uso en el presente estudio resulta crucial para comprender la variabilidad emocional del paciente a lo largo del proceso terapéutico, especialmente en enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso, donde la gestión de la ansiedad es un objetivo central. Además, su fiabilidad ha sido ampliamente respaldada en estudios previos con coeficientes de consistencia interna que suelen superar los 0.80, lo que garantiza su precisión en la evaluación de los síntomas ansiosos.

El cuestionario **Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)**, desarrollado por Blatt, D'Afflitti y Quinlan en 1976, es una herramienta fundamental para evaluar la autocrítica, una variable relevante en el tratamiento de la regulación emocional y el desarrollo de la autocompasión. Este cuestionario mide dos dimensiones principales: la autocrítica interna, que

se refiere a la autoevaluación negativa y severa; y la autocrítica comparativa, relacionada con la internalización de estándares sociales y la tendencia a compararse con los demás. La escala está compuesta por aproximadamente 20 a 25 ítems, que se responden mediante un formato tipo Likert, permitiendo cuantificar la intensidad y la frecuencia de los pensamientos autocríticos. La información proporcionada por el LOSC es de gran valor en la formulación del caso, ya que facilita la identificación de patrones cognitivos desadaptativos que pueden interferir en el progreso terapéutico. En estudios previos, este instrumento ha demostrado altos niveles de fiabilidad, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0.80, lo que respalda su validez y utilidad en contextos clínicos.

Para la evaluación de la autoestima, se ha empleado la **Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)**, originalmente desarrollada por Rosenberg en 1965 y adaptada al español por Atienza, Balaguer y Moreno en el año 2000. Este cuestionario permite obtener una medida global de la autoestima a través de 10 ítems formulados en una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde el paciente indica su grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones relacionadas con su autopercepción. Su aplicación en este estudio es relevante, dado que la autoestima influye significativamente en la flexibilidad psicológica y la regulación emocional, aspectos clave en las terapias empleadas. La RSES es ampliamente utilizada en investigación y en el ámbito clínico debido a su validez y fiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach que suelen situarse por encima de 0.80, lo que garantiza la consistencia de las mediciones obtenidas.

Para analizar la experiencia de soledad en el paciente, se ha utilizado la **Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Version (SESLA-S)**, desarrollada por DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross y Burgess en 2004 y adaptada al español por Yárnoz (2008). Este instrumento distingue entre dos dimensiones de la soledad: la soledad social, que refleja la ausencia de vínculos interpersonales, significativos; y la soledad emocional, que se relaciona con la falta de relaciones afectivas profundas. La SESLA-S consta de aproximadamente 15 ítems, administrados en una escala tipo Likert, que permiten evaluar la intensidad y frecuencia de la sensación de soledad. Este instrumento es especialmente útil en el contexto terapéutico, ya que proporciona información detallada sobre áreas en las que se puede enfocar la intervención para mejorar el bienestar emocional del paciente. La escala ha demostrado ser fiable en distintos estudios, con coeficientes de consistencia interna elevados, lo que avala su uso en evaluación clínica.

Por último, para la evaluación del consumo de cannabis y su posible impacto en la salud mental del paciente, se ha empleado el **Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R)**, desarrollado por Adamson y colaboradores (2010). Este cuestionario consta de 8 ítems diseñados para detectar el uso problemático de cannabis y evaluar su gravedad. Se basa en una escala tipo Likert, lo que permite cuantificar la frecuencia y las consecuencias del consumo. La información proporcionada por el CUDIT-R es crucial para identificar patrones de consumo que puedan estar interfiriendo en el proceso terapéutico y en el bienestar general del paciente. Su fiabilidad ha sido respaldada en múltiples estudios, mostrando altos niveles de validez predictiva y consistencia interna, lo que lo convierte en un recurso fundamental en la detección temprana de trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

La combinación de estos instrumentos posibilita una evaluación integral que abarca las variables de interés del estudio. Aunque el enfoque principal se encuentra en la monitorización continua del proceso terapéutico, la implementación de estas escalas proporciona una base cuantitativa robusta que complementa dicha observación y permite un análisis más preciso de los cambios experimentados por el paciente tras la intervención.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En este estudio de caso, el paciente recibirá el nombre de X. para asegurar su confidencialidad.

X. es un hombre de origen español de 28 años con grandes aspiraciones de convertirse en actor y escritor, pero actualmente se encuentra muy bloqueado. Su mayor dificultad radica en una marcada inactividad. Se muestra como una persona soñadora, con una fuerte implicación en causas sociales y un claro deseo de expresarse artísticamente. Su núcleo familiar está compuesto por su padre, su madre, una hermana mayor y una hermana menor. Los padres se separaron recientemente, lo que implicó que la madre abandonara temporalmente la vivienda familiar, aunque posteriormente regresó. La hermana menor aún vive con ellos, mientras que la hermana mayor ya se ha independizado. La familia reside en Granada, aunque X. se trasladó a Madrid hace tres o cuatro años con la intención de independizarse y poder desarrollar su vocación artística.

Ha atravesado dos procesos terapéuticos previos que considera valiosos en su evolución personal. El primero de ellos tuvo lugar en 2022, motivado por una fuerte ansiedad social y un gran miedo a ser juzgado. En aquel momento, también comenzó a explorar su ambivalente

relación con el padre. El segundo proceso inició en marzo de 2024, cuando consultó debido a una inactividad prolongada de tres años y sentimientos persistentes de tristeza. Aunque en ese espacio se abordaron sus ideas suicidas, no se trabajó su consumo de marihuana. Aun así, se profundizó en su autoconcepto, relaciones familiares, y situación profesional. Sin embargo, esa terapia finalizó de forma abrupta por motivos económicos. Gracias a los informes del Centro SMC sobre esos procesos previos, fue posible reconstruir aspectos relevantes de su historia que se amplían en el apartado de antecedentes.

El tercer y actual proceso comenzó en septiembre de 2024. X. llega a terapia con un miedo persistente a “morir en cualquier momento”, acompañado de pensamientos catastróficos e hipervigilancia física, aunque sin ideación suicida activa. Refleja un profundo sentimiento de soledad e incompreensión, así como el deseo de salir de su parálisis vital y entenderse mejor. Si bien ha logrado mantener un empleo estable, no lo considera afín a sus verdaderas aspiraciones. Persisten las dificultades en sus vínculos afectivos, tanto familiares como amistosos, y el sufrimiento por la pérdida de su expareja (a quien considera el “amor de su vida”) está muy presente. Esta figura fue significativa en múltiples aspectos: compartieron el inicio del consumo de marihuana y ella lo introdujo al activismo social, lo cual refuerza su carga afectiva.

En este contexto, el paciente presenta un cuadro complejo en el que convergen síntomas clínicos, patrones disfuncionales de relación y dinámicas emocionales relevantes, que se detallan a continuación.

Inactividad globalizada, vivida como una parálisis vital que le impide avanzar hacia sus objetivos personales y profesionales. Esta inactividad no surge de una falta de deseo, sino más bien de un bloqueo interno acompañado de pensamientos autocríticos, una fuerte exigencia interna y un patrón de procrastinación. Se siente atrapado en un ciclo de frustración y autorreproche, que alimenta sentimientos de inutilidad y desesperanza.

A ello se suma que expresa **expectativas muy elevadas sobre sí mismo**, tanto en el ámbito artístico como en su vida en general, pero no suele acompañarlas de planes concretos o estrategias sostenidas. Sus metas tienden a ser ideales sin una planificación realista, y los caminos hacia ellas se perciben como constantemente obstruidos por miedos, inseguridades y una profunda desorganización interna. Esta dinámica configura un círculo de frustración en el que el deseo de avanzar se ve bloqueado por un funcionamiento caótico, lo que limita su capacidad para sostener el esfuerzo en el tiempo y refuerza su malestar.

Ansiedad persistente, tanto generalizada como social. A nivel físico, manifiesta una marcada hipervigilancia somática y miedo irracional a padecer enfermedades graves, con pensamientos recurrentes sobre la muerte. A nivel interpersonal, teme ser juzgado o incomprendido, lo que a menudo le lleva a evitar situaciones sociales o a mostrarse excesivamente contenido en ellas.

Uso problemático de marihuana, que ocupa un lugar ambivalente en su vida. Si bien reconoce sus efectos desmotivadores, lo asocia a momentos en los que ha sentido mayor conexión consigo mismo, como durante la escritura o la práctica física. Considera que fumar le permite acceder a su mundo interno y despertar su creatividad, lo cual dificulta una visión crítica del consumo y obstaculiza intentos de cesación. A esto se suma el componente nostálgico y vincular que implica, dado que comenzó a fumar con su expareja.

Relaciones familiares ambivalentes y dolorosas. Describe a su madre como una figura invasiva pero emocionalmente ausente y negligente respecto a su salud. En contraste, evoca a su padre como alguien autoritario, distante y violento, cuya influencia ha dejado una huella profunda. Estas figuras parentales han contribuido a una vivencia interna marcada por el abandono y la desprotección, y, por ende, a una dificultad para confiar en los otros.

Autocrítica severa, profundamente enraizada en sus experiencias vinculares tempranas. La vivencia de una madre invasiva pero emocionalmente ausente, y de un padre crítico y violento, parece haber configurado una voz interna exigente y crítica. Esta voz opera como un filtro hostil a través del cual se interpreta a sí mismo y al mundo. A menudo se juzga con dureza, se percibe como insuficiente y siente que no está a la altura de sus propios estándares ni de los de los demás. Esta dinámica interna ha dado lugar también a una sensación persistente de hostilidad hacia el entorno y a una intensa rabia dirigida tanto hacia fuera como hacia sí mismo. La validación externa, el rendimiento artístico y el compromiso social se han convertido en referentes clave para sostener su autoestima, lo que refuerza su fragilidad ante el error o la inacción.

Impulsividad y dificultades en la autorregulación emocional. Tiene dificultades para sostener estructuras internas que le permitan planificar y organizar su vida cotidiana. A menudo actúa en función de impulsos, como el sexo ocasional, que vive como una vía de conexión emocional momentánea, o el juego (específicamente la ruleta), al que recurre en momentos de necesidad económica, pese a que le genera un conflicto con sus valores.

Considera estas conductas parte de una "mentalidad de pobre", de la que desea alejarse, aunque también critica las estructuras de poder asociadas al privilegio económico, lo que genera una tensión identitaria constante.

Contradicciones internas y confusión identitaria, particularmente entre su deseo de éxito económico y su posicionamiento crítico frente a los sectores privilegiados. Esto le genera un conflicto moral que alimenta su insatisfacción y sus dudas sobre quién es y qué desea realmente.

Relación no resuelta con su expareja, que representa tanto un ideal romántico como un anclaje emocional al pasado. La separación aún no ha sido elaborada, y el recuerdo de esta relación refuerza tanto su dependencia emocional como la idealización de una etapa más satisfactoria de su vida.

Conductas evitativas. Tiene una marcada tendencia a evitar el contacto con emociones difíciles mediante el consumo, la fantasía o la sobreintelectualización. Esto impide una elaboración más profunda de sus conflictos.

Ideales desmedidos sin planificación concreta. Suele plantearse metas elevadas en el ámbito artístico o personal, pero rara vez las acompaña de pasos realistas o sostenidos. Esta distancia entre el ideal y la acción refuerza su frustración y sensación de ineficacia.

En resumen, el paciente llega a terapia con un cuadro complejo, en el que convergen síntomas ansiosos y depresivos, un uso problemático con el consumo de marihuana que aún no ha podido revisar a fondo, bloqueos vitales, dificultades relacionales, y un autoconcepto frágil y condicionado por la autocrítica. Todo ello se enmarca en una historia personal en la que se entrelazan altos niveles de sensibilidad, aspiraciones idealistas, experiencias vinculares ambivalentes y carencias afectivas que han dejado huella en su forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo. La terapia se presenta como un espacio de exploración y reconfiguración, donde pueda ir construyendo una forma de estar en el mundo más alineada con sus deseos auténticos y menos condicionada por la evitación, la autocrítica y contradicciones heredadas de su historia.

ANTECEDENTES

1. Antecedentes familiares

X. nació en Granada en un ambiente familiar conflictivo caracterizado por un padre descrito como “maltratador psicológico” y “machista” y una madre “sumisa” y “alcohólica”. Desde la infancia, X. ha estado expuesto a una dinámica familiar marcada por la crítica constante de su padre, lo que ha influido en su autoconcepto y autoestima. Se siente “el loco de la familia” y su inseguridad actual está relacionada con el hecho de haber sido ridiculizado por decir lo que piensa desde pequeño. Además de las críticas y humillaciones recibidas por parte de su padre, siente arrastrar el trauma ocasionado por las peleas presenciadas de sus padres, generando en él un cúmulo de ira y resentimiento. Esta ira se ha canalizado mucho en el desarrollo de una sensibilidad hacia la injusticia social, lo que ha alimentado su rabia y su crítica hacia el mundo que le rodea. Se debe entender que su relación con su padre ha estado enmarcada en la dependencia económica hasta mayo de 2024.

Por otro lado, el paciente se acostumbró de pequeño a “callarse, reprimir sus emociones y no hacer ruido”, ya que la dinámica familiar no favorecía una atmósfera de escucha ni comprensión de las ideas y necesidades del paciente. Esto ha desembocado en una represión de ciertas emociones como la tristeza y la expresión de la vulnerabilidad, y una expresión muy elevada de enfado y rabia. El paciente revela sentir mucho rencor hacia su progenitor por haberle marcado su personalidad en cuanto a represión y limitación de sí mismo. Además, la crítica constante de su padre le ha influido mucho en su historia, hasta el punto de internalizar un diálogo interno muy negativo. Se puede observar cómo se critica en base a lo que piensan los demás. También, refiere que sus padres bebían alcohol diariamente durante su infancia, aunque X. los describe como “funcionales”. El clima familiar fue tenso y marcado por el conflicto y el maltrato psicológico. Desde la necesidad de alejarse de esta situación, X. decidió mudarse a Madrid. Con la hermana mayor refiere haber tenido una buena relación, ya que siente que “comparten el trauma”. Sin embargo, mantiene una relación más distante con la hermana menor, aunque es realmente importante para él.

2. Antecedentes relacionales

En cuanto a sus antecedentes relacionales, destaca su relación con Y. ya que fue un vínculo muy significativo en su vida, el cual influyó de manera positiva en su autoestima. La relación se volvió a distancia cuando ella se mudó a Londres, y él no se mudó con ella, lo que

llevó a la ruptura de la pareja. Siente que ella le dejó porque no tenía trabajo y por su trauma, y lo justifica diciendo que ahora “le toca lidiar con las consecuencias”. Ahora, mantiene su vínculo emocional hacia ella fumando marihuana.

Tras esta relación, X. ha tratado de encajar con otras personas, pero no ha logrado sentirse igual de cómodo ni conectado emocional e intelectualmente. Aunque ha mantenido una relación intermitente con una chica, no ha vuelto a sentir una conexión profunda con nadie. Esto le produce cierta disonancia cognitiva, ya que no es un vínculo que quiera mantener de manera amorosa pero no se ha sentido capaz de cortar. Del mismo modo le ocurre con sus amigos desde la infancia, no se siente que están en el mismo punto y esto le ocasiona un conflicto interno. Este dilema le mantiene en una posición de pasividad, viéndose en una posición complicada entre las ganas de avanzar y el miedo a dejarlos atrás. No mantiene vínculos significativos, y las amistades que tiene no le llenan, llegándole a causar gran conflicto por el choque de valores que existe. Además, uno de sus amigos más cercanos ha ejercido gran parte de la crítica que ha recibido en su vida, aparte de su padre. Esto le lleva a hablar de soledad e insatisfacción. Siente que sus amigos actuales no le entienden y se sienten atacados por sus opiniones sobre la sociedad. Por otro lado, las amistades que busca con mujeres acaban en sexo. Él mismo admite tener cierta problemática con este tema desde hace tiempo.

3. Antecedentes académicos y laborales

El paciente se define como un mal estudiante, de hecho, no hizo selectividad ni fue a la universidad.

Al abordar sus antecedentes profesionales, encontramos que se mudó a Madrid para perseguir su carrera como actor, escritor o artista en general, buscando un trabajo “no normativo”. Le gustaría escribir sobre temas políticos y sociales pero su crítica interna y el temor al juicio externo le interrumpen esta aspiración. Al llegar a Madrid, trabajó de cara al público, pero se sentía muy tímido y renunció tras un episodio de llanto con su jefa. Se sentía “nervioso, enfadado y que perdía el tiempo” en trabajos que no eran creativos. Pudo vivir sin trabajar gracias al dinero que recibía de su padre, pero tras dejar de darle una manutención, X. comenzó a trabajar en puestos más “normativos” que le permitieran subsistir. Mientras dependía económicamente de su padre, criticaba a quienes tenían “trabajos normativos”. Sin embargo, al quedarse sin dinero, reconoció que “sin dinero no puedes pensar en nada más”. Ahora, tiene un trabajo estable que le aporta seguridad y estatus, orgulloso de poder decir que

tiene un trabajo. Asimismo, le da gran valor al dinero por sentir que “nunca lo ha tenido”. Le gustaría ser rico y aborrece la “mentalidad de pobre”.

4. Salud mental e identidad personal

Es importante destacar que ha tenido pensamientos de acabar con su vida en tres ocasiones, detonadas por la ruptura amorosa con su expareja, Y. Como se mencionaba, su adicción al cannabis tiene origen en su relación con su expareja, quien le introdujo a esta droga.

A pesar de haber avanzado mucho en esto gracias a diferentes procesos terapéuticos, aún existen sensaciones de vergüenza e inferioridad. Desde pequeño, ha tenido ciertos problemas con su imagen corporal, no le gustaba comer, pero ha aprendido a disfrutar de la comida desde que reside en Madrid.

En cuanto a su autoconcepto, en el pasado se consideraba una persona introvertida y tímida. A nivel emocional, sigue sintiendo que sus vínculos actuales no le sostienen emocionalmente. Internamente, tiene un diálogo autocrítico muy influido por las voces de su entorno, lo que refuerza una visión negativa de sí mismo. A nivel identitario, se encuentra en una búsqueda constante por definirse fuera de los moldes familiares, económicos o culturales impuestos. Este proceso le genera un conflicto entre el deseo de ser auténtico y el miedo al rechazo. Su sensibilidad hacia las injusticias sociales y su aspiración artística hablan de una dimensión ética y creativa potente, al igual que de una gran necesidad de expresión. Sin embargo, esto convive con bloqueos internos derivados del trauma, el miedo y la vergüenza.

