



**Trabajando con el perdón y los valores en un estudio de caso**

Luis Guillén Plaza

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Tutora: Dra. Mónica Torres Ruiz-Huerta

23 de mayo de 2025

## Resumen

Este trabajo presenta un estudio de caso único centrado en una mujer de 45 años que, entre otras problemáticas, manifiesta dificultades para relacionarse con sus padres, marcado por una historia de daño emocional no resuelto. Este conflicto le genera un profundo malestar, caracterizado por sentimientos de culpa, rabia y ambivalencia. A pesar de ello, expresa el deseo de vincularse de forma más sana y de perdonar, sin negar el sufrimiento vivido. Esta necesidad responde a su búsqueda de una vida más coherente con sus valores. Desde un enfoque humanista integrador que combina la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se desarrolla una intervención centrada en el trabajo con el perdón, la autocrítica, la evitación experiencial y los valores. A lo largo del proceso se identifican patrones disfuncionales como la hiperactividad, la complacencia relacional y el miedo al abandono. Los resultados reflejan avances significativos en la expresión emocional, el establecimiento de límites y la autocrítica, favoreciendo una vida más coherente con sus valores.

**Palabras Clave:** perdón, compasión, valores, terapia focalizada en la emoción, terapia de aceptación y compromiso, autocrítica, evitación experiencial.

## Abstract

This paper exhibits a unique case study focused on a 45-year-old woman, who struggled to connect with her parents due to a history of unresolved emotional issues. This dynamic generates significant stress, characterized by feelings of guilt, anger and ambivalence. Despite this, she expresses a desire to build a healthier connection and to make room for forgiveness, without denying the pain she has experienced. This need is rooted in her desire to live a life aligned with her values. Through an integrative humanistic approach combining Emotion-Focused Therapy (EFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), the intervention focuses on forgiveness, self-criticism, experiential avoidance, and personal values. During the intervention, key dysfunctional patterns were identified, including hyperactivity, relational appeasement, and fear of abandonment, all of which limited her ability to connect with her needs. The results show significant progress in emotional expression, boundary setting and self-compassion, supporting a life more consistent with her values.

**Key Words:** forgiveness, compassion, emotion focused therapy, acceptance and commitment therapy, self-criticism, experiential avoidance.

## Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Introducción .....	5
Perdón .....	6
Terapia Focalizada en la Emoción.....	10
Terapia de Aceptación y Compromiso .....	12
Objetivos.....	15
Capítulo 1. Metodología .....	16
Descripción del Diseño .....	16
Recogida de Datos .....	18
Capítulo 2. Presentación del Caso .....	22
Descripción del Caso .....	22
Motivo de Consulta y Principales Síntomas .....	22
Antecedentes Personales .....	24
Formulación de caso .....	26
Análisis desde la Terapia Focalizada en la Emoción.....	26
Análisis desde la Terapia de Aceptación y Compromiso .....	33
Evaluación Inicial .....	36
Capítulo 3. Intervención del Caso.....	38
Justificación de Intervención .....	38
Tratamiento y Curso .....	40
Capítulo 4. Resultados del tratamiento .....	50
Cuestionario de Valores de Vida (VLQ) .....	50
Escala de Autocompasión (SCS) .....	54
Escala de Heartland del Perdón (HFS) .....	56
Discusión.....	59
Bibliografía .....	62
Anexos .....	65

### **Tabla de Contenido de Tablas**

Tabla 1. Registro de Todas las Sesiones con la Paciente.....	41
--	----

### **Tabla de Contenido de Figuras**

Figura 1. Análisis del Caso desde Modelo TFE (MENSIT).....	26
Figura 2. Análisis del Caso desde Modelo ACT (Hexaflex) .....	33
Figura 3. Análisis Pre Post de Importancia del Cuestionario Valores de Vida ..	51
Figura 4. Análisis Pre Post de Consistencia del Cuestionario Valores de Vida .	53
Figura 5. Análisis Pre Post Subescalas Autocompasivas de la Escala de Autocompasión .....	55
Figura 6. Análisis Pre Post Subescalas no Autocompasivas de la Escala de Autocompasión .....	56
Figura 7. Análisis Pre Post de la Escala de Heartland del Perdón.....	57

### **Tabla de Contenido de Anexos**

Anexo A. Aprobación del Comité de Ética .....	65
Anexo B. Cuestionario de Valores de Vida Dimensión de la Importancia .....	66
Anexo C. Cuestionario de Valores de Vida Dimensión de la Consistencia .....	67
Anexo D. Escala de la Autocompasión.....	68
Anexo E. Escala de Heartland del Perdón .....	69
Anexo F. Registro Pre Post de las Puntuaciones de los Cuestionarios .....	71

## Introducción

Este trabajo de investigación es un Estudio de caso desde una perspectiva humanista integradora, empleando una aproximación metodológica cualitativa en la que se ha seleccionado un caso en el que se trabaja con el perdón y con los valores de la persona. En cuanto al objetivo general de la investigación, se busca observar el cambio del comportamiento, dentro del proceso terapéutico, de una mujer cuya forma de vincularse, condicionada por experiencias de su infancia, dificultan el establecimiento de relaciones saludables actuales.

Aparentemente, el motivo de consulta de la paciente (nombrada como “Z”) es cambiar la forma de relacionarse con sus padres, buscando construir una relación más saludable e incluso abrirse a la posibilidad de perdonarlos, sin negar todo el daño que le han causado, especialmente en el caso de la madre. Pero esta petición inicial se va proyectando desde el motivo de consulta, hacia un proceso más transversal que podría llegar a transformar su vida en general. De manera que, aunque en un primer momento, la paciente quiere acompañar de la mejor manera posible a sus padres durante su vejez, más adelante se abre un proceso en el que se establece como meta la conexión y la confianza en los demás. Para ello es preciso mejorar la dinámica de sus relaciones interpersonales, estableciendo vínculos seguros, sintiéndose protegida, conectada y libre, pudiendo por fin llegar a ser ella misma.

Para facilitar este proceso, se ha diseñado una intervención humanista integradora desde dos enfoques complementarios: la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Utilizando de base la terapia humanista que sitúa al paciente en el centro del proceso, reconociendo su experiencia subjetiva como válida y promoviendo una relación basada en empatía, autenticidad y aceptación incondicional.