En definitiva, su historia familiar, sus relaciones interpersonales y su evolución profesional han moldeado una identidad en constante construcción. Esto revela una compleja encrucijada de factores que contribuyen en gran medida a su malestar emocional. Su proceso en este estudio se centra en redefinir su identidad, aprender a gestionar sus emociones y dar pasos concretos hacia la vida que desea construir desde una mirada más autocompasiva.

EVALUACIÓN INICIAL

Para el proceso inicial de evaluación del paciente se emplearon tanto métodos cualitativos como cuantitativos. En el enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas clínicas y observación directa. En cuanto a los métodos cuantitativos, se administraron diversas pruebas psicométricas, incluyendo cuestionarios, test estandarizados o escalas de evaluación.

Desde la perspectiva cualitativa, se identificaron en el paciente rasgos de ansiedad y una marcada autocrítica. Además, se percibe una gran sensación de soledad e incomprensión, manifestando una fuerte dependencia emocional del entorno, al que considera determinante para su propio cambio personal. Asimismo, convive con altos niveles de ira y frustración, los cuales regula mediante el consumo habitual de marihuana. El paciente también presenta un temor significativo al fracaso, el cual interfiere en diversas áreas de su vida: laboral, social, personal y romántica.

A pesar de estas dificultades, muestra un interés genuino por el aprendizaje y un fuerte deseo de influir en la sociedad a través de sus ideas sociopolíticas. No obstante, se evidencia una adicción severa al cannabis, con un patrón de consumo diario. Esta sustancia junto a otros factores como la autocrítica y el miedo al fracaso le dificultan su avance personal hacia metas valiosas como la expresión artística o la posibilidad de obtener una vida más satisfactoria.

Respecto a la parte más cuantitativa, los instrumentos utilizados arrojaron los siguientes resultados:

1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El paciente ha obtenido una puntuación elevada tanto en la subescala de **ansiedad como estado** (puntuación **26/60**, centil **69**) como, especialmente en la de **ansiedad como rasgo** (puntuación **32/60**, centil **88**). Estos resultados indican que no solo experimenta ansiedad con facilidad en situaciones específicas, sino que también presenta una predisposición estable a reaccionar con ansiedad ante diversas circunstancias. Estos resultados son coherentes con los síntomas clínicos observados en sesiones, como la hipervigilancia, la catastrofización y el miedo constante a que ocurra una tragedia. Esta alta puntuación era esperada dadas las experiencias de su infancia marcadas por la crítica, el rechazo emocional y un entorno familiar altamente inestable. Su historia muestra un patrón persistente de inseguridad, desconfianza hacia el entorno y temor al juicio, lo cual contribuye a consolidar un perfil ansioso.

2. Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Cannabis (CUDIT-R)

El paciente obtuvo una puntuación total de **24 sobre 32**, indicando una probabilidad muy elevada de estar desarrollando o ya presentar un trastorno por consumo de cannabis. Este resultado es consistente con su relato de consumo diario y con el papel funcional que parece cumplir la sustancia en su vida emocional: regula la rabia, la ansiedad, la frustración y mitiga

el dolor relacionado con sus vínculos. Además, la marihuana mantiene simbólicamente el vínculo emocional con su expareja, quien fue la persona que introdujo el consumo en su vida. Esta dependencia, en parte emocional y en parte funcional, refuerza la necesidad de abordar esta adicción.

3. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

La puntuación de **29 sobre 40** se sitúa en la media y se podría decir que está en el rango medio-alto, lo cual podría sugerir una autoestima relativamente adecuada. Sin embargo, este resultado debe matizarse según el discurso del paciente en sesión, que revela una autoestima altamente dependiente de la validación externa, del éxito profesional y de la comparación social. Es probable que esta puntuación refleje más un deseo de mostrarse fuerte o competente que una verdadera percepción de valía estable. La contradicción entre esta puntuación y su narrativa personal evidencia una autopercepción ambivalente, con momentos de confianza entrelazados con autocrítica severa. De hecho, en el Inventario de Ansiedad, para el ítem “Me siento satisfecho” tanto en la parte de estado como en la parte de rasgo, marcó un 0 (Nada), mientras que también completó el ítem de la Escala de Autoestima “En general me siento satisfecho conmigo mismo” con un 3 (De acuerdo). Se ve una clara incongruencia que da lugar a dudas sobre su verdadera autoestima y sensación de valía.

4. Escala de Niveles de Autocrítica (LOSC)

En esta escala, el paciente obtuvo puntuaciones elevadas tanto en **autocrítica internalizada (45/70)** como en **autocrítica comparativa (43/84)**, lo que refleja una visión de sí mismo marcada por sentimientos de insuficiencia, desaprobación interna y una constante comparación desfavorable con los demás. Este patrón es absolutamente coherente con su historia, en la que la crítica del padre, la falta de validación emocional en la infancia y la exposición continua a mensajes descalificadores han contribuido al desarrollo de una voz interna dura y exigente. Esta autocrítica ha calado profundamente en su identidad y en su narrativa personal, condicionando sus decisiones y reforzando su sensación de estancamiento, vergüenza y fracaso.

5. Escala de Soledad Social y Emocional (SESLA-S)

Los resultados reflejan niveles significativamente elevados de soledad, especialmente en la dimensión de pareja.

La puntuación para la **soledad familiar** es de **25/35**. En soledad **romántica** ha puntuado un **33/35**. Y finalmente en **soledad social** ha obtenido un **16/35**.

Las puntuaciones obtenidas superan notablemente las medias tanto de la población general como de la población clínica en salud mental, lo que indica un aislamiento emocional profundo y persistente. Los valores para estas medias (Yárnoz, 2008) se pueden leer en la Tabla.

El paciente se siente desvinculado de su familia, ha perdido una relación amorosa muy significativa que aún idealiza y no encuentra la satisfacción en sus amistades actuales, las cuales vive con desconexión y conflicto de valores. La intensidad de estas puntuaciones confirma lo observado en sesión: un sentimiento constante de no pertenencia, de no ser comprendido ni aceptado, acompañado de un deseo intenso de conexión auténtica. Este anhelo frustrado, sumado a su inseguridad personal y al miedo al rechazo, agrava su malestar.

Tabla 1

Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de la evaluación inicial

Escala	Puntaje	Puntaje Máximo	Centil / Corte	Interpretación
STAI – Ansiedad Estado (AE)	26	60	Centil 69	Ansiedad moderada-alta (estado actual)
STAI – Ansiedad Rasgo (AR)	32	60	Centil 88	Alta predisposición ansiosa (rasgo estable)
CUDIT-R	24	32	Punto de corte ≥ 13	Probable trastorno por consumo de cannabis
RSES – Autoestima	29	40	Rango medio-alto	Autoestima adecuada, alta
LOSC – Auto crítica Internalizada	45	70	—	Alta autocrítica, visión negativa de sí mismo
LOSC – Auto crítica Comparativa	43	84	—	Sentimiento elevado de inferioridad respecto a los demás
SESLA – Soledad Familiar	25	35	Media salud mental: 15,00 Media población general: 11,08	Aislamiento elevado, muy por encima de la media
SESLA – Soledad Romántica	33	35	Media salud mental: 19,75 Media población general: 13,82	Sentimiento elevado de carencia afectiva
SESLA – Soledad Social	16	35	Media salud mental: 19,50 Media población general: 10,73	Nivel moderado de soledad, mayor que en población general

Los resultados psicométricos reflejados en la Tabla 1 no solo confirman las impresiones clínicas iniciales, sino que profundizan la comprensión del malestar que experimenta el paciente. Su perfil revela una combinación de ansiedad elevada, aislamiento social y afectivo, autocrítica severa y consumo problemático de sustancias. Las puntuaciones obtenidas lejos de ser inesperadas, son congruentes con su historia de vida, dando lugar a una persona

caracterizada por la inseguridad, la represión emocional, la búsqueda externa de validación y la necesidad de protegerse del sufrimiento a través del consumo. Estas dinámicas internas, sumadas a la ausencia de vínculos significativos seguros sitúan al paciente en una posición de gran vulnerabilidad. No obstante, también con importantes posibilidades de cambio si se logra un trabajo terapéutico centrado en el fortalecimiento del self y la autocompasión, además de la posibilidad de la construcción de vínculos positivos.

FORMULACIÓN DE CASO

Teniendo en cuenta los antecedentes y toda la información recogida a lo largo de las sesiones, se realiza a continuación una formulación de caso enmarcada en la ACT, complementada con la mirada de la TFE para este caso. Al final de este apartado se presenta la Tabla 2, que resume la formulación del caso enmarcada en los procesos clínicos del Modelo Hexaflex, propio de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

1. Factores predisposicionales (origen del problema)

1.1. Historia familiar y aprendizaje

El paciente ha crecido en un entorno familiar caracterizado por la inestabilidad emocional, el maltrato verbal y físico, y la falta de validación. Su padre, con un patrón agresivo, imponía una dinámica de miedo y control generando un modelo de autoridad basado en la imposición y la rabia. Mientras que su madre, por otro lado, presentaba un rol de víctima, mostrando su pasividad, desinterés y dependencia emocional y económica hacia el padre, además de un consumo problemático de alcohol. Esto modelaba una relación con el sufrimiento basada en la resignación y la pasividad. Esta dinámica familiar fomentó en el paciente una sensación de indefensión e hipervigilancia constante, buscando señales que le permitiera anticipar posibles conflictos en su entorno. Probablemente, viviese los momentos de paz en alerta, ya que siempre volvían los momentos de indefensión y malestar. Esta infancia marcada por la crítica, incompreensión, censura de expresión, incertidumbre y falta de apoyo emocional generó en él además una intensa introyección de la autocrítica, una dificultad para confiar en los demás y una necesidad persistente de validación externa.

Asimismo, el paciente relata cómo siente que su madre no atendió adecuadamente sus necesidades básicas, lo que generó en él un sentimiento de abandono. La despreocupación por su salud, reflejado en el descuido de problemas como su estrabismo o el estado de sus dientes,

junto a la sensación de desprotección hacia el padre y falta de apoyo emocional; ha derivado en una hipervigilancia hacia su propio bienestar físico, con una preocupación excesiva por su salud y la constante necesidad de realizar chequeos médicos. Esta sensación de abandono refuerza la dificultad de confiar en los demás.

Desde la infancia, ha experimentado situaciones en las que sintió que no se le escuchaba ni comprendía, tanto en su familia como en su círculo social. La rabia que siente hacia su padre por su actitud violenta y controladora parece haberse desplazado hacia una crítica generalizada hacia la sociedad, que considera injusta y carente de valores éticos. De esta manera, su lucha contra la opresión y la ignorancia se ha convertido en un pilar central de su identidad.

Su manejo emocional ha sido influido por los modelos inadecuados que ha presenciado de sus progenitores. El padre muestra una expresión de rabia explosiva, “pasando de cero a cien” como relata el paciente durante las sesiones. Reconoce que esto lo ha reproducido en sus conductas. También, se aprecia una necesidad de control y validación a través de la imposición. Además, el paciente identifica que su padre “le da gran importancia a lo que piensen los demás, y siente una necesidad de llevar la razón y de hacerse el gracioso”. Por otro lado, la madre muestra un manejo de las emociones desde la inactividad, la resignación, el victimismo y la dependencia. Dice que es “una persona miedosa, sin amor ni respeto hacia sí misma, desganada, deprimida y sin ganas”. X., parece haber integrado estos modelos con una combinación de rabia internalizada, pasividad, dependencia de sustancias y de validación externa.

Es curioso cómo el paciente tiene facilidad para identificarse con los aspectos positivos de su padre como “ser gracioso, metódico e inteligente”, mientras que solo se asemeja positivamente a su madre en la empatía.

1.2. Eventos significativos

A lo largo de su historia, diversos eventos han reforzado sus patrones de pensamiento y conducta.

Historia de invalidación externa: Desde la infancia, X. ha experimentado una falta de validación acompañada de la crítica por parte de su familia y su entorno social. Su percepción de haber sido ridiculizado en su entorno social al expresar sus ideas ha reforzado su sensación de ser incomprendido y ha exacerbado su tendencia a replegarse en su mundo interno.

Probablemente, todo esto haya generado una emoción primaria desadaptativa de vergüenza, dando lugar a una herida nuclear de valía “soy descartable, soy un fracasado, no voy a llegar a nada” y de soledad “nunca voy a conectar con alguien, nadie me comprende”. Su dificultad para conectar con personas que compartan sus valores e intereses le ha llevado a mantenerse en amistades que no le aportan, reforzando su sensación de aislamiento y validando su creencia de que el mundo no es un lugar seguro para expresarse.

Emancipación en Madrid: Es posible que se hayan activado sensaciones de culpa por alejarse de la familia y “abandonarles” al alejarse de las problemáticas, ya que necesita reafirmar que tomó una buena decisión a través de confirmar que su familia son “ignorantes” y que “nunca van a cambiar”. Además de aumentar su vergüenza al haber dependido económicamente de su padre durante unos años, mostrando una gran ambivalencia al rechazar a su figura paterna, pero sentirse dependiente de ella.

Ruptura con expareja: Esta experiencia ha sido significativa, pues X. asocia su relación con una época de felicidad y seguridad, única vez que se sintió visto y comprendido; lo que aumentó su sensación de valía. Su consumo de marihuana parece haberse intensificado tras la ruptura, funcionando como un mecanismo para evitar el duelo, la ansiedad y la soledad, además de mantener el vínculo emocional con su expareja.

Separación de los padres: La separación y la posterior “reconciliación”, ha reactivado conflictos no resueltos con sus figuras parentales. Además, ha experimentado culpa por no posicionarse de manera clara en favor de su madre. Ha permitido explorar una figura materna más completa desde la vivencia del paciente, trabajando la coexistencia de un rol de víctima a la vez que agresor.

Percepción de un mundo injusto y necesidad de transformarlo: Desde que su expareja le introdujo a la preocupación por las injusticias sociales, parece que X. ha desarrollado una fuerte sensación de identidad desde la necesidad de expresión de su percepción sobre una sociedad injusta y desigual. Parece que esta visión crítica de la sociedad está ligada a su historia personal de invalidación y maltrato, habiendo desplazado la rabia hacia su padre en una lucha contra la ignorancia y la opresión social. Sin embargo, enfrenta un conflicto interno entre actuar para generar un cambio o permanecer en la crítica y la rabia, lo que refuerza su sensación de estancamiento.

2. Procesos clínicos implicados (Hexaflex)

El paciente se encuentra atrapado en un patrón persistente de pasividad e inacción, que le aleja de una vida significativa y en sintonía con sus valores. Aunque experimenta momentos de claridad respecto a lo que desea: una vida creativa, auténtica, con impacto social y conexión genuina; el miedo a la soledad, al fracaso, al rechazo y a la incertidumbre, así como una intensa autocrítica; le llevan a evitar comprometerse con acciones alineadas con sus valores. Este patrón se sostiene por procesos centrales de inflexibilidad psicológica: evitación experiencial, fusión cognitiva, yo conceptualizado, desconexión con el presente, confusión de valores y falta de acción comprometida.

A continuación, se lleva a cabo un análisis funcional del caso, teniendo en cuenta los problemas centrales del paciente según el Modelo Hexaflex de los procesos de inflexibilidad psicológica de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

2.1. Evitación experiencial

El paciente evita entrar en contacto con experiencias internas dolorosas como la soledad, el miedo al fracaso, la incertidumbre y la vergüenza. Para ello, recurre a estrategias de regulación emocional como el consumo de marihuana, la crítica social constante, la hiperconexión sexual, la rumiación intelectualizada y la postergación de decisiones importantes. Estas estrategias desadaptativas, aunque genera alivio momentáneo, a largo plazo resultan desadaptativas, reforzando su desconexión emocional y existencial.

Se distinguen tres miedos claves que marcan los patrones de evitación experiencial en el paciente.

El miedo a la soledad: Avanzar hacia una vida valiosa implica soltar relaciones que le resultan insatisfactorias, donde no siente que pueda ser él mismo (familia, amistades, relación sexo-afectiva actual). Sin embargo, aparece un gran miedo a sentirse solo, ya que son vínculos conocidos. Mantenerse en estas relaciones es una manera de evitar enfrentarse a este miedo, pero a largo plazo le genera malestar interno y disonancia cognitiva, ya que desea tomar distancia de estas relaciones, pero acaba por no hacerlo. Además, el paciente teme que lograr sus objetivos y avanzar hacia la vida que desea suponga quedarse solo, sin tener con quién compartir sus logros. Por otro lado, la única experiencia de conexión que ha vivido la asocia a su ex, y por ello recurre a la marihuana para recuperar cierta conexión emocional con esta, ya

que empezó a fumar con ella. También, se mantiene en un vínculo sexo-afectivo con una chica con la que le gustaría dejar la relación, pero no lo hace por evitar el miedo a la soledad, ya que le aporta cierta seguridad. Para evitar la sensación de soledad también recurre a la búsqueda de relaciones sexuales con otras personas, encontrando una sensación de control y poder. Sin embargo, no llega a consolidar vínculos auténticos donde puede ser él mismo y sentirse verdaderamente conectado. El resultado es una rumiación interna sobre lo que debería hacer o decidir sin efectos traducidos en acción.

El miedo a la incertidumbre: No sabe quién es sin la narrativa de sufrimiento o sin su entorno crítico y exigente. Avanzar implicaría perder viejas identidades y explorar una nueva forma de vivir que desconoce. Como resultado, evita dar pasos hacia una vida orientada a sus valores por miedo a que si dejara atrás lo malo conocido tampoco se sintiese realizado ni satisfecho con su vida. Otro efecto de este miedo es su resistencia a alejarse de amistades que le hacen sentir incomprendido o le critican, ya que romper esos lazos significaría enfrentarse a la incertidumbre de construir nuevas relaciones. Una gran dificultad que se presenta en este caso es el miedo a conocer a nuevas personas, por la posibilidad de que, aun saliendo de su zona de confort, se siguiese sintiendo incomprendido, solo e insatisfecho. Por otro lado, ya que evita progresar en su vida personal por esta incertidumbre, desplaza su deseo de cambio hacia la sociedad. Esto le da una sensación de propósito que se acaba viendo frustrada porque no tiene los medios para causar un impacto significativo en el mundo, no se moviliza hacia acciones reales y además es un proceso largo en el que cuesta ver los resultados si uno se moviliza de manera individual. El criticar las injusticias sociales a través de la escritura, sin actuar, refuerza la sensación de estancamiento y frustración, y sobre todo funciona como mecanismo de evitación hacia una movilización real en su propia vida. Asimismo, desplaza su cambio hacia sus amistades, e incluso familia: se centra en que ellos cambien antes que él para no enfrentarse a la incertidumbre de avanzar solo. Esto tiene como consecuencia una hiperresponsabilidad en el cambio de su familia y amistades, y de nuevo un desvío o evitación de su propio cambio personal.

El miedo al fracaso: Hay un gran miedo a fracasar y fallar que se manifiesta en perfeccionismo, autocrítica constante, procrastinación, enfado y parálisis (pasividad). Prefiere no intentarlo antes que enfrentarse a la posibilidad de fallar y confirmar sus creencias de no ser suficiente. Está muy ligado a sentimientos de vergüenza que se han ido formando desde pequeño dada su historia familiar y relacional. Sus conductas van orientadas a evitar tomar

acción para no decepcionarse o no decepcionar a otros, esperando incluso a que suceda una situación extrema en su vida para actuar. Por ejemplo, evita escribir por miedo a que no sea lo suficientemente bueno, evita conocer a nuevas personas por miedo a que le rechacen, evita apostar por una conexión auténtica con una pareja por miedo a no encontrarlo. Por el contrario, centra sus energías en ideas carentes de acción y sueños sin planificación. Se acaba viendo envuelto en una vida muy pasiva, marcada por el miedo y la evitación, lo que le lleva a un enfado contra sí mismo, que lejos de movilizarle le paraliza aún más.

Estas evitaciones le mantienen inmerso en patrones conductuales de desconexión de una vida valiosa y mantienen el problema. Estas conductas son calmantes a corto plazo, pero refuerzan el malestar y bloquean la posibilidad de avanzar hacia una vida llena de sentido. Paradójicamente, actúa desde la evitación de estos miedos, pero ya convive con sentimientos de soledad, vergüenza y fracaso, aunque evita afrontarlos conscientemente.

Además, la crítica interna aparece como una forma de evitar tomar decisiones difíciles que le acerquen de manera consciente a la incertidumbre o a la posibilidad de sentirse solo o fracasado. Así un “No lo conseguirás” le mantiene pasivo ante la posibilidad de avanzar.

2.2. Fusión cognitiva

El paciente se encuentra totalmente fusionado con pensamientos negativos como “No valgo lo suficiente para lograr lo que quiero”, “Necesito cambiar el mundo antes que a mí”, “La vida normal es aburrida”, “Soy un fracaso si no lo hago perfecto”, “Si avanzo ya no hay vuelta atrás”, “Si avanzo me quedaré solo”.

Otros pensamientos con los que se encuentra fusionado más específicos son: “Si no cambio la sociedad, soy un fracasado”, “Si dejo a mis amigos, me quedaré solo”, “Si hablo demasiado, soy un narcisista”, “Si no lo hago perfecto, mejor no hacerlo”, “Si dejo de fumar marihuana y sigo sin lograr lo que quiero, demostraré que soy un fracasado”, “Si empiezo a escribir y no gusta, significará que nunca fui bueno”, “Si dejo la marihuana, perderé una parte de mí y no sabré quién soy”, “Si me expreso abiertamente, la gente me rechazará”, “Si dejo atrás a mis amigos, significa que no les estoy dando la oportunidad de cambiar”, “Si le digo a mi padre lo que siento, no me va a entender”, “La gente no quiere escuchar la verdad porque prefieren vivir en la ignorancia”, “Si mi padre intenta cambiar es porque se siente solo, no porque realmente quiera mejorar”, etc.

Estas narrativas mentales reflejan una rigidez cognitiva y son barreras internas que le bloquean y le mantienen en la evitación experiencial y en la pasividad. No las reconoce como pensamientos, sino como verdades absolutas desde las que actúa o se inhibe. Esta fusión le impide ver otras perspectivas y le mantiene atrapado en una narrativa de sufrimiento. Además, la fusión con su autoconcepto de “víctima”, “inseguro”, “fracasado” o “sufriente por naturaleza” le lleva a rechazar la posibilidad del bienestar, por miedo a traicionar esa identidad histórica. Su autocrítica es intensa y persistente, habiéndola introyectado de voces externas como la de su familia o amigos: “No puedes ser profesional porque no lo eres”, “Cómo lo vas a conseguir si no tienes ni idea”, “Te crees más que el otro si decides poner límites”; y bloquea cualquier sensación de bienestar y de capacidad.

Parece que está tan fusionado con esta expectativa de frustración, que hay una parte de él que no se permite o no se cree merecedor de sentirse bien. Por ello, aparece esta sensación de alerta y catastrofización, como si algo horrible fuese a suceder cuando empieza a sentirse bien. La familiaridad con el malestar, no le permite tener una expectativa positiva sobre su vida.

2.3. Yo conceptualizado (falta de autocompasión y búsqueda de validación externa)

El paciente opera mayormente desde un “yo conceptualizado” rígido, construido a partir de su historia personal de sufrimiento, heridas, críticas familiares y experiencias de invalidación. Desde esta narrativa, se ve a sí mismo como alguien dañado o destinado al fracaso. Este yo conceptualizado está cargado de juicio, autocrítica y rigidez, actuando como un filtro a través del cual interpreta sus vivencias. Además, la identificación con este yo le genera un fuerte miedo a dejar de ser quien cree que es, porque eso implicaría desarmar una identidad que, aunque dolorosa, le es familiar y hasta funcional en ciertos contextos (por ejemplo, para sostener su rol crítico, y evitar riesgos emocionales como alejarse de su único círculo cercano).

Desde ACT, fomentar un yo como contexto o “yo observador”, ofrece una perspectiva más flexible y compasiva de uno mismo que permite observar los pensamientos, emociones y recuerdos con cierta distancia y aceptación; sin quedar atrapado en ellos. Este yo no niega el pasado, pero no queda atrapado en él. Este paciente se ve definido por este yo conceptualizado en vez de ser el espacio desde donde todo aparece y puede ser observado con apertura y compasión. Este cambio abriría el espacio para el cambio.

Asimismo, su sentido de valía está condicionado por cómo los demás le perciben, en lugar de haber desarrollado una identidad flexible y basada en su propio criterio. La necesidad de validación externa es evidente en su rol de crítico social, donde busca reconocimiento por su pensamiento progresista, aunque esto le genere conflictos interpersonales; ya que la única vez que se sintió reconocido fue por el entorno de su expareja expresando su opinión sobre estas temáticas. Sin embargo, esta búsqueda le deja vulnerable a la aprobación externa. La falta de autocompasión le mantiene atrapado en la dureza hacia sí mismo y en la creencia de que no puede permitirse errores sin ser visto como un fracasado. Esta dureza le lleva a evitar desafíos y logros personales, por miedo a que el éxito implique traicionar su identidad histórica basada en el sufrimiento o en la lucha social.

2.4. Confusión de valores y desconexión del sentido vital

Aunque tiene claridad sobre sus valores, como la autenticidad, la justicia, la creatividad o la conexión; la dificultad radica en traducirlos en acciones ya que se ven distorsionados por sus miedos y pensamientos fusionados. Expresa querer vivir una vida creativa y comprometida, pero no actúa en consecuencia; quiere escribir y expresar su voz, pero no lo hace porque teme las críticas; quiere conocer a mujeres, pero no lo intenta por miedo a ser rechazado. Además, continúa en un entorno que no le aporta casi nada positivo, según él, por miedo al rechazo y a la soledad.

Su deseo de cambiar la sociedad choca con su miedo a priorizar sus propios logros como actor, generando una tensión interna entre su identidad activista y su necesidad de desarrollo personal y profesional. Siente que no hay cabida para su parte individualista (la que lucha por sus objetivos vitales) por el deseo de pronunciarse ante las injusticias sociales. La dificultad para sostener los cambios que trata de hacer refuerza la creencia de incapacidad y le devuelve a la pasividad. Este ciclo de evitación y parálisis mantiene su sensación de insatisfacción y frustración.

Todo esto se ve influido por una desautorización interna a desear o a actuar según lo que realmente quiere, por miedo al juicio o a la soledad. Esto refuerza una vida orientada hacia la crítica o el idealismo, pero desconectada de pasos concretos que le acerquen a una existencia más significativa.

2.5. Falta de acción comprometida y locus de control externo

La acción comprometida del paciente está constantemente interrumpida por sus procesos internos de evitación, fusión y miedo. Aunque desea escribir, actuar, ampliar su círculo o iniciar cambios, teme no estar a la altura, ser criticado o fracasar.

Posterga decisiones importantes debido al miedo a no alcanzar un ideal y se pone grandes objetivos, pero no traza un plan de acción realista a corto plazo. Se paraliza ante la idea del cambio, evitando pasos pequeños que le acerquen a sus metas.

También, suele mantenerse en un estado de espera, esperando una motivación perfecta o un evento externo drástico que le impulse a actuar. Su sensación de que el cambio debe venir del entorno, le mantiene pasivo (“Cuando mis amigos cambien, podré cambiar yo”, “Cuando pase algo drástico, empezaré a moverme”). El miedo a la incertidumbre le hace depender de factores externos, en lugar de tomar responsabilidad sobre su vida y comprometerse con sus valores.

Este locus de control externo perpetúa su inacción, mientras que le refuerza la creencia de que necesita algo fuera de sí para comenzar a cambiar, en lugar de asumir una postura activa y comprometida.

2.6. Desconexión con el momento presente y déficit en aceptación

El paciente presenta grandes dificultades para estar presente en su experiencia emocional, física o sensorial sin reaccionar impulsivamente. Ante emociones como el vacío, la tristeza o el miedo, responde con evitaciones, hipermentalización (analiza en exceso sin sentir) o conductas de escape (búsqueda de experiencias sexuales o sustancias).

Se encuentra atrapado en rumiaciones sobre el pasado (relación con su padre y su expareja) y preocupaciones excesivas sobre el futuro (estado de alerta hacia la posibilidad de que algo repentino arrase con todo), lo que le impide conectar con el ahora y tomar decisiones conscientes. Asimismo, evita trabajar terapéuticamente de forma experiencial en estas temáticas, prefiriendo conceptualizar intelectualmente sus dificultades.

Esta desconexión alimenta su sensación de estancamiento y su rigidez frente al cambio.

3. Consecuencias a corto y largo plazo

A corto plazo, la forma en la que maneja su malestar le brinda un alivio momentáneo. El consumo de marihuana, el mantenimiento de relaciones poco satisfactorias o la expresión de su rabia hacia el sistema le da una sensación transitoria de control y pertenencia. Esto, le genera un bienestar temporal que refuerza estos patrones de comportamiento. Sin embargo, estos mecanismos evitan que aborde los problemas de raíz y le mantienen en un estado de evitación constante.

Además, el paciente evita emociones difíciles como el miedo, la incertidumbre o la soledad mediante el consumo de cannabis, la procrastinación, la búsqueda constante de sexo y las distracciones digitales (redes sociales, apps de citas).

A largo plazo, la falta de afrontamiento activo de sus dificultades puede cronificar su sensación de estancamiento, dificultar la creación de relaciones significativas y limitar su desarrollo personal y profesional. Su miedo a fracasar y a no estar a la altura de sus ideales puede llevarle a perder oportunidades valiosas por postergar la acción. Además, su identidad basada en el sufrimiento puede impedirle construir una vida plena sin sentir que está traicionando su historia.

A largo plazo, el paciente se aleja de sus metas creativas, como escribir o actuar, y de su deseo de generar impacto social debido a su miedo al fracaso y al rechazo; generando una sensación de insatisfacción constante. También, mantiene hábitos que perpetúan su estado actual, como el consumo de cannabis o la procrastinación. Su seguridad sigue dependiendo de la validación externa, lo que refuerza su inseguridad. El resultado es una sensación de estancamiento, frustración y culpa que se intensifica al percibir que no avanza en su vida y que sigue repitiendo los mismos patrones de evitación.

4. Factores de mantenimiento

Uno de los principales factores que refuerzan su inflexibilidad psicológica es la evitación emocional a través del consumo de marihuana y la rumiación, que le proporciona una sensación momentánea de alivio, pero refuerza el autoengaño (“Si dejo de fumar perderé mi creatividad, me sentiré incómodo”). Esto limita el desarrollo de estrategias efectivas para gestionar sus emociones. A esto se suma su fuerte necesidad de validación externa, estando además rodeado de personas que no le ven realmente ni le ofrecen una imagen positiva de sí

mismo, aumentando su sensación de incompreensión. Sin embargo, su miedo a la soledad le impide romper con relaciones que no le aportan, reforzando su creencia de que el mundo es un lugar hostil. Asimismo, su identidad basada en la rabia y la crítica le permite sostener su sentido de justicia, pero también mantiene su aislamiento. Además, su identidad anclada al sufrimiento hace que la idea de sentirse bien le resulte amenazante, como si abandonar su historia de dolor implicase traicionar su pasado. Esto se ve influido por un gran miedo a la incertidumbre. Por último, su falta de autocompasión, le mantiene en un ciclo de autoexigencia y autocrítica severa, que le castiga cuando no avanza. Esto está unido a su falta de confianza en la posibilidad de cambio, que le lleva a postergar decisiones importantes, manteniéndole en una pasividad que intensifica su malestar. Además, su urgencia por transformar el mundo le impide enfocarse en su propio crecimiento, dificultando la toma de acciones comprometidas con sus valores y aumentando su frustración.

Tabla 2

Resumen de la formulación en tabla

Proceso de Inflexibilidad	Antecedentes / Contexto	Conducta problema	Función (evitación o refuerzo)	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Evitación experiencial	Emociones como soledad, vacío, incertidumbre, ansiedad, miedo a fallar o ser rechazado	Consumo de marihuana, mantener relaciones insatisfactorias, no tomar decisiones	Evitar sentir malestar interno o afrontar conflictos reales	Alivio momentáneo, desconexión emocional, reducción de la ansiedad	Refuerza pasividad, mantiene insatisfacción, frustración, distancia de valores personales
Fusión cognitiva	Pensamientos como “no soy capaz”, “voy a fracasar”, “si fallo, decepciono”, historia rígida de exigencia	Paralización ante decisiones, procrastinación, crítica social sin acción, justificación de inacción	Evitar el error, el juicio externo y confirmar narrativas internas limitantes	Sensación momentánea de seguridad al evitar errores o rechazo	Mantenimiento del sufrimiento, dificultad para el cambio, autoimagen empobrecida
Desconexión del momento presente	Rumiación sobre el pasado, anticipación catastrófica del futuro, hipervigilancia emocional	Dificultad para estar en el presente, evitación emocional con hipermentalización, distracción constante	Evitar contacto pleno con emociones y experiencias internas incómodas	Control parcial de la ansiedad, desconexión momentánea	Cronificación del malestar, falta de presencia para actuar, bloqueo de aprendizaje emocional
Yo conceptualizado	Historia de invalidez y crítica familiar, aprendizaje de un yo basado en el fracaso y la incompreensión	Se define como débil, dañado, insuficiente; evita bienestar o éxito por disonancia	Reforzar identidad internalizada, evitar contradicción con su historia	Coherencia narrativa, vínculo simbólico con el pasado	Rechazo del cambio, repetición de patrones aprendidos, dificultad de construcción identitaria
Valores externalizados / difusos	Activismo vinculado a la ex,	Crítica social sin acción, autocuidado	Evitar confrontarse con sus propios	Sensación temporal de sentido, conexión	Desgaste emocional, pérdida de

	búsqueda de pertenencia	descuidado, desatención a metas propias	deseos, evitar elegir o arriesgarse	simbólica, mantiene narrativa de lucha	propósito auténtico, frustración, estancamiento personal
Falta de acción comprometida	Miedo a equivocarse, a la soledad, pensamientos de incapacidad, ansiedad ante la incertidumbre	Postergación, permanencia en lo conocido, no toma decisiones significativas	Evitar el fallo, mantener control, no asumir riesgos	Evita ansiedad, mantiene falsa sensación de control	Estancamiento vital, insatisfacción, pérdida de oportunidades de desarrollo, rabia hacia sí mismo
Locus de control externo	Creencias de que el cambio debe venir del entorno o de eventos drásticos	Espera pasiva, justificación de inacción, delegar responsabilidad	Evitar asumir responsabilidad y agencia personal	Reducción de culpa, alivio del esfuerzo requerido y del riesgo	Bloqueo del empoderamiento, dependencia emocional, inactividad
Autocrítica / juicio autoimpuesto	Críticas internalizadas, historia de alta exigencia, miedo al rechazo/juicio	Inhibición emocional y creativa, evitar mostrarse auténticamente, complacencia en relaciones	Evitar vergüenza, rechazo o fracaso	Alivio momentáneo, protección del autoconcepto	Autoimagen limitada, desconexión con metas, inhibición emocional, bloqueo de expresión personal
Vinculación simbólica con la ex	Historia emocional no cerrada, relación significativa como eje de identidad y pertenencia	Uso de marihuana, activismo pasivo, dificultad para cerrar vínculos	Evitar el duelo real, preservar conexión simbólica con pasado compartido	Sensación de pertenencia temporal, evita confrontar vacío	Impide nuevas relaciones significativas, cronificación del duelo, bloqueo de cambio

TRATAMIENTO Y CURSO

A lo largo del tratamiento, se han empleado diversas técnicas terapéuticas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Entre estas han destacado la defusión cognitiva, la creación de un “yo observador”, la clarificación de valores y el fomento de la acción comprometida, así como el trabajo con polaridades y el uso de metáforas. También, se han empleado técnicas experienciales propias de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), como ejercicios con la silla vacía o el Focusing, además de visualizaciones; con el fin de aportar ejercicios más experienciales y conectados con la emoción y el cuerpo, y no solo con la aceptación, la acción y los valores.