La TFE permite trabajar las heridas emocionales no resueltas, accediendo a emociones primarias bloqueadas, facilitando su procesamiento y la transformación de esquemas emocionales desadaptativos. Además, se centra en la identificación y transformación de auto interrupciones emocionales, así como en la modificación de la influencia de los auto tratamientos a través del asustador interno o la autocrítica, que están reforzando su malestar.

Por su parte, ACT permite aceptar las emociones difíciles en vez de evitarlas, desarrollando una mayor flexibilidad psicológica y favoreciendo el compromiso con acciones que le acerquen a la paciente a una vida más plena. Este modelo resulta adecuado para los procesos emocionales complejos, como es el caso del perdón, ya que no se trata de un acto

cognitivo, sino de una experiencia compleja y ambivalente, marcada por conflictos, resentimientos y mandatos internos contradictorios.

La integración de TFE y ACT no solo permite trabajar el pasado y sanar las heridas emocionales, sino transformar la forma en que la paciente se relaciona con su sufrimiento presente. Esta combinación potencia la reconstrucción del vínculo consigo misma, promueve relaciones más auténticas y facilita un cambio vital.

### **El Perdón: fases**

El perdón es un término complejo, debido a las diferentes contribuciones que ha ido recibiendo de cada uno de los autores que han profundizado en su estudio. A pesar de ello, todos ellos coinciden en que el perdón es un proceso que incluye diferentes fases. La primera de ellas es crucial, ya que consiste en darse cuenta de la falta de respeto hacia uno mismo y de la intencionalidad del agresor a la hora de causar daño (Yucel & Vaish, 2021).

Con relación a la segunda fase, Prieto Ursúa (2017) la caracteriza por altos niveles de sufrimiento y dolor, debido a la percepción de que se han transgredido los límites personales. Este malestar suele estar asociado a sentimientos de agresividad y de tristeza. Lo importante es que el impacto de este sufrimiento no depende de la propia ofensa, sino de la ruptura de valores personales, lo que puede llevar incluso a un cambio en la filosofía de vida.

En el caso de la paciente, este cambio de filosofía de vida está profundamente marcado por su historia de abandono e insatisfacción de necesidades por parte de figuras significativas, lo que le ha dejado una huella duradera en su manera de vincularse con los demás. A lo largo de su vida, ha construido una narrativa en la que cree que la única manera de ser aceptada y evitar el abandono de los demás, es sacrificando su propio bienestar.

La última fase es la regulación de ese malestar producido tras la agresión. Según las palabras de Tutu (2018), existen más de 25 estrategias diferentes para lidiar con el dolor emocional. Entre ellas destacan el perdón, la venganza o la evitación como estrategias principales.

### ***Evitación***

La evitación es una manera de lidiar con el ofensor desde el distanciamiento físico o, cuando este no es posible, a través de un alejamiento emocional. En este caso, la finalidad no es reparar la relación, ni detener el abuso, sino protegerse a uno mismo de un daño mayor

(Casullo, 2005). Por ejemplo, Z somatiza inconscientemente con el fin de no tener que ver a su madre, utilizando la excusa de estar enferma (indigestión) para evitarla.

En el caso de la paciente, la evitación es su estrategia por excelencia. Una manera de ponerla en marcha es a través de una conducta que en palabras de ella consiste en “hacer malabares”. Este patrón lo expresa “como estar siempre contenta”, “llena de energía”, “aportando alguna solución a problemas de otros”, siempre con la finalidad de que los demás no noten cómo se siente en realidad. Ella considera que si expresa sus verdaderos sentimientos éstos podrían representar una carga para los demás y terminar aburriéndolos, poniendo en riesgo su relación.

Otro estilo de evitación es el de adoptar un rol de persona independiente, en el que ella sola puede con todo. En realidad, es una manera más de evitar enfrentarse a ese dolor. Desde la construcción de la idea de “autosuficiencia” para evitar sentir la soledad o el riesgo de poner sus necesidades en “manos” de terceros.

### ***Venganza***

La venganza, se entiende como el intento de restablecer la justicia a través del daño al agresor. Está motivado por la ira y su objetivo es evitar futuros ataques. Sin embargo, aunque parezca una solución, puede ser contraproducente, ya que perpetúa el ciclo de la violencia, además de incrementar el malestar de la víctima (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2022).

En el caso de la paciente, los sentimientos de enfado hacia su madre le generan mucha culpa y malestar debido a su rol de “buena hija” que busca complacer a sus padres. Esta rabia encierra sentimientos ocultos de venganza y gran rechazo a su madre.

El origen de este enfado se debe a experiencias infantiles en las que tenía la percepción de no haber sido vista, ni tampoco sintiéndose comprendida. Habiendo tenido que asumir responsabilidades de adultos y viéndose obligada a proteger el equilibrio y la estabilidad familiar, todo esto a costa de su propio bienestar.

Ante la percepción de su enfado, ella reacciona evitándolo, una y otra vez. Esta interrupción constante de la emoción incrementa el rechazo que siente hacia su madre. Esta conducta queda reflejada en pensamientos del estilo “Yo en realidad no quiero a mi madre, me siento mal por decirlo...No me va a dar pena si se muere, va a ser un alivio”.

Este punto es especialmente relevante para el caso, ya que, en momentos de alta desregulación con su madre, la paciente pasa de un extremo emocional a otro. La represión de

su enfado intensifica el rencor que experimenta en ese momento y que acaba por estallar ante cualquier intromisión e invasión por parte de su madre.

Esta expresión de ira desmedida es una manera de agredir a su madre y resulta algo muy chocante para Z, ya que no es consciente de que este rechazo es una agresión implícita. El comportamiento agresivo choca con su rol de “niña buena”. Por lo que, a posteriori, esta sobre-reacción de ira desmedida le genera mucha más culpa y sufrimiento, aumentando su miedo a este miedo, y por tanto evitándolo aún más. En su narrativa aparecen afirmaciones del estilo: “Esto no es normal, yo no debería responder así”.