Cabe remarcar que, Focusing (focalizar en el cuerpo) podría considerarse una técnica de la TFE como una estrategia de defusión o fisicalización dentro del marco de la ACT.

Desde el inicio se construyó una alianza terapéutica cálida y segura que facilitó la exploración de aspectos significativos de la historia personal del paciente, así como de su experiencia emocional y de las estrategias que había desarrollado para manejar su malestar. El fortalecimiento del vínculo terapéutico, sostenido también por la reparación de pequeñas

rupturas, como cuando se atendió con sensibilidad la posibilidad de que se hubiera sentido presionado a asistir a sesión tras insistir en la importancia de la continuidad, permitió favorecer un contacto más consciente con sus necesidades internas y una apertura gradual hacia nuevas formas de estar consigo mismo y en relación con los demás.

El tratamiento se ha centrado en la exploración de las problemáticas del paciente, identificando sus demandas y motivaciones. En las primeras sesiones, se trabajó la psicoeducación sobre conceptos como la hipervigilancia, la catastrofización y los efectos de la marihuana, lo que permitió comprender cómo estos aspectos influyen en su bienestar. A través de este proceso, se reconoció cómo la hipervigilancia y la catastrofización mantenían un estado constante de ansiedad, mientras que la marihuana funcionaba como una forma de evitación emocional. Con este entendimiento, se pudo abordar cómo las sustancias estaban interfiriendo en su vida y explorar alternativas para gestionar mejor sus emociones.

La validación emocional de sus inseguridades, frustraciones e incompreensión fue un aspecto crucial. Este espacio permitió que pudiera aceptar sus emociones sin juzgarse, y se trabajó en cómo las emociones no tienen que ser evitadas ni rechazadas. Utilizando herramientas de ACT, se introdujo el concepto de aceptación de sus pensamientos y sentimientos, viéndolos como eventos mentales que no necesitan determinar su comportamiento. Además, a través de prácticas de mindfulness, se facilitó una mayor conciencia y presencia con las emociones, evitando quedar atrapado en ellas.

Con respecto a su rabia, se dedicó tiempo a explorar su origen y entender cómo se había venido manifestando. En este espacio, se trabajó a través de Focusing para sentir y explorar las sensaciones corporales vinculadas a la rabia, permitiendo externalizarla y comprenderla de manera más profunda. En lugar de evitarla o reprimirla, se abordó la rabia como un impulso hacia el cambio. La energía de la rabia se orientó hacia la acción, reconociendo que podía ser un motor para realizar cambios en su vida.

Se dedicó tiempo a explorar las relaciones familiares, particularmente el conflicto con su padre y la dinámica con su madre. En este proceso, se trató de integrar las distintas perspectivas, reconociendo las emociones y experiencias de ambos lados. A través de esta exploración, se identificaron patrones familiares que influyen en su comportamiento, y se trabajó en la diferenciación entre las características propias y las heredadas. Este trabajo

permitió una mayor autocomprensión y una visión más clara de cómo estas relaciones influyen en su vida y en su bienestar emocional.

Una parte esencial del proceso fue la clarificación de valores, un aspecto central de ACT, que permitió una mejor comprensión de lo que realmente importa para el paciente. Al identificar sus valores, se trabajó en cómo orientarse hacia una vida más coherente con ellos. Este proceso también incluyó la exploración de la dependencia a la marihuana y los miedos asociados a dejarla. Se exploró el miedo al cambio y las posibles alternativas para sustituir la marihuana por comportamientos más alineados con sus valores y metas. A través de la acción comprometida y la creación de un plan concreto, se dieron pasos para avanzar en este proceso de cambio.

En cuanto a los pensamientos limitantes y la autocrítica severa, se trabajó en identificar las creencias que mantenían un ciclo de autoexigencia destructiva. Se introdujo el concepto de autocompasión, buscando un enfoque más amable hacia sí mismo. Se exploraron las emociones vinculadas a la autocrítica mediante Focusing, creando espacio para una mayor autocomprensión y compasión. En este proceso, se utilizaron metáforas que permitieron reencuadrar la manera de relacionarse con la autocrítica, ayudando a ver la autoexigencia desde una nueva perspectiva, además de la silla vacía con la autocrítica.

Otro aspecto importante fue el trabajo sobre el locus de control y la sensación de pérdida de control. A través de la reflexión, se exploró cómo el paciente podía reconocer su capacidad de influencia en su propia vida y, al mismo tiempo, aprender a aceptar aquello que no puede controlar. Este proceso ayudó a recuperar una sensación de empoderamiento y de autonomía.

En cuanto a la soledad y la dificultad para establecer nuevos vínculos, se exploró cómo la validación externa no debía ser la base de su bienestar emocional. Se trabajó en desarrollar una mayor seguridad interna, ayudando a reconocer que, al basar la autoestima en sus valores y cualidades, no dependería de la validación externa para sentirse valioso. Además, se hizo un ejercicio de visualización para fomentar la defusión cognitiva con la sensación de soledad, permitiendo explorar y profundizar en cómo esta sensación interfiere en el bienestar del paciente.

Todas las intervenciones han tenido como objetivo general aumentar la flexibilidad psicológica del paciente y reducir la evitación experiencial en relación con emociones como el miedo, la tristeza/soledad, y la vergüenza.

La combinación de ambos enfoques (ACT y TFE) han permitido trabajar no solo en los pensamientos y comportamientos, sino también en las emociones y la gestión de las experiencias internas. Cada sesión se ha enfocado en fomentar la aceptación, la acción comprometida y la exploración emocional, con el objetivo de ayudar al paciente a vivir de una manera más alineada con lo que realmente le importa, mientras se ha trabajado en la gestión de las emociones de manera saludable y constructiva. Durante todo el proceso han sido esenciales la validación emocional, la empatía y la aceptación incondicional, además de la psicoeducación adaptada a sus necesidades en cada momento.

1. Objetivos e hipótesis

Desde el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se hipotetiza que el paciente ha desarrollado estrategias de evitación experiencial para lidiar con su malestar, lo que ha reforzado la fusión con pensamientos autocríticos y un patrón de inacción. A esto se suma una historia de trauma relacional, con figuras de cuidado ambivalentes, que han dificultado el desarrollo de una base segura desde la que construir una identidad coherente y un proyecto vital propio.

Así, se plantea que el proceso terapéutico podría ser efectivo en disminuir la evitación experiencial si consigue aumentar la flexibilidad psicológica del paciente, acompañándolo de un trabajo de defusión cognitiva, regulación emocional y reconexión con su sistema de valores, integrando además una mirada compasiva hacia su historia. Del mismo modo, se espera que, a través de una relación terapéutica segura y de no juicio, pueda activar experiencias emocionales correctivas que faciliten la emergencia de un self más adulto, coherente y capaz de sostenerse.

El objetivo general es facilitar al paciente un proceso de integración personal que le permita transitar desde una identidad marcada por el miedo, la parálisis y la autocrítica; hacia una vivencia más compasiva, coherente y comprometida con sus valores. Para así, fortalecer su sentido de agencia y capacidad de sostén interno, además de aumentar la conexión con el presente, ampliar el yo como contexto, y desarrollar una perspectiva más flexible y observadora.

Dentro de los objetivos específicos, disminuir la fusión con pensamientos catastrofistas sobre la salud y la muerte y acompañar la elaboración de experiencias traumáticas del pasado, integrándolas en una narrativa vital más compasiva y no paralizante. También, fortalecer la capacidad de regulación emocional, especialmente en relación con la rabia y el miedo.

Favorecer la defusión de voces críticas, promover el compromiso con acciones alineadas con sus valores superando el bloqueo conductual, y aumentar la capacidad de autoobservación y reflexión sin juicio. Esto último tiene como fin consolidar un self observador que le permita sostener los conflictos internos desde una perspectiva más amplia y menos reactiva. Otro objetivo es fomentar vínculos más auténticos y coherentes, además de consolidar un sentimiento de adultez interna. De este modo, pasaría de una identidad infantilizada hacia un self responsable, protector y autónomo. Por último, generar un espacio terapéutico seguro que funcione como base para todos estos procesos.

A continuación, se puede encontrar la Tabla 3, donde se detallan las sesiones del proceso terapéutico del paciente desde el 30 de septiembre del 2024 hasta el 6 de mayo del 2025. En esta tabla se pueden encontrar descritos los temas abordados, las hipótesis y reflexiones formuladas, las técnicas aplicadas, los bloqueos y dificultades encontrados, así como los avances observados en cada sesión.

Tabla 3

Resumen de las sesiones del tratamiento

<i>Fecha</i>	<i>S</i>	<i>Temas tratados</i>	<i>Hipótesis y reflexiones</i>	<i>Técnicas trabajadas</i>	<i>Bloqueos o dificultades</i>	<i>Avances</i>
30.09.24	1	<p>Presentación y exploración de problemáticas. Miedo a la muerte (a cambio drástico repentino en su vida), catastrofización hipervigilancia.</p> <p>Sensación de soledad e incomprensión (familia y amigos).</p> <p>Crítica social identidad basada en la rabia.</p> <p>Demandas y objetivos. Escucharse, trabajar crítica.</p> <p>Separación padres. Vida ideal. Relación expareja.</p> <p>Encuadre.</p>	<p>Evitación experiencial: Su miedo a la muerte se relaciona con la necesidad de control.</p> <p>Fusión cognitiva: Se identifica completamente con su rabia y con la crítica social.</p> <p>Ausencia de acción comprometida: valores de justicia y creatividad, pero no los aterriza en acciones.</p>	<p>Psicoeducación sobre hipervigilancia y catastrofización.</p> <p>Exploración funcional del miedo, rabia y soledad.</p> <p>Exploración de valores (vida ideal) y de valores subyacentes en su lucha social.</p> <p>Inicio de defusión cognitiva: Reconocer pensamientos catastróficos como eventos mentales, no realidades absolutas.</p>	<p>Identidad basada en la rabia y la crítica a la sociedad.</p> <p>Expectativas altas hacia los demás.</p> <p>Insatisfacción con su vida “Esta no es la vida que quiero vivir”. Vida ideal basada en los de su alrededor.</p> <p>Necesidad de certeza y vigilancia</p> <p>Rechazo parcial a profundizar emocionalmente</p>	<p>Se consolida el vínculo terapéutico y se establece un encuadre claro.</p> <p>Comienza la clarificación de valores personales.</p> <p>El paciente muestra apertura al cambio, compromiso con el proceso y disposición a explorar nuevas formas de relación consigo mismo y con los demás.</p>

07.10.24	2	<p>Expresión de rabia y frustración. Conflicto con su padre.</p> <p>Sensación de incompreensión por parte de sus amistades.</p> <p>Tristeza debajo de rabia (habituación de esta tristeza).</p> <p>Sensación de inseguridad.</p> <p>Frustración ante pérdida de control.</p> <p>Adicciones (móvil, azúcar y marihuana).</p> <p>Productividad.</p> <p>Crítica social como identidad y fuente de sentido, pero también de desgaste emocional.</p> <p>Deseo de cambio personal y conflicto con dejar atrás vínculos antiguos.</p>	<p>Fusión con la narrativa de "el loco de la familia".</p> <p>Fusión con una identidad crítica que le da propósito, pero también le ancla en el sufrimiento.</p> <p>Recreación de patrones familiares en amistades: Su grupo de amigos le hace sentir incomprendido, igual que su padre.</p> <p>Evitación experiencial: No deja amistades por miedo a la soledad.</p> <p>Necesidad aprobación/ validación: su seguridad depende de las reacciones de los demás.</p>	<p>Psicoeducación enfado como emoción protectora de la tristeza.</p> <p>Validación emocional: inseguridad, frustración e incompreensión.</p> <p>Exploración emociones principales y creencias.</p> <p>Orientación a valores.</p> <p>Inicio de conciencia del patrón de evitación experiencial mediante adicciones.</p> <p>Reformulación de objetivos hacia dirección valiosa, no control de resultados.</p>	<p>Miedo a soltar amistades aun sintiéndose incomprendido (miedo incertidumbre).</p> <p>Adicciones.</p> <p>Bloqueos que le alejan de sus valores.</p> <p>Disonancia cognitiva entre expresar lo que piensa y sentirse narcisista.</p> <p>Dificultad para expresar lo que piensa por inseguridad.</p> <p>Creencias limitantes sobre actores como niños que no hablan de problemas de la actualidad.</p> <p>Pérdida tiempo con móvil, no productividad.</p> <p>Rigidez psicológica ante la idea del cambio: "una vez que avanzas, ya no puedes volver".</p>	<p>Expresa y valida su rabia de forma segura en sesión, reconociendo su función protectora.</p> <p>Identifica conflictos internos clave (familia, identidad, expresión personal) y se comienza a trabajar la aceptación de contradicciones.</p> <p>Muestra apertura al cambio, integrando hipótesis clínicas y comprometiéndose con la búsqueda de seguridad interna.</p> <p>Se sentaron bases para el trabajo con la voz crítica y el desarrollo de autocompasión.</p> <p>Se definió una dirección terapéutica orientada a la calma, seguridad y autenticidad.</p>
21.10.24	3	<p>Dependencia a la marihuana.</p> <p>Conexión ex. + Fomenta creatividad.</p> <p>Miedo al cambio.</p> <p>Bloqueos internos.</p> <p>Insight sobre ponerse excusas, que él es quien se limita.</p> <p>Pasividad.</p> <p>Aproximación a la acción.</p> <p>Clarificación metas.</p>	<p>Fusión con pensamiento limitante: "Si dejo la marihuana, perderé creatividad, la dejo atrás a ella".</p> <p>Fumar le distrae de sensación de vacío.</p> <p>Evita su identidad sin consumo: La marihuana representa un vínculo con su expareja.</p> <p>Necesidad de control: Miedo a la incertidumbre de cambiar.</p>	<p>Psicoeducación efectos marihuana.</p> <p>Confrontación dinámica pasividad.</p> <p>Identificación de valores: ¿dirección en su vida?, ¿qué tipo de relaciones quiere construir?</p> <p>Ejercicio expresión de lo reprimido hacia familia y amigos (silla)</p>	<p>Miedo a dejar el pasado atrás, miedo a fracasar ("toda mi vida me he visto como un fracaso"), a conseguir la vida que quiere y aun así no sentirse bien o ser rechazado.</p> <p>Vínculo emocional con la marihuana (= felicidad con su expareja, dejarla atrás)</p> <p>Marihuana fomenta pasividad ("quedarse en su mente, no pasar a la acción").</p> <p>"Tengo miedo al potencial de dejar la marihuana y que no haya vuelta atrás"</p>	<p>Toma de conciencia sobre su dependencia a la marihuana y sus bloqueos.</p> <p>Expresa voluntad de cambio y de pasar a la acción.</p> <p>Liberación emocional al expresar lo que siente hacia su entorno.</p> <p>Clarificación de metas y compromiso con su proceso personal.</p> <p>Aceptación del miedo y la incomodidad como parte del cambio.</p>

04.11.24	4	<p>Motivación para salir de la pasividad.</p> <p>Planificación de actividades artísticas.</p> <p>Crítica de sus amistades.</p> <p>Mismo patrón con padre y amigos (“quiero avanzar, pero no puedo”).</p> <p>El perdón hacia su familia.</p> <p>Enfado hacia la madre (falta cuidado emocional y físico).</p> <p>Vergüenza al expresarse (le hacen sentir tonto).</p>	<p>Mayor flexibilidad psicológica: Empieza a considerar que puede actuar sin sentirse completamente preparado.</p> <p>Desafío a la evitación experiencial: Salir de la pasividad significa enfrentar emociones incómodas.</p> <p>Dejar atrás a sus amigos o a su padre sería dejar atrás una parte de él.</p> <p>Sentirse no escuchado o entendido le hace sentir vergüenza, falta de valía determinada por los demás.</p>	<p>Planificación basada en valores.</p> <p>Dirección hacia sensación de agencia y valía.</p> <p>Psicoeducación sobre la importancia de pequeños cambios diarios.</p> <p>Técnica de compromiso conductual: Decidir acciones concretas para la semana.</p> <p>Aumento de agencia a través de la auto compasión y de la acción desde los valores del presente.</p> <p>Exploración y validación emociones de vergüenza y enfado.</p>	<p>Miedo al fracaso (desde pequeño).</p> <p>Duda sobre cuándo distanciarse de ciertas amistades.</p> <p>Sensación de no encajar en ningún grupo.</p> <p>Narrativa de que el cambio es irreversible y sin retorno.</p> <p>Hiper-responsabilidad cambio en amistades “si tengo conversación con ellos cambiarán”</p> <p>Fusión con idea de “pagar las consecuencias”, “lidiar con las consecuencias”.</p>	<p>Plan para salir de la pasividad con diario de actividades creativas.</p> <p>Muestra motivación y energía positiva para crear la vida que desea.</p> <p>Reconoce y cuestiona sus bloqueos (miedo al fracaso, juicio ajeno).</p> <p>Identifica patrones de hiper responsabilidad hacia sus amistades, ligados a dinámicas familiares.</p> <p>Reflexiona sobre el perdón a sus padres y cómo la comprensión no justifica el daño recibido.</p> <p>Conecta su infancia con preocupaciones actuales, como la salud.</p> <p>Acepta trabajar en reducir el consumo de marihuana de forma progresiva.</p>
18.11.24	5	<p>Frustración por falta de acción.</p> <p>Problema con búsqueda sexo.</p> <p>Médico (resultados negativos, pero sigue buscando algo).</p> <p>Miedo al fracaso.</p> <p>Búsqueda de validación externa (opinión de su entorno –negativa).</p> <p>Madre vuelve a casa familiar.</p> <p>Miedo a estar solo.</p> <p>Deseo de cambiar la sociedad.</p>	<p>Fusión con la narrativa "no soy suficiente".</p> <p>Evita actuar hasta sentirse "listo".</p> <p>Busca una crisis externa para motivarse (enfermedad).</p> <p>Reactividad desde la rabia y crítica hacia actitudes percibidas de superioridad de otros.</p>	<p>Validación.</p> <p>Devolución poca compasión por sí mismo y sobre crítica que ejerce en sus amigos cuando no saben algo es la que ejerce sobre sí mismo.</p> <p>Orientar hacia agencia: empezar por cambiar su realidad antes que el mundo.</p> <p>Metáfora tirolina en acantilado.</p> <p>Propuesta ejercicio escribir sobre qué hay al otro lado de la tirolina.</p>	<p>Falta de acción por procrastinación con redes sociales.</p> <p>Puesto el foco en que los demás avancen, no en el suyo propio.</p> <p>Necesidad de situación extrema para actuar.</p> <p>No le encuentra sentido a la vida sin su ex.</p> <p>Miedo a avanzar por avanzar solo.</p> <p>Resistencia ante ejercicio silla vacía.</p>	<p>Toma conciencia de su evasión con redes y sexo.</p> <p>Reconoce el impacto de no respetar sus límites.</p> <p>Detecta patrón de auto-sabotaje y frustración.</p> <p>Conecta hipocondría con necesidad de cambio urgente.</p> <p>Observa que apoya cambios ajenos, pero no los propios.</p> <p>Se abre a transformar su</p>