En terapia se está trabajando, para que Z se vaya permitiendo, cada vez con más frecuencia, la expresión de su enfado. De manera que ha podido llegar a rebatir a su madre en circunstancias en la que tiene la percepción de que la está invadiendo. Por ejemplo, cuando su madre le dice: “Pero hija si yo lo hago todo por ti...”. Y ella se da cuenta de que eso no es verdad, que realmente su madre no la tiene en cuenta, que la utiliza como excusa para satisfacer sus propias necesidades.

### ***Perdón***

Y, por último, el perdón. Según Prieto Ursúa (2017) y Fincham y May (2021), el perdón se define como la decisión de querer disminuir ese malestar asociado a la ofensa recibida. Queriendo promover sentimientos “positivos” hacia el agresor, como es el caso de la bondad, misericordia y compasión. El objetivo es reparar la relación a largo plazo. Existen tres tipos de perdón, siendo considerado una tríada: el perdón a uno mismo, a los demás, y a las situaciones.

El perdón a uno mismo se refiere al deseo de abandonar ese resentimiento hacia uno mismo, sustituyéndolo por la autocompasión (Prieto Ursúa, 2015). Este proceso es un elemento fundamental en las sesiones con la paciente, ya que presenta un paso clave para la autoaceptación, pero también para una postura más comprensiva y menos crítica hacia sí misma.

El perdón a los demás, implica esa liberación del malestar causado por la ofensa, aunque no necesariamente implica una reconciliación entre ambas partes. Es decir, no es necesario que se retome una relación dañada (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2022). En el caso de la paciente este es su motivo de consulta, y por tanto un elemento clave de la terapia.

Y el perdón situacional se refiere a la capacidad de aceptar y perdonar frente a circunstancias externas e incontrolables, como por ejemplo enfermedades o catástrofes naturales (Gallo-Giunzioni et al., 2021).

Este factor es relevante para el proceso terapéutico, ya que se está trabajando para activar la empatía en la paciente respecto a su madre “enferma”: cambiar esta visión de madre “invasiva” por una visión de madre “enferma”, con limitaciones, infantilizada por su ceguera y que no ha podido asumir su rol de adulta cuidadora.

Además, es fundamental diferenciar el perdón del pseudo perdón (o falso perdón). En este sentido, tal y como expresa Prieto Ursúa et al. (2012), el pseudo perdón consiste en intentar olvidar lo ocurrido, restando importancia al daño causado. Como resultado, este enfoque invalida la experiencia del dolor, la gravedad, o la propia ofensa en sí. En este sentido, puede afirmarse que, mientras el pseudo perdón tiende a minimizar la importancia del sufrimiento causado por la ofensa, el “verdadero” perdón requiere una toma de conciencia plena del daño y dolor vivido.

Precisamente por esa razón, se considera especialmente adecuada la psicoterapia integradora humanista, ya que permite trabajar con profundidad la vivencia emocional del daño sufrido, integrando diferentes enfoques en función de las necesidades de cada caso. Entre sus principales beneficios destacan la escucha activa y el vínculo terapéutico, que juegan un papel esencial a la hora de facilitar la reparación del daño vivido y ayudar a la persona a recuperar una vida más auténtica. Además, la orientación humanista aporta elementos clave como una visión holística del paciente, la búsqueda de autorrealización del usuario, la orientación hacia metas y búsqueda del sentido, y la concepción global del ser humano (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2022; Tobías Imbernon & García Valdecasas Campelo, 2009).

En este contexto, los modelos de Enright o Worthington buscan fomentar la capacidad de perdonar, centrándose principalmente en cómo superar las heridas emocionales. Sin embargo, Greenberg y Woldarsky Meneses (2022) señalan que estos enfoques no profundizan en el procesamiento interno necesario para un cambio real y duradero.

Una opción viable, aunque no exclusiva para trabajar el perdón, es la Terapia Focalizada en la Emoción, adaptándola tanto al trabajo individual como al de pareja según las necesidades (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2022).

En palabras de los autores Jódar Anchia y Caro García (2023), la Terapia Focalizada en la Emoción [de ahora en adelante TFE] es la terapia por excelencia para intervenir sobre problemas emocionales. Entre otras muchas situaciones, sería aplicable a casos como el que se presenta en esta investigación en el que es necesario trabajar con la autocrítica (conflicto interno) como el perdón (dificultad en las relaciones interpersonales).

Otro aspecto que justifica la elección de la TFE en este contexto es su énfasis en el acceso, elaboración y transformación de las emociones. En particular, este abordaje resulta especialmente pertinente cuando se trabaja con emociones autorreferenciales como la vergüenza, la cual desempeña un papel central en los procesos de perdón, autocrítica, autoaceptación y autocompasión. De hecho, tal y como señalan ShamsAlam et al. (2025), la vergüenza actúa como una emoción disparadora que bloquea el proceso de reparación emocional, manteniendo dinámicas internas de rechazo hacia uno mismo e impidiendo el acceso a emociones adaptativas.

Además de la TFE, se propone otra terapia indicada para este tipo de procesos, conocida como ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso). Entre las ventajas que caracterizan el modelo ACT se encuentran su versatilidad para intervenir en trastornos mentales y en otros problemas no sindrómicos, como es el caso del suicidio, el maltrato, o incluso el perdón. La eficacia de esta radica en su enfoque transdiagnóstico, no enfocándose en intervenir sobre los síntomas, sino transformando la forma en la que el paciente responde a ese sufrimiento que está viviendo (no siendo necesario que siga realizando evitaciones experienciales) y en definitiva promoviendo una mayor flexibilidad psicológica (Eifert & Forsyth, 2014).

### **Terapia Focalizada en la Emoción**

La Terapia Focalizada en la Emoción, creada por Greenberg y Sue Johnson, tiene como objetivo facilitar la expresión emocional y transformar los esquemas emocionales que generan y mantienen el uso de emociones desadaptativas. Esta terapia pone especial énfasis en que la persona experimente sus emociones y que además les dé un significado que permita comprender esa experiencia vivida. En síntesis, la TFE trabaja tanto con las emociones, como con el significado que el paciente atribuye a éstas, aspirando a generar un cambio profundo y adaptativo (Goldman et al., 2016). Esta atención experiencial a las emociones, el uso del focusing, y el énfasis de la persona han sido los criterios por la que la TFE es considerada también una terapia humanista (Riveros Aedo, 2014).

Dado que intervenir en los procesos emocionales puede resultar complejo, se ha desarrollado un modelo de formulación de caso que permite organizar y comprender mejor todas estas experiencias, el modelo MENSIT. Este modelo contempla seis categorías clave: Marcadores de tarea, Emociones primarias, Necesidades, Emociones secundarias, Interrupciones y Temas emergentes (Jódar Anchia & Caro García (2023).

En este enfoque, las emociones se usan como recurso central de la terapia, de manera que emociones adaptativas sustituyan a otras que están siendo desadaptativas, sustituyendo esos esquemas emocionales desadaptativos por otros más adaptativos. De ahí la importancia de discriminar los diferentes tipos de emociones: primarias, secundarias e instrumentales (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2022).

Greenberg (2021) describe las emociones primarias como las que primero aparecen ante un estímulo. Las emociones secundarias aparecen después de las primarias, su finalidad es la de cubrir o reducir la intensidad de éstas. Las emociones primarias son adaptativas, cuando fortalecen al self, facilitando respuestas apropiadas al entorno, o bien desadaptativas, en cuyo caso se debilita el self, activándose ante asuntos no resueltos en el pasado.

En el caso de la paciente, sus emociones desadaptativas están estrechamente relacionadas con su pasado, en concreto con aspectos no resueltos en relación con su madre, siendo ésta una fuente de dolor y conflicto. La paciente expresa muchas quejas en relación con “no haber sido vista por ella”, “ni comprendida”, “además de haber tenido que asumir responsabilidades a una edad temprana”. En la actualidad, esta narrativa sigue influyendo en la vida de la paciente, interfiriendo en su bienestar y sus relaciones.

Asimismo, la TFE ha identificado distintos marcadores en los procesos emocionales, que son utilizados como indicadores del tipo de tareas terapéuticas recomendadas en cada fase del proceso. Estos marcadores permiten intervenir de manera específica sobre esquemas emocionales disfuncionales, promoviendo cambios que favorezcan un mayor equilibrio interno (Jódar Anchia & Caro García (2023).

En el caso de la paciente, se observan varios marcadores que requieren intervenir desde la TFE para abordar la sintomatología actual, facilitando el procesamiento emocional y además para producir cambios más profundos que contribuyan al bienestar de la paciente.

Entre los marcadores identificados en este caso destacan: la escisión autoevaluativa, el asustador interno, las auto interrupciones y los asuntos no resueltos. Se considera que la

paciente experimenta escisión autoevaluativa por el hecho de que realiza autocríticas negativas e intensas acerca de sí misma, en el sentido de no ser valiosa y de no ser suficiente.

Asimismo, se ha identificado el asustador interno, que se manifiesta a través de preocupaciones y de miedos. La paciente suele presentar dos amenazas principales. La primera es el miedo que experimenta a ser abandonada por los demás. La segunda es el pánico que tiene a experimentar emociones, ya que considera que se quedará atrapada en ellas para siempre.

Otro marcador relevante para este caso es la auto interrupción, utilizándolo como herramienta para bloquear e inhibir sus emociones. La información documental acumulada acerca del caso permite confirmar que, en estos contextos, su estrategia más frecuente es la hiperactivación. De forma que la paciente puede llegar a mantenerse constantemente ocupada, tratándose de un patrón conductual que por un lado le permite distanciarse de dichas emociones y que al mismo tiempo le impide su adecuado procesamiento.

Finalmente, los asuntos no resueltos aparecen como un eje central del funcionamiento de la paciente, sobre todo en relación con su madre. La acumulación de necesidades emocionales no satisfechas, junto con el conflicto entre el deseo de conexión y resentimiento, conforman un núcleo de dolor no elaborado. Esta herida emocional sigue activa en el presente a través de respuestas que no se corresponden con el contexto actual.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

La Terapia de Aceptación y Compromiso [de ahora en adelante ACT] nació en los años 90 a partir de la Teoría de los Marcos Relacionales desarrollado por Hayes. ACT surge como una alternativa a las limitaciones observadas en la Terapia Cognitivo- Conductual (García & Balam, 2019). Según Eifert y Forsith (2014), muchos pacientes abandonaban este tipo de terapia al tener que enfrentarse repetidamente el sufrimiento que intentaban controlar o evitar.

Frente a esto, ACT propone un enfoque basado en la flexibilidad psicológica, a partir de dos procesos complementarios: la aceptación y el compromiso. Se entiende por aceptación la capacidad de vivenciar las experiencias internas (emociones o pensamientos) tal y como son, sin evitarlas, ni recurrir a estrategias de regulación desadaptativas. Por otro lado, el compromiso implica identificar aquello que es importante para el paciente (sus valores) y realizar acciones concretas para alcanzarlos (Hayes & King, 2024).

Desde una perspectiva transdiagnóstica, Páez y Montesinos (2016), explican que el enfoque de ACT no se centra en un trastorno mental concreto, sino en un fenómeno más amplio, la evitación experiencial [de ahora en adelante EE].

La EE se considera como el polo opuesto de la flexibilidad psicológica, y se define como el patrón de conductas “inflexibles”, con el objetivo de huir, controlar o evitar el malestar sufrido, para poder alcanzar el bienestar momentáneo. Si bien este proceso tiene beneficios a corto plazo (ya que se produce un alivio inmediato del sufrimiento), presenta consecuencias perjudiciales en el largo plazo: ya que dichas conductas tienden a cronificarse y extenderse a otros ámbitos de la vida, limitando significativamente al paciente (Wilson & Soriano, 2016).

Esta perspectiva resulta muy útil para comprender el caso, ya que permite identificar aquellas estrategias de evitación que se manifiestan en la paciente a través de conductas inflexibles. En este sentido, ACT se centra en identificar aquellos patrones de comportamientos rígidos que generan un beneficio inmediato, pero que a largo plazo mantienen el problema.