						<p>vida desde sí mismo.</p> <p>Integra metáfora de la tirolina como impulso de cambio.</p> <p>Cierra sesión con mayor claridad y esperanza.</p>
27.11.24	6	<p>Conflicto con su madre y visión de su familia.</p> <p>Madre como víctima vs. agresora</p> <p>Integración de su historia.</p> <p>Patrones repetidos (transgeneracional) tanto positivos como negativos.</p> <p>Sensación de no tener lugar a dónde volver, sensación de soledad.</p> <p>Roles de los padres: Sensación de desprotección, miedo, falta de libertad: “imagínate que la figura que te tiene que dar seguridad, te da miedo; y la que te tiene que dar libertad, te la quita”.</p>	<p>Fusión con la narrativa de "mi madre es solo una víctima".</p> <p>El avance emocional hacia su padre se ve arrastrado por el odio de la madre.</p> <p>Defusión narrativa rígida de su madre hacia algo más completo y complejo.</p> <p>Madre vista como agresora, culpable de su sufrimiento.</p> <p>“Madre como víctima dependiente de su agresor”.</p> <p>“Mi padre siempre ha vivido asustado, por eso siempre estaba enfadado”.</p>	<p>Ejercicio de polaridades: Explorar a su madre como víctima y agresora sin invalidar ninguna (compasión vs. enfado).</p> <p>Exploración de las maneras de agresión según padre/madre.</p> <p>Ejercicio patrones que repite + y -.</p> <p>Orientación hacia valores: Ver su historia eligiendo hacia dónde ir.</p> <p>Ejercicio búsqueda características propias, no heredadas/ repetidas.</p>	<p>Culpa al sentir compasión hacia su padre.</p> <p>Miedo a invalidar sufrimiento.</p> <p>Disonancia cognitiva: dificultad para sostener emociones contradictorias.</p> <p>Rabia contra su madre por “elegir quedarse” en una situación dañina = rabia contra parte de sí mismo que elige quedarse en una situación dañina (ambos pasivos).</p> <p>Los mecanismos de defensa de ambos padres se repiten en él.</p> <p>Identificación con patrones disfuncionales de ambos padres.</p> <p>Sensación de soledad y vacío ante idea de construir su propio camino.</p>	<p>Comienza a integrar la ambivalencia: madre víctima y también agresora.</p> <p>Gana perspectiva sobre el origen del odio hacia su padre.</p> <p>Identifica patrones familiares repetidos en su conducta.</p> <p>Reconoce similitudes con ambos padres, positivas y negativas.</p> <p>Nombra rasgos propios que construyen su identidad individual.</p> <p>Acepta que ver el daño de su madre no invalida su sufrimiento.</p> <p>Empieza a separarse emocionalmente de la historia familiar.</p>
13.12.24	7	<p>Revisión feedback y cuestionarios.</p> <p>Rabia y frustración por su vida actual, ser pobre y perder tiempo con amistades.</p> <p>Privilegio.</p> <p>Búsqueda validación.</p> <p>Caminos para no limitarse.</p>	<p>Aparece ambición como nuevo valor importante.</p> <p>Reconoce que su rabia le mantiene en un ciclo de insatisfacción.</p> <p>Reconoce que es él mismo quien se limita.</p> <p>Quiere poner punto final a</p>	<p>Transformación del enfado en impulso: Utilizar la energía de la rabia para movilizarse.</p> <p>Redefinición de aprovechar su privilegio para alinearse con sus valores (usar voz para cosas positivas).</p> <p>Planificación de acciones basadas en valores.</p> <p>Ejercicio de compromiso</p>	<p>No quiere trabajar sobre los textos.</p> <p>Se siente tonto y patético al sentir que no le entienden al expresarse.</p> <p>Enfado consigo mismo le lleva a la resignación.</p> <p>Tendencia a la acción del enfado es interrumpida por el miedo.</p>	<p>Empieza a usar su enfado como impulso para el cambio.</p> <p>Reconoce que es él quien se limita.</p> <p>Aparece más autocompasión.</p> <p>Gana claridad sobre lo que valora realmente.</p> <p>Replantea su relación con el privilegio desde</p>

			<p>limitarse = callarse.</p> <p>“Tengo la voz, la voy a usar”.</p> <p>Se siente mal por aprovechar su privilegio.</p>	<p>conductual: Cómo se limita (dónde están los bloqueos, dónde se cortan los caminos) y qué puede hacer para no limitarse y alinearse con valores.</p>	<p>Miedo a ser juzgado por escribir.</p> <p>La rabia le mantiene activo mentalmente, pero pasivo conductualmente.</p>	<p>una perspectiva constructiva.</p> <p>Identifica su necesidad de validación externa.</p> <p>Explora caminos concretos para dejar de limitarse.</p>
24.01.25	8	<p>Conversación con su madre y hermanas. Madre ha vuelto a casa con el padre, él muestra cambios.</p> <p>Distanciamiento y diferenciación de la familia. Se explicita con su madre tema drogas, ella reacciona desde la preocupación.</p> <p>Confiesa a madre haber pensado en acabar con su vida y madre sigue hablando de drogas.</p> <p>Hermana le llama egoísta por depender del padre y le compara con él</p> <p>Sensación de capacidad, de no sentirse tan limitado.</p>	<p>Repite patrones del padre, señalados por la hermana.</p> <p>Siente doble moral madre y hermana (ambas tienen problemas con el alcohol).</p> <p>Reafirmación de su identidad y de sentir que ha hecho bien de irse lejos de la familia a través de la confirmación de sus creencias hacia su hermana y madre (reacción de forma cerrada): “no soy ignorante como ellas”.</p> <p>Empieza a ver que la sensación de soledad no es impedimento para su camino.</p> <p>Generar capacidad de sentirse bien en imaginación sin que se muera o pase algo terrible.</p>	<p>Focusing/ fisicalización: Uso de visualización guiada para conectar con sensación sentida (interrupción del bienestar – peso de la vida en la espalda: mochila). Tú eres más que esa carga.</p> <p>Defusión cognitiva. Metáfora de la mochila: Cargar con su historia sin dejar que lo defina.</p> <p>Visualización camino - Ejercicio de externalización soledad: Separar la sensación de soledad de su identidad, aceptarla, mirarla de frente.</p>	<p>Siente que diga lo que diga, su madre no cambia la narrativa, no le escucha realmente.</p> <p>Reacciona desde la rabia y enfado, mandando a la mierda y yéndose.</p> <p>Resignación.</p> <p>Busca sentirse capaz pero no desarrolla esa capacidad (marihuana).</p> <p>Al acercarse a lo que es una vida normal y de bienestar, le vuelve la sensación de que se va a morir.</p> <p>Miedo a la soledad interrumpe bienestar.</p> <p>Reafirmación de que su familia es ignorante le hace sentirse bien con su decisión de alejarse.</p>	<p>Se siente más seguro y auténtico tras la conversación con su familia.</p> <p>Ha dejado de reprimirse y ahora cumple metas con disciplina (efecto ejercicio última sesión).</p> <p>Aprendió a gestionar emociones como la carga y la soledad usando técnicas como Focusing.</p> <p>Acepta la soledad sin que le impida avanzar en su vida.</p>
11.02.25	9	<p>Sensación de no pertenecer.</p> <p>Dificultad para cerrar ciclos con amistades y exparejas.</p> <p>Marihuana.</p> <p>Yo individual vs. yo social.</p> <p>Miedo a la soledad.</p> <p>Necesidad de pertenencia como eje central.</p>	<p>Fusión cognitiva con la idea de que necesita a los demás para sentirse seguro.</p> <p>Evitación de la pérdida.</p> <p>Necesita estar con gente que comparta el apoyo por el cambio social.</p> <p>Desarrolló el yo social con su ex (le da sentimiento</p>	<p>Ejercicio sillas para generar defusión (yo como contexto) para ver desde fuera el diálogo que hay entre las dos partes que se sienten confrontadas de él externalización</p> <p>Explorar qué decide coger de cada parte de él. Agencia de poder elegir tomar acción según momento.</p>	<p>Rabia y estrés cuando deja de fumar. Fuma para regularse.</p> <p>Sensación disonancia entre lo que siente y lo que hace (mantiene amistades aun no pudiendo ser honesto, no quiere estar con chica, pero sigue)</p> <p>Resistencia a soltar relaciones.</p>	<p>Logra 4 días sin fumar.</p> <p>Distingue amistades que le nutren y las que no.</p> <p>Externaliza conflicto entre partes internas.</p> <p>Percibe que sus partes pueden convivir.</p>

			<p>pertenencia, comunidad).</p> <p>Ve incompatible alcanzar sus logros y expresar crítica social.</p> <p>Al ver desde fuera las sillas no entiende por qué están separadas.</p> <p>Quedarse en el yo social sería ser como su padre: quedarse en la queja.</p>	<p>Exploración de nuevos círculos sociales.</p>	<p>Sensación soledad por incompreensión.</p> <p>Ve confrontadas partes de él.</p> <p>Miedo a conseguir logros si no tiene con quién compartirlos.</p> <p>Se ve incapaz de conocer gente nueva.</p>	<p>Inicia defusión con sus voces internas.</p> <p>Desea integrar logros con sentido social.</p> <p>Defusión: él no es sus partes, puede observarlas.</p>
18.02.25	10	<p>Bloqueo creativo.</p> <p>Conflicto en relación a la sexualidad.</p> <p>Curiosidad.</p>	<p>Se fusiona con la idea de que su trabajo debe ser perfecto.</p> <p>Evita exponer su creatividad por miedo a la crítica.</p> <p>Busca conexión con el sexo. Busca expresarse sin pretensiones.</p> <p>Necesidad de ser responsable.</p> <p>Elegir hacer o no caso a sensaciones, dependiendo de lo que él elija.</p>	<p>Exploración preocupaciones.</p> <p>Exploración sexualidad. Qué busca, qué función tiene búsqueda de sexo.</p> <p>Focusing – aceptación y diferenciar self de sensación de impulso que necesita obtener respuesta – diferenciar necesidad de la sensación vs. necesidad suya (agencia, defusión).</p>	<p>Alta autocrítica.</p> <p>Acaba teniendo sexo cuando no quiere.</p> <p>Miedo a la exposición pública.</p> <p>Búsqueda de no limitarse, no poner control a través del juego y sexo.</p>	<p>Aumenta conciencia sobre búsqueda de conexión a través del sexo.</p> <p>Identifica impulso de curiosidad como factor de desregulación.</p> <p>Logra describir sensaciones físicas y separarse de ellas.</p> <p>Reconoce diferencia entre impulso y necesidad real.</p> <p>Reafirma deseo de tomar liderazgo en su vida.</p> <p>Empieza a conectar con un self más responsable.</p>
27.02.25	11	<p>Frustración por no escribir, avance, no concentración, saboteo.</p> <p>Uso móvil, no escribir.</p> <p>Voz crítica de padre y amigo.</p>	<p>Ha vivido definiéndose por cómo lo ven los demás.</p> <p>Necesita aprender a confiar en su propio criterio.</p> <p>Hacer actividades solo le conecta con herida emocional de cuando era pequeño: “me</p>	<p>Silla vacía autocrítica.</p> <p>Exploración de su identidad más allá del juicio externo.</p>	<p>Miedo a equivocarse.</p> <p>Duda de su propia voz.</p> <p>Crítica y vergüenza tras el no escribir “no valgo tanto para escribir” = si escribo veo que no valgo.</p> <p>En vez de escribir fuma y procrastina.</p>	<p>Externaliza la crítica y la reconoce como bloqueadora.</p> <p>Se defiende con firmeza desde su self actual.</p> <p>La crítica le pide perdón por primera vez.</p> <p>Decide darle “vacaciones” a su crítica.</p>

			estoy perdiendo cosas por no ir a planes”.		Escribir le conecta con sensación de soledad.	Verbaliza deseo de actuar desde él mismo, no desde la exigencia. Se va de la sesión con sensación de alivio y utilidad.
11.03.25	12	<p>Gestión emocional ante situación violenta en el trabajo (respuesta funcional → flexibilidad psicológica).</p> <p>Orgullo vinculado a logros físicos (rutina, alimentación, aumento de peso).</p> <p>Dificultad para abandonar consumo de marihuana (asociado a recuerdos positivos y narrativa de éxito=disciplina)</p> <p>Crítica interna y evitación de ejercicios experienciales.</p> <p>Perfeccionismo como forma de control, vinculado al ideal de “superhéroe”.</p> <p>Búsqueda de compromiso con pequeñas acciones valiosas.</p>	<p>Fusión cognitiva con la narrativa del “éxito condicionado”: el consumo de marihuana se convierte en un reforzador negativo y simbólico (último vínculo con expareja, representación del esfuerzo pasado).</p> <p>Evitación experiencial: evita el dolor del duelo relacional manteniendo el consumo.</p> <p>Alta autoexigencia y metas rígidas (60 páginas) → respuesta de control sobre la incomodidad interna → bloqueo en la acción con sentido.</p> <p>Control verbal de la experiencia interna: necesidad de entenderlo todo para poder transitarlo, lo que interfiere con la apertura experiencial.</p>	<p>Exploración de valores en el ámbito profesional → reconectar con lo importante.</p> <p>Intervención sobre metas: fragmentación de objetivos para fomentar experiencias de logro (acción comprometida).</p> <p>Defusión implícita: reconocimiento del pensamiento “esto no me va a servir” sin actuar desde él.</p>	<p>Fusión con contenido verbal (“si no es con ella, no vale”, “esto no me sirve”).</p> <p>Pasividad mantenida desde el control emocional y la duda constante.</p> <p>Evitación experiencial en lo emocional (rechazo a hacer silla) y conductual (procrastinación).</p> <p>Identificación con contenido de la autocrítica → autoimagen dañada e inflexible (“Te puede el rechazo y la vergüenza”).</p> <p>Crítica interna bloquea la acción desde la vergüenza y el miedo al fracaso.</p> <p>Perfeccionismo alimenta procrastinación y autocrítica.</p>	<p>Maneja con éxito una situación violenta en el trabajo.</p> <p>Reconoce logro con orgullo.</p> <p>Contacto con valores (trabajo, cuerpo, mejora personal).</p> <p>Inicio de acciones pequeñas y realistas hacia metas valiosas.</p> <p>Capacidad de verbalizar “he sido capaz” tras una situación emocionalmente desafiante.</p> <p>Consciencia de que fumar le está impidiendo conseguir objetivos.</p>
01.04.25	13	<p>Reenfoque vital: priorizar autocuidado frente a demandas externas.</p> <p>Orgullo corporal como manifestación de integración mente-cuerpo.</p> <p>Sensación de poder personal y construcción del self desde una postura adulta, sensación de poder defenderse.</p> <p>Dificultades en el área relacional (vínculos sociales, masculinos).</p>	<p>Movimiento del patrón de supervivencia hacia una vivencia más consciente y en calma → proceso de desidentificación con la narrativa del “niño dañado”.</p> <p>Experiencia corporal como vía de conexión con el yo observador: el cuerpo actual refleja no solo logros, sino también un estado</p>	<p>Clarificación de valores en distintas áreas de vida.</p> <p>Intervenciones de empoderamiento: “yo elijo”, “me permito crear vínculos con quienes resuenan conmigo”.</p> <p>Defusión con historia pasada. Acción desde valores actuales.</p> <p>Contacto con el momento presente a través del cuerpo y las rutinas.</p>	<p>Persistencia de miedo al rechazo y a la apertura emocional en vínculos masculinos.</p> <p>Le cuesta exponerse a lo social.</p> <p>Patrón aprendido de represión y crítica como defensa ante vulnerabilidad.</p> <p>Dificultad para sostener el avance sin necesidad de validación externa.</p>	<p>Clarificación de identidad adulta y revalorización del presente. “Me voy a dar la oportunidad de ser quien quiero ser, de vivir en el yo de ahora.”.</p> <p>Ha conseguido mantener trabajo 8 meses.</p> <p>Canaliza rabia hacia el ejercicio y boxeo.</p> <p>Construcción de narrativa</p>