En el caso de la paciente, una de las EE que utiliza es la hiperactividad. Esta estrategia de afrontamiento se manifiesta en todos los aspectos de su vida. Por ejemplo, en el trabajo se expresa a través de la sobrecarga de responsabilidades, manteniéndose ocupada. Mientras que en sus relaciones crea vínculos superficiales y numerosos, pero sin llegar a alcanzar una conexión profunda en la que Z pueda mostrarse vulnerable.

Tal y como ella refiere, la superficialidad en sus relaciones le genera una gran contradicción interna, debido a que por una parte ansía establecer relaciones “verdaderas”, pero al mismo tiempo desconfianza al conseguirlo, ya que considera que es imposible que haya alguien dispuesto a intimar con ella. La necesidad que tiene de generar vínculos es un anhelo muy grande, formando parte de la configuración del sentido de su vida y que además conecta con el desempeño de su profesión como Trabajadora Social.

A lo largo del proceso de la terapia se observa que la paciente ha empezado a poner límites (internos y externos): como haber decidido asertivamente no realizar tareas, o romper vínculos generados por el mero hecho de complacer a otros.

A pesar del aparente buen pronóstico, existe una reticencia manifestada por la paciente al hecho de cambiar. En su opinión, si rompe estas relaciones, acabará por aislarse. De ahí que el siguiente objetivo de la terapia consiste en “ser más coherente consigo misma” y “sentirse en paz”. En este sentido, se vienen observando cambios paulatinos que se van reflejando en

sesión: la paciente empieza a ser ella misma, sin necesidad de tener que mostrar una careta para gustar a los demás. Y esto le permitirá en un futuro llegar a tener vínculos más profundos.

Otra forma de EE que usa la paciente en sus relaciones es la búsqueda desesperada de compañía como respuesta a su miedo al abandono. Pero paradójicamente ante la mínima señal de distanciamiento por parte del otro, decide cortar inmediatamente la relación. Como consecuencia debilita sus relaciones, a la vez que también refuerza su sensación de aislamiento.

El papel central de los valores en la intervención y las convergencias con la Terapia de Gestalt en relación con la evitación experiencial, son algunos de los elementos que han llevado a ciertos autores a considerar esta terapia como “humanista”. No obstante, no se clasifica estrictamente dentro de esta categoría por su origen cognitivo conductual (Macías Morón & Valero Aguayo, 2021; Ayala Romera & Rodríguez Naranjo, 2020).

Partiendo de la premisa de la flexibilidad psicológica, Hayes et al. (1999) identifican seis procesos esenciales que forman el modelo Hexaflex. Este modelo, representado en forma de hexágono, trabaja de manera simultánea desde estos seis factores para promover la flexibilidad psicológica. Estos principios son: los valores, la acción comprometida, la aceptación, el momento presente, la defusión de las experiencias internas y el yo como contexto.

Sin embargo, investigaciones posteriores han señalado que este modelo presenta dificultades en la práctica clínica, simplificando a solo tres elementos clave para alcanzar la flexibilidad psicológica: el esclarecimiento de valores (identificación de aspectos significativos que aporten un sentido vital), la diferenciación del yo (distinción entre las experiencias internas y externas, reconociendo que ninguna de ellas definen a la propia persona) y el contacto con el momento presente (experimentar conscientemente las experiencias internas en el momento actual, centrándose en la regulación emocional) (Luciano, 2016; Páez & Montesinos, 2016).

Desde esta perspectiva, la aplicación de ACT en el tratamiento de la paciente resulta especialmente relevante, ya que su funcionamiento está caracterizado por patrones de inflexibilidad psicológica, predominando la EE y la dificultad en gestión emocional.

Es importante señalar que, dentro del marco de ACT, la regulación emocional no se entiende desde una perspectiva clásica de control o reducción de la intensidad emocional, sino como un proceso de desarrollo de flexibilidad psicológica. Lo que implica aprender a relacionarse de manera diferente con sus emociones, sin necesidad de evitarlas ni suprimirlas.

La intervención con ACT en la regulación emocional se justifica por varios motivos. En primer lugar, la paciente recurre a estrategias de evitación emocional, como la hiperactividad, la búsqueda compulsiva de compañía y la desconexión corporal. En segundo lugar, tiende a fusionarse con sus estados emocionales, interpretando su malestar como una parte intrínseca de su identidad. Por último, presenta dificultades para reconocer y atender sus propias necesidades emocionales, lo que la lleva a regular sus emociones a través de la complacencia y la búsqueda constante de aceptación externa.

## **Objetivos**

Este trabajo tiene los siguientes objetivos generales:

- Explorar la viabilidad clínica de la combinación de una intervención humanista integradora, basada en la TFE y en ACT.
- Analizar la mejoría clínica a través del trabajo del perdón, la aceptación de la herida emocional y la construcción de nuevas formas de afrontamiento más coherentes con sus valores, que sustituyan patrones previos desadaptativos.

Asimismo, los objetivos específicos propuestos son:

- Describir las intervenciones aplicadas desde un modelo de intervención humanista integrador de TFE y ACT en un caso clínico concreto.
- Observar la utilidad del enfoque humanista integrador en la reducción del malestar emocional y mejora del bienestar subjetivo de la paciente, evaluándose a partir de indicadores específicos.
- Explorar el papel del perdón como elemento facilitador en la elaboración de experiencias emocionales dolorosas.
- Analizar el impacto del trabajo con valores personales en la toma de decisiones y en la orientación vital de la paciente.
- Identificar patrones de afrontamiento desadaptativos al inicio del proceso y su posible transformación hacia respuestas más flexibles y ajustadas.
- Reflexionar sobre los nuevos desafíos que plantea la práctica clínica integradora desde un enfoque humanista.

## Capítulo 1. Metodología

### Descripción del Diseño

El diseño de esta investigación se basa en el estudio de caso, centrándose en una única paciente. Por lo tanto, sigue la metodología de los estudios cualitativos. Este enfoque permite un análisis en profundidad a partir de métodos cualitativos basados en entrevistas, en análisis narrativos, en descripciones detalladas en las que encontrar información crucial. Entre sus principales características se destaca la flexibilidad, la inducción y el interés por la aplicación práctica del estudio (Martínez et al., 2014).

Citando a Given (2008), de los tres enfoques posibles que podrían encontrarse en un estudio de caso, el que se corresponde con este trabajo es el denominado “naturalista”. En concreto se ha puesto foco en desarrollar un conocimiento inmediato y práctico, centrado en el “perdón” y en los “valores”. Se caracteriza porque los datos cualitativos van a utilizarse casi en exclusiva.

Esta investigación se desarrolla en el marco de las prácticas profesionales tuteladas del Máster de Psicología General Sanitaria, en la Unidad Clínica de Psicología adscrita a la Universidad Pontificia de Comillas, UNINPSI.

La propuesta de estudio ha sido aprobada por el comité de ética de investigación de la Universidad Pontificia de Comillas, presentada en el Anexo A. Dicha resolución indica que se cuenta con la aprobación institucional correspondiente para desarrollar dicha investigación, con el consentimiento informado para participar en el estudio de caso firmado por la paciente, y que además se asegura el cumplimiento de los principios de confidencialidad y privacidad establecidos.

En este sentido, se han modificado todos los datos identificativos (como el nombre, la edad o el lugar de residencia) con el fin de mantener su anonimato. Además, tanto al Comité de Ética como a la dirección de la UNINPSI se les presentó una explicación detallada sobre la investigación a realizar, los procedimientos de recogida de datos y los cuestionarios que se emplearían. Asimismo, se firmó un acuerdo de confidencialidad y protección de datos entre el alumno y la tutora de prácticas, con el fin asegurar el tratamiento ético y confidencial de la información obtenida durante el estudio.

Cabe destacar que este estudio no tiene fines lucrativos, ya que se enmarca exclusivamente en el ámbito de las prácticas profesionales del Máster, cumpliendo con los requisitos académicos del programa formativo.

La intervención tiene una duración aproximada de seis meses, coincidiendo con el periodo de prácticas y realizando sesiones semanales de una hora. La mayoría de éstas se llevan a cabo de manera telemática, ya que la paciente vive en Cáceres. No obstante, en aquellos casos en los que ella se desplaza a Madrid, por motivos laborales o personales, las sesiones son presenciales (esto ocurre de manera puntual).

El equipo terapéutico que interviene en el proceso de esta paciente está integrado por dos profesionales: una terapeuta principal y un coterapeuta en prácticas. La terapeuta principal, Mónica Torres Ruiz-Huerta, cuenta con más de 25 años de experiencia en psicoterapia. Es licenciada en Psicología y doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Además, es profesora en el grado de Psicología, en el Máster en Psicología General Sanitaria y en el Máster de Especialización en Psicología Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción.

El coterapeuta, por su parte, es el psicólogo Luis Guillén Plaza, con un Máster en Formación Permanente en Sexología por la Universidad de Extremadura, Especialista Universitario en Disfunciones Sexuales, Especialista en Terapia De Pareja y Experto en Terapia de Aceptación y Compromiso. Actualmente está cursando el Máster de Psicología General Sanitaria y el Máster de Psicología Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción en la Universidad Pontificia de Comillas.

La metodología cualitativa es inductiva, partiendo de una recogida de datos que incluye registros clínicos, notas de campo, entrevistas semiestructuradas y la aplicación de instrumentos complementarios (cuestionarios validados). Este enfoque integral garantiza un análisis exhaustivo y sistemático del caso.

Los espacios en los que se pasa consulta cuentan con espejos unidireccionales que permiten la observación externa de las sesiones por parte de otros alumnos en prácticas, quienes actúan como observadores externos. Esto permite analizar las intervenciones en tiempo real y, posteriormente, supervisarlas con el objetivo de mejorarlas. Este proceso facilita una evaluación más completa del caso, permitiendo abordar múltiples dimensiones del mismo.

Esta combinación de perspectivas permite identificar las estrategias conductuales y sus incongruencias que podrían no resultar evidentes desde un análisis individual, enriqueciendo el proceso terapéutico y permitiendo su optimización. Como consecuencia, la intervención es más dinámica y ajustada a las necesidades de la paciente.

## **Recogida de Datos**

Para la recogida de datos se ha seguido una aproximación multimétodo y multifuente, combinando métodos cualitativos y métodos cuantitativos con el objetivo de realizar una descripción detallada del caso y de las intervenciones realizadas.

Por un lado, los datos cualitativos se han obtenido mediante: entrevistas de profundidad, dichas entrevistas siguen un método no estructurado y con un enfoque conversacional, con el que se busca explorar de manera abierta todos los aspectos relevantes de la paciente.

En las supervisiones se han creado grupos de discusión semanales, en el que todos los terapeutas han participado. El objetivo es discutir constructivamente acerca del proceso terapéutico, los avances e incluso los problemas observados del caso. Este enfoque permite triangular la información, es decir, recopilar la información a través de distintos observadores.

Y, por último, durante las intervenciones se han ido recogiendo datos observacionales, documentando sus conductas, interacciones, y expresiones emocionales de la paciente. Complementando dicho enfoque con las notas tomadas por el otro coterapeuta y los tres observadores del equipo, dando una visión más completa del caso.

Por otra parte, los datos cuantitativos se han recopilado por medio de cuestionarios validados y estandarizados. Administrando dichos instrumentos de evaluación pretratamiento (antes del inicio de la terapia) y postratamiento (aproximadamente unas 20 sesiones después). Estos cuestionarios buscan evaluar aspectos claves de la paciente como los valores personales, la autocompasión y la autocrítica.

Los cuestionarios utilizados (todos ellos validados y adaptados con anterioridad para uso en la población española) son: el cuestionario de vida (VLQ) para evaluar la importancia y compromiso de la paciente con sus valores personales, la escala de autocompasión (SCS) para estudiar sus niveles de autocompasión y autocrítica, y la escala de Heartland del Perdón (HFS) con el fin de valorar la predisposición de la paciente a perdonar.

### ***Cuestionario de Valores de Vida***

El primer cuestionario administrado es el Cuestionario de Valores Vida (VLQ) (Macías et al., 2023). Este instrumento tiene como objetivo evaluar el grado en el que una persona valora las distintas áreas de su vida y cómo de coherente es su comportamiento con respecto a esos valores. Identificando posibles discrepancias entre lo que considera importante y lo que realmente hace.