			<p>interno más coherente.</p> <p>Aparece agencia (sentido de elección) frente a patrones relacionales previos (sumisión, búsqueda de aprobación).</p> <p>Progresiva diferenciación entre valores propios y mandatos familiares/sociales.</p>	<p>Uso del lenguaje como herramienta para cambiar la relación con la historia personal (yo como contexto).</p> <p>Trabajo en defusión de la narrativa de valía condicional. Se exploran los pensamientos asociados a la necesidad de retroalimentación externa como guía de valor. Se promueve el contacto con el self como contexto y se refuerza la acción comprometida conectada a valores intrínsecos.</p>	<p>Atracción hacia la violencia, necesidades de contención.</p> <p>Estabilidad o rutina generan sensación de aburrimiento.</p>	<p>alternativa: “soy el padre que me hubiera gustado tener”.</p> <p>Inicio de conductas comprometidas alineadas con valores (trabajo, disciplina, alimentación).</p> <p>Mayor presencia del yo observador y menor fusión con contenido autocrítico.</p> <p>Presencia de yo adulto.</p> <p>“Estoy orgulloso de mí”.</p> <p>Aceptación incertidumbre: “Elijo la incertidumbre y avanzar”.</p>
08.04.25	14	<p>Relación con vínculo actual: identificación de patrón disfuncional y deseo de ruptura.</p> <p>Sexo como vía exclusiva de conexión → rigidez de repertorio relacional.</p> <p>Proyecto profesional: dificultad para organizarse y mantener la atención.</p> <p>Defusión cognitiva ante crítica interna y pensamientos intrusivos.</p>	<p>La crítica interna aparece como forma de evitar tomar decisiones difíciles (ruptura con vínculo actual).</p> <p>El sexo ha funcionado como estrategia de regulación emocional e intimidad aprendida → necesidad de construir nuevos caminos hacia la conexión.</p> <p>Fusión cognitiva con pensamientos del sistema familiar (“¿Quién te crees que eres?”) → interfiere en la acción desde valores.</p> <p>Se inicia un proceso de toma de perspectiva y separación del contenido del pensamiento (“me está viniendo el pensamiento de...”).</p>	<p>Defusión cognitiva explícita sobre pensamientos críticos y automáticos vinculados al deseo sexual.</p> <p>Validación de la función del sexo como forma legítima de conexión, abriendo espacio a nuevas formas más alineadas con valores.</p> <p>Metáfora de la tirolina → redefinida como circuito → avanzar paso a paso, sostenido, constante.</p> <p>Adaptar entorno externo (cafetería) como facilitador del cambio → trabajo ambiental como parte del compromiso.</p>	<p>Dificultad para dejar la relación sexual con “pareja”: sexo como vía principal de conexión y evita el malestar asociado a la ruptura. Miedo a la incertidumbre, a lo no conocido.</p> <p>Crítica interna como mecanismo de evitación: pensamientos autocríticos (“¿Quién te crees?”) interrumpen la toma de decisiones alineadas con valores, actuando como freno ante el deseo de cambio.</p> <p>Fusión con voces externas (familiares): mantiene patrones relacionales y de autoevaluación heredados, que interfieren en su agencia personal.</p> <p>Evitación emocional y decisional: evita enfrentar el duelo y la pérdida vinculada a la relación,</p>	<p>Mayor contacto con valores: reconoce que mantener sexo con “pareja” le aleja de quien quiere ser.</p> <p>Defusión de crítica interna: identifica la voz como heredada, no propia.</p> <p>Exploración de nuevas formas de conexión: cuestiona el sexo como única vía relacional.</p> <p>Flexibilidad psicológica: toma sus pensamientos con menos juicio, mayor apertura.</p> <p>Acciones alineadas: planifica entorno para facilitar concentración y avance profesional.</p>

					manteniéndose en una postura pasiva.	
06.05.25	15	Vulnerabilidad y vínculo con vínculo actual. Sentirse en el buen camino. Reducción del miedo a morir. Sociedad como figura desplazada del padre. Metas personales y escritura. Trabajo con la crítica y el autoconcepto. Aprendizajes fuera de sesión. Decisión de cerrar el proceso terapéutico.	<p>Abrirse a “pareja” actual activa vulnerabilidad genuina que le resulta positiva.</p> <p>La reducción del miedo a morir desbloquea el deseo de vivir.</p> <p>Desplaza la figura del padre en su crítica a la sociedad.</p> <p>La escritura canaliza su rabia y da sentido.</p> <p>El feedback refuerza una autoimagen más compasiva.</p> <p>Comprender le da seguridad y cuestiona la idea de estar “loco”.</p> <p>Cierra el proceso desde la capacidad, no la evitación.</p>	Exploración de la rabia hacia la sociedad y su vínculo con el dolor familiar no resuelto. Validación emocional, devolución vincular. Refuerzo de avances, conexión con valores. Defusión cognitiva, resignificación. Identificación de desplazamientos, metáfora del opresor. Clarificación de valores, acción comprometida. Feedback terapéutico, reformulación de la autoimagen. Reencuadre identitario, redefinición de “locura”. Revisión final, devolución de evolución.	Desplazamiento de la ira: Canaliza su rabia hacia la sociedad, sin reconocer el papel de sus padres en su sufrimiento. Lucha externa: Su sentido de vida está muy ligado a la oposición, lo que lo mantiene en una postura combativa. Dificultad para conectar con el dolor infantil: Evita enfrentar el dolor relacionado con sus padres, lo que le impide procesarlo de manera profunda. Riesgo de seguir viviendo a la defensiva: La rabia lo mantiene en una posición defensiva, dificultando la construcción de una vida desde lo que desea.	Pone límites afectivos, sostiene la vulnerabilidad. Se siente asentado, paciente y orgulloso de su progreso. Disminuye hipervigilancia, conecta pensamiento con su origen. Reconoce el desplazamiento, toma perspectiva. Identifica deseo profundo de compartir y transmitir. Reconoce avance, se siente escuchado y comprendido. Mayor seguridad interna, validación de su experiencia. Confianza, se siente fuerte, normal y capaz de vivir sin justificarse.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

En este apartado se detallarán los resultados obtenidos tras el tratamiento, abarcando tanto los resultados cuantitativos obtenidos de los cuestionarios, como los resultados cualitativos.

1. Resultados cuantitativos

Tras el proceso terapéutico, se administraron nuevamente los mismos cuestionarios aplicados al inicio del estudio con el fin de realizar una evaluación cuantitativa post-tratamiento del caso. A continuación, en la Tabla 4, se reflejan los resultados.

Tabla 4

Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de la evaluación final

Escala	Puntaje	Puntaje Máximo	Centil / Corte	Interpretación
STAI – Ansiedad Estado (AE)	30	60	Centil 79	Ansiedad moderada-alta en el estado actual
STAI – Ansiedad Rasgo (AR)	35	60	Centil 90	Alta predisposición ansiosa (rasgo estable)
CUDIT-R	24	32	Punto de corte ≥ 13	Indica probable trastorno por consumo de cannabis
RSE – Autoestima	25	40	—	Autoestima adecuada
LOSC – Auto crítica Internalizada	51	70	—	Muy elevada auto crítica; voz interna hostil y negativa
LOSC – Auto crítica Comparativa	48	84	—	Alta comparación negativa con los demás, sentimientos de inferioridad
SESLA – Soledad Familiar	23	35	Media salud mental: 15,00 Media población general: 11,08	Soledad familiar significativamente elevada
SESLA – Soledad Romántica	30	35	Media salud mental: 19,75 Media población general: 13,82	Carencia afectiva intensa en el plano vincular romántico
SESLA – Soledad Social	21	35	Media salud mental: 19,50 Media población general: 10,73	Soledad social por encima de la media, aunque menos extrema que las otras áreas

Los resultados post-tratamiento muestran una alta ansiedad tanto en el estado actual como en el rasgo general, junto con una posible dependencia al cannabis. La autoestima es adecuada, pero hay una auto crítica interna y comparativa muy elevada. Además, el paciente experimenta una sensación de soledad significativa, especialmente en las áreas familiar y romántica.

A continuación, se presentan gráficos comparativos que muestran los cambios observados en distintas variables psicológicas antes y después del tratamiento, basado en los resultados obtenidos a través de los cuestionarios aplicados en el proceso terapéutico.

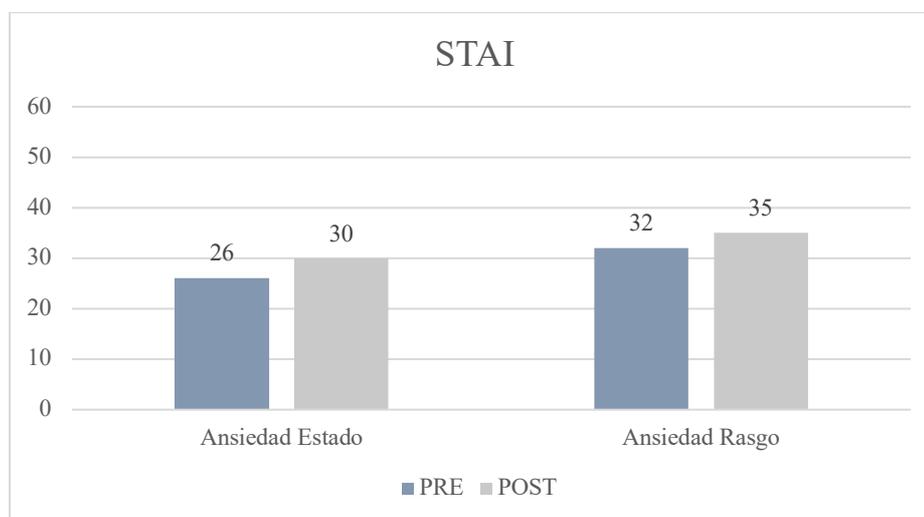


Figura 1

Comparación de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo antes y después del tratamiento, evaluados mediante el STAI (Spielberger et al., 1970).

En la Figura 1 se observa un ligero aumento tanto en ansiedad estado (de 26 a 30) como en ansiedad rasgo (de 32 a 35), manteniéndose en niveles moderadamente altos, lo que indica una persistencia del malestar ansioso. El incremento en las puntuaciones podría estar influido por las condiciones del día en que se respondió el cuestionario post tratamiento. Esto sucedió tras una jornada larga y al día siguiente del apagón nacional, lo que pudo elevar temporalmente la ansiedad percibida.

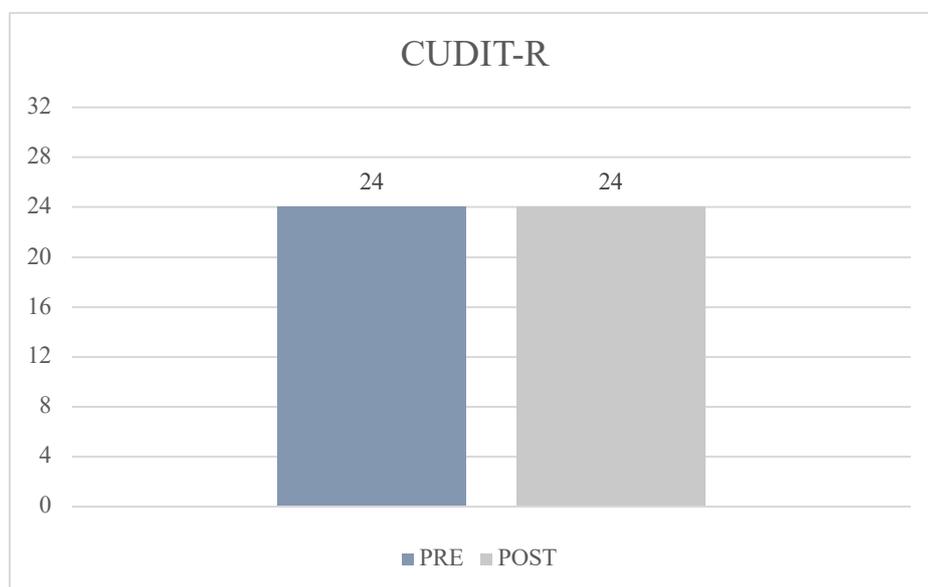


Figura 2

Comparación de las puntuaciones pre y post tratamiento en el consumo de cannabis según el CUDIT-R (Adamson et al., 2010).

En la Figura 2, se observa que el consumo de cannabis se mantuvo estable, con una puntuación de 24 que supera el punto de corte clínico, indicando la persistencia de un patrón problemático de su uso. Este resultado es coherente con la evolución del tratamiento, ya que el paciente manifestó en diversas ocasiones no tener la intención de dejar el consumo de marihuana, lo que dificultó la intervención en esta área a pesar de algunos intentos puntuales de reducción o abstinencia temporal.

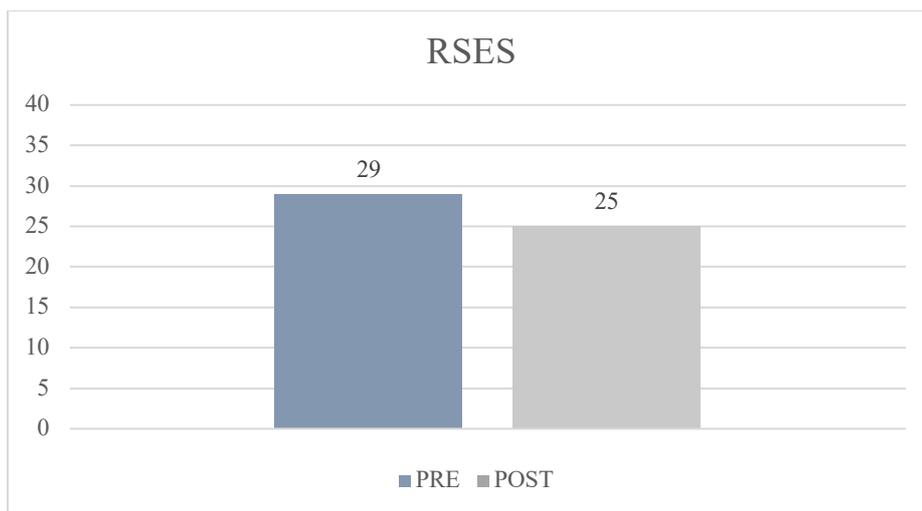


Figura 3

Puntuación pre y post tratamiento en la autoestima, evaluado con la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; adaptación española: Atienza et al., 2000).

La Figura 3 muestra un leve descenso en los niveles de autoestima (de 29 a 25), aunque se mantienen dentro de un rango normativo. Esta disminución podría interpretarse como un efecto del proceso terapéutico, al haberse incrementado la consciencia del paciente sobre sus patrones autocríticos, generando una valoración más realista y coherente consigo mismo.

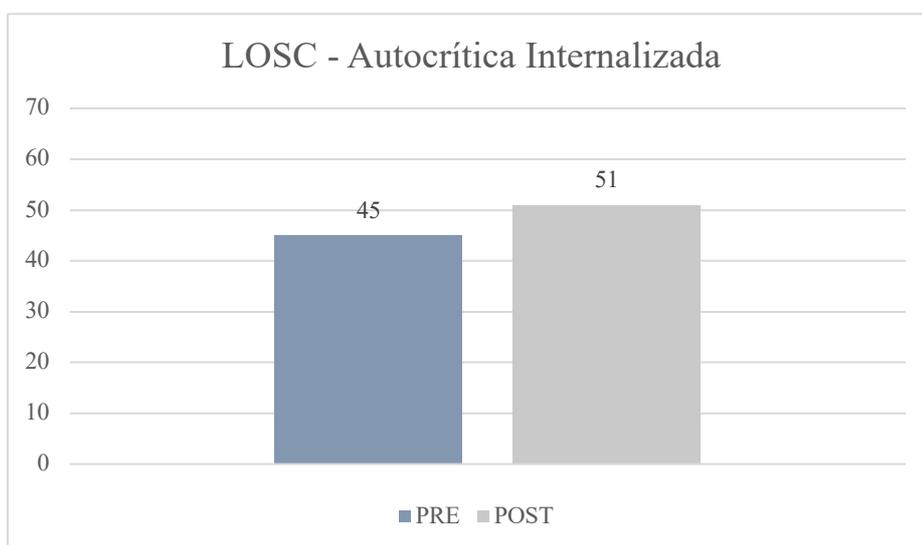


Figura 4

Cambios en la autocrítica internalizada antes y después del tratamiento medidos mediante el LOSC (Blatt et al., 1976).

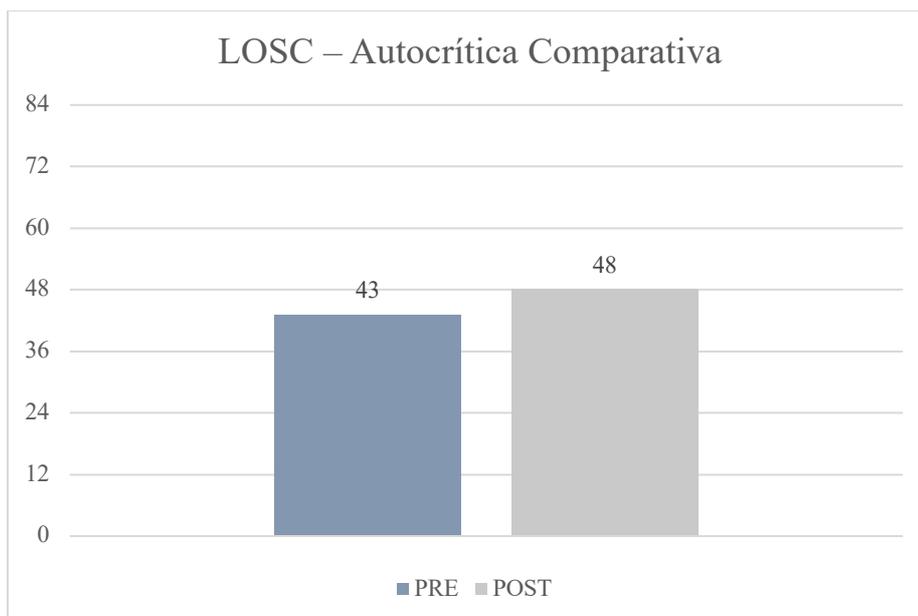


Figura 5

Cambios en la autocrítica comparativa antes y después del tratamiento medidos mediante el LOSC (Blatt et al., 1976).

En la Figura 4 y la Figura 5 se aprecia un aumento tanto en los niveles de autocrítica internalizada como en los de autocrítica comparativa (de 45 a 51 y de 43 a 48, respectivamente). Este incremento podría reflejar una intensificación de la voz autocrítica y del sentimiento de inferioridad frente a los demás. Sin embargo, también puede interpretarse como un indicador de mayor consciencia de estos patrones tras el proceso terapéutico. En particular, el ejercicio experiencial de la silla vacía, permitió al paciente entrar en contacto directo con su voz autocrítica, ponerle palabras, sostener un diálogo con ella y afrontarla emocional y vivencialmente, como una parte de sí mismo. Además, en otra experiencia centrada en la defusión entre dos partes enfrentadas de él, el paciente pudo observar desde fuera esta voz crítica, favoreciendo la toma de perspectiva, la defusión y un aumento de consciencia de lo que sucede en su interior. Aplicar estas técnicas en sesión podrían haber facilitado una percepción más clara y nítida de su autocrítica, aumentando las puntuaciones. Asimismo, el paciente expresó al final del proceso que los ejercicios con la autocrítica le fueron muy útiles, destacándolos como algunos de los más significativos en la terapia.