EL VLQ consta de 20 ítems, distribuidos en dos dimensiones diferentes pero complementarias: la importancia que la persona otorga a distintos valores vitales y el grado de coherencia de sus acciones con respecto a dichos valores.

Cada una de estas dimensiones está compuesta por 10 ítems que se refieren a las mismas 10 áreas vitales: familia, relaciones socioafectivas, crianza, amistades, ámbito laboral, formación, tiempo libre, espiritualidad, compromiso social y autocuidado físico. Las respuestas a estos ítems se valoran mediante una escala Likert del 1 al 10, donde 1 es la puntuación más baja y 10 la puntuación más alta.

La dimensión de la importancia evalúa qué aspectos de la vida resultan significativos para el paciente, es decir, aquellos valores que le guían en su día a día, como se muestra en el Anexo B. Por otro lado, la dimensión de la consistencia permite valorar en qué medida sus acciones cotidianas están alineadas con esos valores personales, tal y como se recoge en el Anexo C.

Se trata de uno de los cuestionarios más empleados en el estudio de valores vitales de ACT. Esta herramienta destaca por su brevedad, facilidad de administración y utilidad clínica, identificando no solos los valores y las acciones comprometidas, sino también observando las discrepancias entre los valores y el grado de coherencia con sus acciones (Macías et al., 2023).

Otro de los motivos se debe a la fiabilidad aceptable (en los análisis de consistencia interna medidos por el coeficiente alfa de Cronbach) en su adaptación a la población española. El índice de compuesto general tiene  $\alpha = .71$ , lo que indica una consistencia interna adecuada. En cuanto a las dimensiones específicas, la dimensión de la importancia ha mostrado una fiabilidad de  $\alpha = .64$ , siendo considerada una fiabilidad aceptable- baja. Mientras que la dimensión de consistencia ha obtenido el valor de  $\alpha = .70$ , reflejando una consistencia interna aceptable, y, por tanto, los ítems miden en gran medida el mismo constructo (Macías et al., 2023).

### ***Escala de Autocompasión***

El segundo instrumento utilizado es la Escala de Autocompasión (SCS) (García-Campayo et al., 2014), que evalúa el constructo de autocompasión, entendido como la capacidad de una persona para responder al sufrimiento con comprensión, calidez y aceptación, en lugar de crítica, aislamiento o fusión con las experiencias.

El SCS está compuesto por 26 ítems, que se responde mediante una escala Likert del 1 al 5, donde 1 indica la puntuación más baja y 5 la más alta. El cuestionario completo se presenta en el Anexo D. Evalúa seis dimensiones, agrupadas en dos grandes grupos: los componentes autocompasivos (amabilidad, humanidad compartida, y mindfulness) y los componentes no autocompasivos (auto juicio, aislamiento, sobre identificación).

Los factores que favorecen el desarrollo de la autocompasión son: la amabilidad hacia uno mismo, que es la capacidad de tratarse con comprensión y empatía. La humanidad común, es el reconocimiento de que el sufrimiento es parte de la experiencia humana y que todas las personas cometen errores. Y, por último, el mindfulness o atención plena, la habilidad de observar las experiencias internas sin reaccionar de manera automática ni exagerada.

Por otra parte, los componentes no autocompasivos, son aquellos que impiden la autocompasión, entre los que destacan: el auto juicio, la tendencia a evaluarse de forma crítica y negativa. El aislamiento, la sensación de estar solo frente al sufrimiento, llegando a desconectarse de los demás. Y la sobre identificación, la dificultad para tomar distancia de las emociones, pensamientos, fusionándose con ellos y perdiendo perspectiva.

Se optó por el SCS, tratándose del cuestionario más utilizado a nivel internacional para medir la autocompasión, su valor añadido reside en su capacidad para medir de forma simultánea, tanto el grado de autocompasión como el de autocrítica, a través de subescalas que representan dimensiones opuestas pero complementarias (García- Campayo et al., 2014). Gracias a esta dualidad se obtiene una visión más completa de cómo la persona se relaciona consigo misma, identificando sus niveles de autocompasión como los patrones de autocrítica, lo que resulta especialmente útil en terapias como la TFE, que busca transformar estas respuestas autocríticas.

Además, la versión de SCS adaptada a la población española ha mostrada una alta consistencia interna global, con un coeficiente general de consistencia interna  $\alpha = .87$ . En cuanto a los componentes, los valores fueron los siguientes: amabilidad  $\alpha = .79$ , auto juicio  $\alpha = .76$ , humanidad común  $\alpha = .72$ , aislamiento  $\alpha = .77$ , mindfulness  $\alpha = .73$ , sobre identificación  $\alpha = .76$ . Todos estos resultados al tener una consistencia interna igual o superior a  $\alpha = .70$  se consideran que son aceptables (García- Campayo et al., 2014).

### ***Escala de Heartland del Perdón***

El último cuestionario se ha utilizado es la escala de Heartland del Perdón (HFS) (Gallo-Giunzioni et al., 2021), esta valora la capacidad de la persona para perdonar, entendida como la habilidad para dejar ir los sentimientos de rencor hacia el agresor y renunciar a la venganza. Específicamente, analiza tres disposiciones hacia el perdón: perdonarse así mismo, a perdonar a otros y perdonar circunstancias externas.

El HFS está compuesto por 18 ítems que se responden mediante una escala Likert del 1 al 7, donde 1 significa que “no describe mi manera de actuar” y 7 significa “me identifico completamente con la manera de actuar”. El cuestionario completo se presenta en el Anexo E.

El HFS evalúa tres dimensiones: el perdón hacia uno mismo hace referencia a la capacidad para liberarse de la culpa, aceptar sus errores propios y ofrecerse comprensión y no autocastigo. También está el perdón a los otros, es decir, la habilidad para soltar el resentimiento y reconciliarse con personas que hayan causado daño. Y, por último, el perdón situacional, se refiere a la aceptación de eventos dolorosos o injustos fuera del control, como enfermedades o pérdidas.

Se ha seleccionado este instrumento debido a que permite una comprensión más completa de la predisposición al perdón a través de tres dimensiones distintas pero interrelacionadas (perdón hacia uno mismo, perdón hacia los demás y perdón situacional) (Gallo-Giunzioni et al., 2021). Esta característica es clave cuando el motivo de consulta de la paciente es el perdón. Además, la escala permite estudiar la autocrítica, la autoaceptación y la autocompasión.