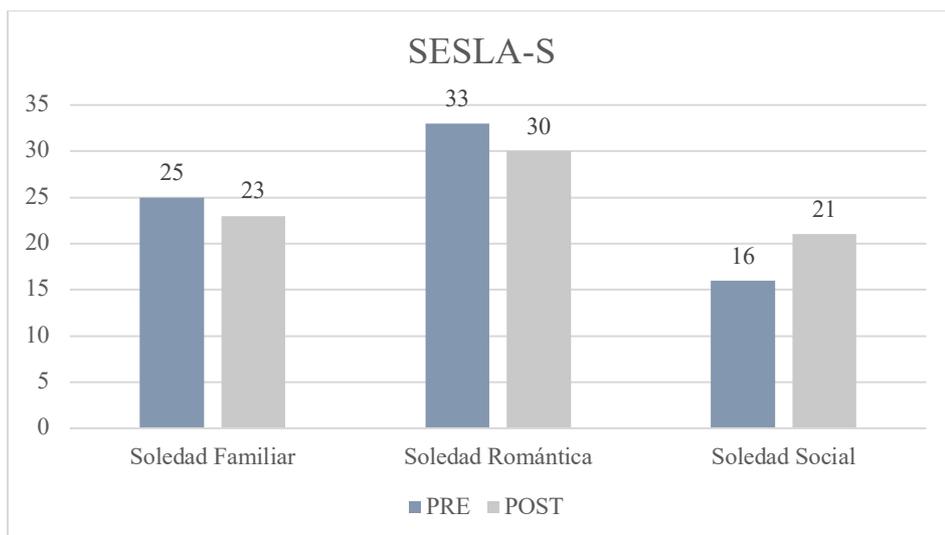


Figura 6

Comparación de los niveles de soledad familiar, romántica y social pre y post tratamiento, evaluados con la SESLA-S (DiTommaso et al., 2004; Yárnoz, 2008).

Respecto a la variable de la soledad, en la Figura 6 se observa que, aunque los niveles se mantienen elevados en todas las dimensiones evaluadas, se aprecia una leve mejoría en la soledad familiar (de 25 a 23) y en la soledad romántica (de 33 a 30), lo que podría señalar un incipiente movimiento hacia vínculos más significativos.

En concreto, la disminución en la soledad familiar podría estar vinculada al trabajo terapéutico realizado en relación con las figuras parentales. Ejercicios de expresión emocional respecto a lo que sentía hacia sus padres, así como un proceso de mayor integración de la figura materna en relación con su infancia (dejando de verla como una simple víctima y entendiendo su parte de responsabilidad), le han permitido explorar con mayor profundidad sus eventos internos y recolocar emocionalmente a sus progenitores. En este proceso, el paciente ha podido comprender mejor a su padre e incluso sentir pena por él. A lo largo de las sesiones, el paciente ha transitado de una vivencia centrada en la rabia hacia una mirada más compasiva y comprensiva hacia su familia. Ha podido contextualizar los errores familiares desde una perspectiva más amplia, responsabilizando en parte a la sociedad y las circunstancias, lo que podría haber facilitado un acercamiento emocional y una disminución del aislamiento percibido en este ámbito.

Por otro lado, la reducción en la dimensión de la soledad romántica (de 33 a 30) podría estar relacionada con un fortalecimiento del vínculo consigo mismo. El paciente ha trabajado

aspectos como la autocompasión, el autoapoyo y la conexión con valores personales y profesionales, lo que podría haber reducido la necesidad urgente de una figura externa que le sostenga. Esta disminución en la dependencia afectiva puede estar vinculada a un proceso de individualización más sólido, en el que se reconoce como una persona más capaz y autosuficiente.

En contraste, se observa un aumento en la soledad social (de 16 a 21), lo cual podría interpretarse como una señal de mayor consciencia en esta área. A lo largo de la terapia, el paciente ha reflexionado sobre sus relaciones actuales, detectando que muchas de ellas ya no responden a sus valores ni a su deseo de conexión auténtica. Este reconocimiento, si bien puede resultar doloroso, también podría representar un paso hacia una vida social más coherente con sus necesidades emocionales. El sentimiento de mayor aislamiento podría reflejar, en este sentido, una etapa de transición: una fase de vacío entre viejos vínculos que ya no le nutren y la posibilidad de establecer relaciones más significativas. Esta interpretación se ve respaldada por el trabajo realizado en sesión, donde el paciente exploró a través de ejercicios de visualización cómo sería vincularse con amistades con las que pudiera sentirse realmente auténtico y comprendido. Imaginar esta posibilidad, aunque aún existan dificultades en el ámbito social, podría haber favorecido una toma de consciencia sobre la escasa calidad de sus relaciones actuales y el deseo de dejar atrás vínculos que ya no desea sostener. Esta mayor lucidez respecto a sus necesidades relacionales podría paradójicamente, haber intensificado la percepción de soledad social, como un paso necesario en el proceso de cambio.

Tabla 5

Cambios observados en ítems específicos

Cuestionario	Ítem	Pre	Post	Escala
LOSC – Autocrítica	Me vuelvo muy irritable cuando fallo	4	6	1–7
LOSC – Autocrítica	A menudo me enfado mucho conmigo mismo cuando fallo	3	5	1–7
LOSC – Autocrítica	Me disgusta mucho cuando fallo	4	5	1–7
LOSC – Autocrítica	El fracaso es una experiencia muy dolorosa para mí	6	5	1–7
LOSC – Autocrítica	Me cuestiono mi valía al fracasar	4	6	1–7
LOSC – Autocrítica	Me comparo con mis metas e ideales	7	5	1–7
SESLA – Soledad romántica	Tengo la necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima	6	3	1–7
RSES – Autoestima	En general me siento satisfecho conmigo mismo	3	3	1–4

Cuestionario	Ítem	Pre	Post	Escala
RSES – Autoestima	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	3	3	1–4
RSES – Autoestima	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	3	4	1–4
STAI – AE	Estoy contrariado	3	1	0–3
STAI – AE	Estoy preocupado ahora por desgracias futuras	3	2	0–3
STAI – AE	Me siento descansado	3	1	0–3
STAI – AE	Me siento muy atado/oprimido	3	2	0–3
STAI – AE	Estoy preocupado	2	3	0–3
STAI – AR	Me gustaría ser tan feliz como otros	2	3	0–3
STAI – AR	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	2	1	0–3
STAI – AR	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	2	0–3
STAI – AR	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	1	2	0–3
STAI – AR	Estoy satisfecho	0	1	0–3
STAI – AR	Me siento triste	2	1	0–3
STAI – AR	Soy feliz	0	0	0–3

Más allá de las puntuaciones globales en cada cuestionario, a partir de la Tabla 5, se realiza un análisis detallado de algunos ítems individuales con el objetivo de identificar matices relevantes que no siempre quedan reflejados en las puntuaciones globales.

En la escala de autocrítica (LOSC), uno de los patrones más destacables es el aumento de la reactividad emocional ante el error, especialmente en ítems que reflejan irritabilidad, enfado consigo mismo y cuestionamiento de la propia valía. Estos datos sugieren que el fracaso continúa siendo vivido como una experiencia intensa y autorreferencial. Sin embargo, se aprecia una disminución en el ítem que mide la comparación con los propios ideales, lo cual podría reflejar un inicio de flexibilización de los estándares autoimpuestos, en línea con uno de los focos terapéuticos del trabajo desde la ACT: suavizar la rigidez del yo idealizado y promover una relación más compasiva con uno mismo.

En la dimensión de soledad romántica (SESLA), se destaca una reducción en la necesidad insatisfecha de una relación íntima. En relación a lo ya comentado, este movimiento podría interpretarse como un mayor grado de aceptación de su situación afectiva actual, o bien como un desplazamiento del foco vincular hacia otras áreas significativas de su vida, como el crecimiento personal o profesional. En cuanto a la autoestima (RSES), se observa una aparente

contradicción interna. Mientras que el paciente mantiene una puntuación relativamente alta en el ítem “Me siento satisfecho conmigo mismo (3 sobre 4), en el cuestionario de ansiedad rasgo (STAI) declara no sentirse satisfecho (0 sobre 3). Esta puntuación aumenta levemente a 1 tras el tratamiento. Este contraste podría indicar una ambivalencia respecto a su autoimagen, en proceso de ajuste y reconciliación, aunque todavía inestable y frágil.

Otro elemento llamativo es el aumento en el ítem “Me preocupo demasiado por cosas sin importancia”, que pasa de 0 a 2. Aunque en apariencia podría leerse como un empeoramiento, también puede entenderse como una mayor consciencia metacognitiva sobre su tendencia a sobredimensionar preocupaciones menores. Esta hipótesis se ve reforzada por la disminución paralela en la preocupación por desgracias futuras, lo cual sugiere una leve reducción del catastrofismo y de la ansiedad anticipatoria. Ambos movimientos podrían estar vinculados con el trabajo terapéutico en aceptación y defusión cognitiva, en el que el paciente ha comenzado a observar sus pensamientos con mayor distancia y menor fusión identitaria.

Finalmente, se identificaron algunos ítems que no mostraron variaciones entre la evaluación inicial y final, pero que presentaron valores extremos constantes (por ejemplo, puntuaciones sostenidas de 0 o 3 en una escala de 0 a 3). Estas puntuaciones podrían señalar la presencia de esquemas nucleares profundamente arraigados, como la percepción persistente de fracaso o la vivencia estable de ausencia de felicidad. En conjunto, este análisis revela una alta sensibilidad emocional ante el error, una autoexigencia que, si bien sigue presente, empieza a ser cuestionada; y una creciente consciencia de estados internos previamente evitados. Aunque estos cambios no se traducen todavía en una mejoría cuantitativa generalizada, representan avances importantes dentro de un proceso de transformación emocional complejo, aún marcado por la ambivalencia y la persistencia del malestar.

En su conjunto, los resultados obtenidos en las diferentes variables no reflejan una mejora lineal o cuantitativamente marcada, pero sí permiten entrever ciertos movimientos internos significativos que han tenido lugar a lo largo del tratamiento. Algunas puntuaciones elevadas o en aumento, como las de ansiedad, autocrítica o soledad social, podrían interpretarse no como un signo de empeoramiento, sino como manifestaciones de una mayor capacidad para contactar con el malestar, una toma de consciencia más afinada y un posicionamiento honesto frente a sus experiencias internas y sus vínculos. Este mayor contacto con lo que duele y con las propias necesidades puede generar inicialmente más incomodidad, pero también representa una oportunidad para el cambio.

2. Resultados cualitativos

A lo largo de las quince sesiones de intervención, se han observado transformaciones significativas en la forma en la que el paciente se relaciona consigo mismo, con su historia y con el mundo. La evolución, aunque no ha sido lineal, ha estado marcada por un proceso de defusión cognitiva, regulación emocional, fortalecimiento del yo observador y la construcción de un relato más compasivo, coherente y orientado a la acción. A continuación, se describen los principales avances cualitativos, ilustrados con frases literales que el paciente ha verbalizado durante el proceso.

2.1. Superación del miedo a la muerte y acceso a la vida

Uno de los cambios más relevantes ha sido la transformación de su vínculo con el miedo a la muerte, que en las primeras sesiones aparecía como un bloqueo central: “Tengo un miedo constante a la vida”, “Siento que me voy a morir en cualquier momento”, decía con angustia. Esta hipervigilancia somática que se inició por el miedo al saber que su madre bebía alcohol y fumaba durante su embarazo, le mantenía en alerta constante, pendiente de síntomas, buscando reafirmación médica, con gran dificultad para confiar en su salud, y sobre todo suponiendo el mayor de sus bloqueos, según el paciente.

A medida que avanzó el proceso, comenzó a cuestionar esta narrativa, logrando finalmente una afirmación crucial: “He aceptado que no me voy a morir, que estoy sano y fuerte, y eso me hace querer crear la vida que quiero tener”. Esta frase marcó un punto de inflexión, ya que dejó de necesitar comprobaciones médicas, cesó su hipervigilancia y comenzó a vivir “sin miedo a la vida”, como él mismo expresó con alivio. Esta nueva base de seguridad interna le ha permitido reconectar con un propósito vital, canalizando su energía hacia la creación, y no hacia la evitación.

2.2. Reencuentro con la acción y el compromiso

Desde las primeras sesiones, el paciente manifestaba un patrón de parálisis: “Mi mayor problema es que no paso a la acción, me quedo en mi mente”. Este estancamiento, vinculado al miedo, a la crítica interna y a una visión derrotista, le generaba frustración y sufrimiento. Sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico fue desplegando una nueva capacidad de actuar desde la coherencia entre lo que siente, piensa y hace. Prueba de ello es su decisión de cerrar

el proceso afirmando sentirse “preparado para pasar a la acción”, “con las bases necesarias para avanzar solo, con dirección y fuerza”.

Un hito especialmente significativo fue en la tercera sesión cuando reconoció por primera vez: “Me doy cuenta de que soy yo quien se pone excusas”. Desde entonces, se fue abriendo a la responsabilidad, como él mismo verbalizó en otra sesión: “Necesito ser más responsable”, transitando del bloqueo a la autodirección. También, ha clarificado metas personales y vitales, identificando con honestidad los bloqueos que se interponen y elaborando estrategias para atravesarlos.

2.3. Defusión y redefinición de la identidad

El trabajo con la defusión ha sido otro eje fundamental. El paciente ha aprendido a observar sus voces internas críticas, diferenciándolas de su identidad. Mientras que al inicio decía: “Siempre me he sentido el loco de la familia” o “Mejor me callo” por miedo a ser juzgado, ahora afirma con contundencia: “Sé que no estoy loco”, y se reafirma en su derecho de pensar y expresar lo que siente.

Este proceso de separación respecto a los mensajes heredados le ha permitido acceder a una narrativa interna más compasiva. Ha comenzado a hablarse desde una voz comprensiva, reconociendo que “la crítica le ha bloqueado mucho” y que quiere darle “vacaciones”. Incluso ha llegado a decir: “Siento que soy capaz de hacerme de mi propio terapeuta”, lo cual muestra un nivel de consciencia, autoobservación y cuidado interno alcanzado.

2.4. Orgullo y construcción de sentido

Otra transformación central ha sido el tránsito desde el autorrechazo al respeto por sí mismo. En las primeras sesiones decía frases como “Me doy pena, llevo toda la vida sufriendo” y “No valgo lo suficiente para escribir”. Ahora verbaliza: “Siento que estoy viviendo una vida normal y me siento bien”, “Estoy orgulloso”, “Me merezco ahora ser feliz”.

Esta nueva relación consigo mismo le ha permitido sostener un trabajo durante ocho meses, independizarse económicamente de su padre, mantener rutinas de ejercicio y alimentación y comenzar a construir una vida más coherente con sus valores. Ha logrado sentirse capaz de escribir sobre aquello que le importa, como menciona en la última sesión: “Estoy escribiendo mucho, tengo muy buenas ideas y quiero publicarlo, que la gente lo lea”.

Lejos queda aquel inicio en el que decía: “No valgo para escribir” o “No me atrevo a exponer mi voz”.

2.5. Regulación emocional y gestión de la rabia

Un avance significativo ha sido su capacidad para regular emociones intensas, especialmente ante situaciones de violencia, donde antes tendía a dejarse llevar por la ira. En sesiones posteriores relató haber manejado exitosamente una situación conflictiva en el trabajo, también en la calle. Canaliza su rabia a través del ejercicio y la escritura, conectando con su fuerza sin dejarse arrastrar por el impulso.

También, ha desarrollado un rol activo y coherente en su vida relacional, siendo capaz de mantener una conversación difícil para dejar de mantener relaciones sexuales con su “pareja”, priorizando su deseo de autenticidad en las relaciones a sus impulsos sexuales y necesidad de conexión. Pasó de verbalizar durante varias sesiones: “Digo una cosa y hago otra”, a “He sido coherente entre lo que pienso y lo que hago” al final del proceso. Estas experiencias le han aportado sensación de agencia y capacidad.

2.6. Consciencia del conflicto interno y autocompasión

Ha desarrollado un yo observador cada vez más sólido, que le permite mirar desde fuera los conflictos internos sin identificarse con ellos. Este proceso ha sido valioso para poder mirar con compasión tanto su historia como su presente.

Aunque mostró resistencia inicial a ejercicios más experienciales, debido a su tendencia a permanecer en lo mental y conceptual, ha reconocido que este trabajo con sus voces internas y críticas “le ha hecho clic” y que ha sido de lo que más le ha ayudado. Ha comenzado a reconocer sus esfuerzos y a tratarse como alguien digno de amor.

2.7. Reconciliación con la historia personal y la familia

El paciente ha logrado transitar de una relación rígida y culpabilizadora con su pasado hacia una mirada más integradora. Al inicio afirmaba: “No tengo la vida que quiero” y vivía muy anclado en la narrativa de trauma. Verbalizaba: “En cuanto me he acercado a lo que es una vida normal, me ha vuelto la sensación de que me iba a morir”. Ahora, en contraste, afirma: “Estoy en el buen camino, empezando a construir la vida que quiero”, y “Estoy viviendo una vida normal y me siento tranquilo”.

En el cierre del proceso, expresó: “Mis padres lo han hecho lo mejor que han podido”, lo cual, si bien sigue teñido de una visión crítica y culpabilizadora hacia la sociedad como origen del sufrimiento, muestra una compasión hacia sus figuras parentales. Ha pasado de una fusión total con el trauma a un relato más elaborado que le permite habitar el presente con menor carga. Ha integrado frases trabajadas en sesión como: “Entender tu pasado que sirva para actuar desde el presente con (auto)compasión”.

2.8. Apertura a nuevas formas de conexión

Un avance silencioso pero significativo ha sido su apertura a nuevas formas de vincularse que trascienden lo sexual. Pese a reconocer su dificultad persistente a exponerse socialmente, ha tomado consciencia de cómo la búsqueda de mantener relaciones sexuales casuales es una vía de conexión, y ha comenzado a explorar otras formas de intimidad emocional más auténticas. Esto le ha conectado con un deseo de crear vínculos más coherentes con su sentir, además de desear crear amistades con hombres también, trascendiendo su rechazo inicial hacia el género masculino.

2.9. Emergencia del self adulto y sentido de agencia

Uno de los logros más importantes ha sido el fortalecimiento de su self adulto. Ha dejado de verse, tanto externamente como internamente, como un niño indefenso y empieza a sentirse capaz de sostenerse a sí mismo. Parte de este cambio ha sido su transformación física, con una apariencia más musculosa. Sin embargo, lo que realmente ha ocurrido a un nivel más profundo es que se siente interiormente como un adulto capaz de sostener a ese niño que tanto ha sufrido, desde una perspectiva madura y responsable. “Estoy siendo el padre que me habría gustado tener”, afirmó en una de las sesiones finales, mostrando con ello su capacidad de autocuidado, responsabilidad y amor propio. La frase con la que cierra el proceso: “Estoy orgulloso de mí”, sintetiza este nuevo lugar desde el que experimenta su vida, más presente, confiado y capaz de protegerse a sí mismo.

Así, ha reconocido que “vive sin miedo a la vida”, que “tiene ganas de crear” y que “elige la incertidumbre y avanzar”, en lugar de paralizarse ante ella.

2.10. Relación terapéutica como base del cambio

En la última sesión, el paciente compartió que uno de los elementos que más le ha ayudado del proceso ha sido sentirse escuchado y no juzgado. Ha valorado especialmente las devoluciones que se le han ofrecido, impactando en la forma en la que se percibe a sí mismo, afirmando que le “han hecho clic”. Mencionó la importancia de la “reciprocidad” vivida en sesión, lo que le permitió establecer un vínculo terapéutico significativo. Este vínculo terapéutico ha funcionado como una base segura desde la cual atreverse a experimentar, incluso cuando inicialmente mostraba resistencia a lo experiencial. Aunque tendía a permanecer en lo conceptual, gracias al marco relacional, ha podido abrirse a experimentar internamente lo trabajado, dando lugar a comprensiones profundas.

Aunque el proceso no ha estado exento de momentos de retroceso o duda, cada paso ha contribuido a consolidar una nueva narrativa interna más flexible y compasiva. Ha permitido construir desde sí mismo un lugar de sentido, dirección y amabilidad. Ha emergido una voz adulta, coherente, fuerte, capaz de sostenerse, avanzar y mirar su historia sin quedar atrapado en ella. En conjunto, aunque el paciente no ha consolidado aun un patrón estable de acción comprometida sostenida, sí ha atravesado momentos cruciales de *insight*, conexión emocional y elecciones vitales que configuran un cambio cualitativo en su forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo.

En la Figura 7 se puede apreciar una representación visual de los resultados cualitativos del tratamiento de este caso, comparando las frases del inicio del tratamiento con las del final.

Figura 7

Representación visual de los resultados cualitativos



DISCUSIÓN

1. Integración de los datos con la literatura relevante

El análisis del proceso terapéutico en este caso evidencia que, aunque no se observaron reducciones lineales y uniformes en los síntomas medidos cuantitativamente, la intervención fue exitosa en promover un cambio profundo en la forma en que el paciente se relaciona con su malestar. Este hallazgo está alineado con los postulados centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que enfatizan que el objetivo terapéutico no es la eliminación directa del sufrimiento, sino el desarrollo de flexibilidad psicológica para experimentar las emociones difíciles sin evitarlas, y actuar en congruencia con los valores personales (Hayes et al., 2012).

En este sentido, el aumento en la consciencia de la ansiedad, la autocrítica y la soledad puede interpretarse como una señal de avance en el proceso terapéutico, ya que refleja una disminución en la evitación experiencial y un contacto más abierto con estados emocionales previamente negados o suprimidos. La literatura señala que este aumento temporal en la activación emocional es un fenómeno común y necesario en terapias que trabajan con la aceptación y la exposición interna (Hayes et al., 2006; Twohig & Levin, 2017).

La incorporación de técnicas provenientes de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) aportó un valor añadido crucial al facilitar que el paciente accediera a sus emociones a nivel corporal y simbólico, lo cual es fundamental para la regulación emocional y el procesamiento de experiencias traumáticas o dolorosas (Greenberg, 2015). Este trabajo experiencial contribuyó a que el paciente desarrollara mayor autocompasión y una posición de observador hacia sus pensamientos autocríticos, fortaleciendo así los procesos de defusión cognitiva promovidos por ACT (Hayes et al., 2012).

El proceso de clarificación de valores y la progresiva acción comprometida fueron otros aspectos centrales del cambio, mostrando que el paciente comenzó a vivir en mayor sintonía con lo que considera significativo, incluso ante la presencia de malestar. Este movimiento de la evitación hacia la acción comprometida es fundamental en la literatura de ACT, donde se destaca la importancia de una vida guiada por valores para generar bienestar sostenido y sentido vital (Hayes et al., 2006).

Es relevante también destacar la persistencia de ciertas conductas como el consumo problemático de cannabis, lo que refleja la complejidad del proceso terapéutico y la necesidad de respetar el ritmo del paciente. Desde la perspectiva de ACT, el cambio en conductas de evitación experiencial requiere no solo consciencia sino también un compromiso activo con valores específicos, y la ausencia de este compromiso puede limitar la modificación conductual (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Esto abre un espacio para futuras intervenciones que pueda fortalecer esta dimensión.

Finalmente, el vínculo terapéutico, seguro y empático, fue un factor clave para permitir que el paciente se abriera a experiencias emocionales difíciles y a trabajar desde lo experiencial, aspecto especialmente enfatizado tanto en ACT como en TFE (Safran & Muran, 2000; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2013). La alianza terapéutica facilitó la exploración y la confianza necesarias para que la terapia funcionara más allá de la simple aplicación técnica.

En conclusión, este caso ilustra que el éxito terapéutico en contextos complejos no siempre se traduce en una reducción inmediata y lineal de los síntomas, sino en un cambio cualitativo en la relación con el sufrimiento y la construcción de una vida más plena y con sentido. La integración de ACT y TFE resultó ser un enfoque holístico y efectivo para acompañar este proceso, alineándose con la evidencia actual sobre la importancia de la flexibilidad psicológica, el trabajo emocional profundo y la acción guiada por valores en la salud mental.

2. Limitaciones

Existen diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos en este estudio de caso, tanto en su dimensión cuantitativa como cualitativa. En primer lugar, los cuestionarios de evaluación pretratamiento no fueron administrados antes del inicio del proceso terapéutico, sino entre las sesiones 6 y 7, por razones logísticas. Esto quiere decir que el paciente ya había comenzado a contactar con aspectos relevantes de su mundo interno, por lo que las puntuaciones iniciales no reflejan el estado basal real, sino una fotografía parcial de un proceso ya en marcha. Probablemente, esto hizo que el paciente estuviese ya atravesando una mayor consciencia de su malestar y teniendo un contacto más directo con experiencias evitadas hasta entonces.

Asimismo, los cuestionarios postratamiento fueron completados en un contexto poco favorable: el día posterior al apagón eléctrico nacional que alteró probablemente la rutina y el

estado emocional del paciente. A esto se sumó que llevaba dos semanas sin acudir a sesión y que respondió los instrumentos tras una jornada agotadora, de forma apresurada. Este conjunto de factores pudo influir en su disposición emocional y en su percepción subjetiva del proceso, sesgando las respuestas hacia una visión más crítica o confusa.

Otra limitación importante ha sido la frecuencia irregular de las sesiones, que en algunos momentos llegaron a espaciarse hasta un mes. Esta discontinuidad dificultó la continuidad del trabajo terapéutico, el sostenimiento del vínculo y la consolidación de los aprendizajes, especialmente aquellos que requieren una práctica reiterada y sostenida como la exposición progresiva al malestar, el desarrollo del yo observador o el compromiso con acciones alineadas con los valores personales.

Aunque el paciente ha verbalizado que el trabajo sobre la autocrítica ha sido uno de los aspectos más transformadores del proceso, esta percepción no se ve reflejada de forma clara en los resultados cuantitativos, que muestran un ligero aumento en esta dimensión. Este desfase puede deberse, por un lado, al contexto emocional en el que se administraron los cuestionarios finales, y por otro, a una mayor consciencia desarrollada durante el proceso, lo cual podría haber incrementado la percepción del juicio interno al responder.

Además, no se ha incluido el cálculo de la significación clínica o estadística de los resultados debido a una falta de criterios unificados y fiables. Durante el análisis, se observó que los valores de desviación típica de referencia variaban considerablemente entre estudios y manuales, lo que generaba inconsistencias en la interpretación del cambio. Ante esta falta de estandarización, se optó por no presentar este tipo de análisis para no sostener conclusiones cuantitativas que pudieran resultar engañosas o poco rigurosas.

Otra limitación metodológica es inherente al propio diseño del estudio, ya que se trata de un caso único. Esto impide la generalización de los resultados. Aunque este enfoque permite una comprensión profunda, rica y contextualizada del proceso de cambio de un paciente concreto, no permite establecer relaciones causales ni extraer conclusiones extrapolables a otros contextos clínicos. Su valor reside, principalmente, en su capacidad para generar hipótesis, ilustrar dinámicas clínicas complejas y ofrecer un acercamiento ideográfico al proceso terapéutico.

Por último, el desarrollo del tratamiento estuvo condicionado por una preferencia persistente del paciente por el trabajo más conceptual y narrativo, mostrando cierta resistencia

a las propuestas experienciales. Aun así, a través de la confianza del vínculo se prestó a ciertos ejercicios. No obstante, esta evitación afectó al despliegue de ciertos recursos terapéuticos que podrían haber facilitado una mayor apertura emocional, defusión y conexión con el yo como contexto. El trabajo, por tanto, se centró mayoritariamente en el plano cognitivo y narrativo, aunque se pudieron aplicar técnicas más experienciales como la silla vacía, visualizaciones o técnicas de Focusing. Esto posiblemente limitó el impacto de algunas intervenciones claves del enfoque ACT. Aun así, se aprovechó lo narrativo y verbal para emplear metáforas, propias de ACT.

En conjunto, estas limitaciones invitan a una interpretación cautelosa de los resultados, considerando tanto las condiciones específicas en las que se desarrolló el proceso como la naturaleza exploratoria y descriptiva del diseño. No obstante, el estudio ofrece información valiosa sobre las posibilidades y obstáculos del cambio terapéutico.

3. Recomendaciones para la práctica clínica e investigación

Se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a la práctica profesional y a futuras investigaciones.

Se recomienda aplicar enfoques integradores en casos complejos. La combinación de ACT y TFE se ha mostrado útil en la intervención de problemáticas diversas como la ansiedad, autocrítica, inactividad, trauma relacional o consumo problemático. Esta integración permite abordar simultáneamente la evitación experiencial, el procesamiento y la regulación emocional, además de la conexión con los valores personales y las necesidades emocionales. También se recomienda valorar el cambio cualitativo más allá de la sintomatología, ya que, a pesar de la ausencia de mejoras lineales en los resultados cuantitativos, los indicadores cualitativos evidenciaron transformaciones relevantes. Se recomienda utilizar evaluaciones que capturen los procesos de cambio más allá de la reducción sintomática. Asimismo, se recomienda priorizar la alianza terapéutica como base para el trabajo emocional, ya que es un elemento facilitador clave. Además, se recomienda incorporar técnicas experienciales para el abordaje emocional, ya que promueve procesos de cambio. Cabe destacar la importancia de enfocar la intervención en el contacto con los valores, ya que es lo que moviliza en gran parte a los pacientes a la acción. Aun así, vemos que no promoverá el cambio por sí solo, se recomienda combinarlo con el trabajo emocional. Por último, es muy recomendable respetar el ritmo del paciente en áreas de cambio sensibles. Por ejemplo, pese a la exploración del mantenimiento

del consumo de cannabis, se respetó la disposición y autonomía del paciente, sin forzar objetivos no priorizados por él.

Para la investigación futura se sugiere replicar este tipo de intervenciones en muestras más amplias y diversas que permitan evaluar la eficacia y generalización del modelo ACT-TFE. Se recomienda utilizar instrumentos que evalúen la flexibilidad psicológica, regulación emocional y procesos de cambio experiencial, complementando o incluso priorizando estas medidas frente a las centradas en síntomas. También, sería valioso analizar el peso relativo de los componentes de la ACT y la TFE, así como el efecto específico de técnicas como el Focusing o la silla vacía, para optimizar la intervención clínica. Se propone, además, investigar factores que dificultan el cambio en conductas como el consumo de sustancias, considerando el papel de los valores, la evitación experiencial y la disposición al cambio. Para terminar, sería interesante incluir evaluaciones postratamiento a medio y largo plazo para valorar la estabilidad del mantenimiento de los cambios o los efectos que pudiesen emerger a largo plazo. Especialmente en variables como la flexibilidad psicológica, la acción comprometida y la autocompasión.

4. Aprendizajes

El proceso terapéutico de este caso deja importantes aprendizajes para la práctica clínica y la investigación. En primer lugar, no todo final terapéutico implica una transformación visible o un cierre absoluto; a veces, el mayor logro es haber abierto una grieta en la coraza del sufrimiento, generando una nueva forma de mirarse a uno mismo. Un aprendizaje fundamental es el valor de un enfoque integrador que combine la TFE y la ACT, ya que puede resultar muy útil integrar estrategias orientadas a la flexibilidad psicológica y la acción con técnicas de procesamiento emocional profundo y corporal.

Además, es esencial reconocer la importancia de los cambios cualitativos y como esto evidencia la necesidad de valorar estos cambios más allá de la reducción de síntomas a nivel cuantitativo. Otro aprendizaje es la relevancia del vínculo terapéutico, ya que una alianza empática, no juzgadora y cálida fue fundamental para que el paciente se atreviese a explorar emociones difíciles y se abriese a intervenciones experienciales. Además, manifestó que lo vivido en la relación terapéutica le sirvió de modelo para comenzar a escucharse desde la compasión y no desde el juicio.

También resultó interesante comprender las conductas problemáticas desde una perspectiva funcional, entendiendo el consumo de sustancias o la evitación emocional como intentos del paciente por manejar el malestar.

La clarificación de valores y la acción comprometida fueron motores esenciales de cambio, ya que conectar con lo que realmente es importante para el paciente y fomentar pequeños pasos coherentes con esos valores generó movimiento y sentido en su vida.

Finalmente, se aprendió que el proceso de cambio no es lineal y que el progreso puede manifestarse inicialmente como un aumento en la consciencia del malestar, lo cual constituye un paso necesario para poder abordarlo de forma constructiva.

En conjunto, estos aprendizajes resaltan la importancia de un enfoque terapéutico flexible, centrado en el proceso y en la relación, que valore los cambios cualitativos y que ayude a los pacientes a transformar su relación con el sufrimiento, construyendo vidas valiosas incluso cuando el malestar persiste.

El verdadero cambio no consiste en eliminar el sufrimiento, sino en aprender a relacionarse con él de una manera distinta: con más compasión, presencia, aceptación y sentido.

REFERENCIAS

Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, *110*(1–2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>

Atienza, F. L., Balaguer, I., & Moreno, Y. (2000). *Autoestima en adolescentes: validación de la escala de Rosenberg*. *Psicothema*, *12*(2), 294–298.

Barraca, J. (2007). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Pirámide.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Roche, B., & McHugh, L. (2001). The development of the relational frame and its role in cognition. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 113–138). Springer.

Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2001). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, *1*(3), 129–136. <https://doi.org/10.1023/A:1011511626602>

Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(4), 383–389.

De la Viuda-Suárez, M. E., & Casas-Posada, A. (2020). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional: un estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *7*(2). <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.5>

DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, *14*(1), 127–134. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)

DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2004). The development and validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELASA-S). *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99–119. <https://doi.org/10.1177/0013164403258450>

Elliott, R. (2004). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. In P. Gilbert (Ed.), *New horizons in the therapy of anxiety and depression* (pp. 164–181). Wiley.

Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. S. (2013). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13942-000>

Gendlin, E. T. (2003). *Focusing* (25th anniversary ed.). Bantam Books.

Gómez, H. (2019). Intervention from Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation in a single case of social anxiety. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 97–104. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-97>

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 419–448). Wiley. <https://doi.org/10.1037/a0037336>

Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14640-000>

Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). An ACT study of emotional regulation in a clinical sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 311–328.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hernández, M. (2019). Evitación experiencial y flexibilidad psicológica: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 27(1), 11–28.

Hernández Gómez, A. (2019). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso y activación conductual en un caso de ansiedad social y depresión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(2), 156–162.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

León-Quismondo, J., Hernández-Guzmán, L., & Luciano, C. (2014). ACT y regulación emocional: una revisión. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 35–50.

Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333–358.

Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141–165.

Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79–91.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.

Macías, C. (2023). *ACT en metáforas: claves de intervención desde la flexibilidad psicológica*. Desclée de Brouwer.

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

Robles Ojeda, F. J. (2024). Integración y relevancia de la compasión en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 27(3), 1199–1221.

Ruiz, F. J. (2010). Aplicaciones clínicas de la defusión cognitiva en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 275–288.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*. TEA Ediciones.

Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419–430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.002>

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual centrado en los valores*. Paidós.

Yárnoz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103–116.

APÉNDICES

Apéndice 1. Resolución del Comité de Ética



Madrid, 16 de diciembre de 2024

Dictamen 041/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "ESTUDIO DE CASO: EXPLORANDO LA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE A TRAVÉS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO", presentado por D^a. Gadea Rubio Pérez en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de la persona participante en la investigación, la cual es un paciente adulto sometido al proceso terapéutico de aceptación y compromiso. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación el participante podrá comprender la evaluación de su proceso terapéutico. No existen riesgos para el participante. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. En la investigación no participa ningún menor de edad. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

El participante en el proyecto goza de autonomía para determinar si interviene o no en el mismo, siendo también informado de que en cualquier momento puede retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación del participante no resulte posible. La investigadora aporta autorización de la responsable del centro psicológico en el que se llevará a cabo el estudio. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez

Presidente

Dr. Raúl González Fabre

Secretario