En este sentido, ShamsAlam et al. (2025) señalan que la emoción de la vergüenza actúa como disparador clave de la autocrítica y el perdón. Desde esta perspectiva, se ha observado que una mayor intensidad de vergüenza suele estar asociada a niveles elevados de autocrítica y a una menor capacidad de autoaceptación y autocompasión. Por el contrario, el desarrollo de perdón hacia uno mismo se relaciona con la disminución de vergüenza y de autocrítica, y con un incremento de la autocompasión. Por ello, este cuestionario no solo permite evaluar la disposición al perdón, sino que también aporta información relevante sobre estos procesos emocionales implicados en el caso clínico.

Asimismo, la adaptación española de la escala de Heartland del Perdón presenta una buena consistencia interna general al tener un coeficiente  $\alpha = .81$ . En cuanto a las dimensiones,

los valores han sido: perdón hacia uno mismo  $\alpha = .70$ , perdón hacia los demás  $\alpha = .67$ , y perdón situacional  $\alpha = .79$ . Lo que indica una fiabilidad aceptable, especialmente en la dimensión general y en el perdón situacional. Mientras que en el perdón hacia los demás tendría una consistencia interna aceptable- baja (Gallo-Giunzioni et al., 2021)

Finalmente, también se ha realizado el análisis documental, en el que se ha llevado a cabo una revisión de los documentos existentes sobre la paciente. Entre ellos, se encuentran los cuestionarios administrados antes del inicio de este estudio, así como las investigaciones previas realizadas de la paciente. Este análisis documental complementa la recogida de datos durante la intervención, y proporciona un contexto más amplio para interpretar los resultados.

## **Capítulo 2. Presentación del Caso**

### **Descripción del Caso**

La paciente, identificada como “Z” para mantener su confidencialidad, es una mujer española de 45 años, soltera, que actualmente vive sola en Cáceres.

Su familia nuclear estaba formada por sus dos padres, aunque en la actualidad solo vive su madre, ya que su padre falleció en 2023. Es hija única, y ha asumido, a lo largo de su vida, el cuidado de sus padres. Esta responsabilidad le ha sido impuesta debido a la ceguera de su madre, requiriendo una gran cantidad de atención por su parte.

En cuanto a sus creencias, Z se identifica como religiosa practicante, a diferencia del resto de su familia. A los 20 años aproximadamente, quiso ingresar en un convento como monja, pero no pudo hacerlo debido a la negativa de su madre. Quien se opuso a esta idea, con el argumento de que, al hacerlo, estaría abandonando a sus padres.

A nivel académico y profesional, la paciente Z tiene estudios universitarios en Trabajo Social y actualmente está realizando un Máster en el mismo área. Además, trabaja en una organización sin ánimo de lucro como trabajadora social, considerando su profesión como algo muy importante en su vida.

### ***Motivo de Consulta y Principales Síntomas***

El motivo de consulta de la paciente es su dificultad para vincularse con sus padres, especialmente con su madre. Esta incapacidad le genera una gran carga emocional y conflicto interno constante debido a esa presencia de sentimientos contradictorios hacia la figura de su madre. Por un lado, siente la necesidad de cuidar de su madre y mantener su papel de “niña buena”, buscando su aprobación y el ser reconocida por ella.

Pero, por otro lado, siente muchos sentimientos de rencor, asco y rechazo hacia ella, lo que le genera un profundo malestar. En particular, con la sensación de pérdida de todo aquello que siente que nunca llegó a tener: su infancia. Desde pequeña, ha tenido que renunciar a sus necesidades para cumplir siempre su papel de “niña buena”, asumiendo las responsabilidades de sus padres, pero con el coste de no poder vivir una etapa fundamental en su desarrollo madurativo.

Esta ambivalencia emocional le genera un profundo malestar, ya que desea poder establecer una relación más sana, sin sentirse invadida, ni culpable. En este anhelo aparece también la posibilidad del perdón, no entendido como una negación del daño vivido, sino como una vía de vincularse para una experiencia de vida con sentido y de acorde con sus valores.

Como consecuencia de todo esto, ha desarrollado una gran desconexión consigo misma, que se manifiesta en tres niveles: emocional, corporal y personal. Por una parte, presenta una desconexión emocional, no pudiendo distinguir sus propias emociones, lo que le genera un gran miedo al experimentarlas. Siente que, si las deja salir, se quedará atrapadas en ellas para siempre.

También, presenta dificultades para reconocer su estado corporal, debido a dos motivos. El primero es la autoexigencia, la cual la obliga a estar bien siempre y a no mostrar signos de malestar. Esta exigencia le impide reconocer cuándo está enferma o cuando experimenta dolor emocional. Por eso mismo, tiende a minimizar y a ignorar cualquier señal de su propio cuerpo.

El segundo es el cansancio, este es una emoción difusa que lo inunda todo. Este agotamiento aparece especialmente cuando Z se obliga a hacer cosas que no quiere hacer, pero solo es consciente una vez que ya está inmersa en la situación. Por lo que esta fatiga surge de manera inmediata cuando sus necesidades reales no están siendo atendidas, actuando como un indicador muy claro de su malestar y dolor emocional. Es importante saber que este cansancio emerge ante el conflicto interno y la lucha entre sentimientos opuestos hacia su madre.

Por último, a nivel personal, esta dificultad de perseguir aquello que es importante para ella se debe a la constante tensión de buscar satisfacer a los demás y con ello sus necesidades. Su autocrítica no le permite vivir conforme a sus valores y necesidades, ya que presenta un miedo desmesurado a no ser aprobada por los demás. Convirtiéndose su vida en un ciclo de complacencia y autoexigencia, en donde su bienestar no existe.

La compleja relación con su madre se ha basado en la necesidad de querer ser vista y ser reconocida. Sin embargo, su madre ha estado presente cuando fracasaba, recriminándole por sus errores o señalarle que tenía que hacerlo mejor, siempre buscando activarla desde el mandato de “primero hacer para luego ser”.

Esta dinámica se ha interiorizado hasta el punto de que la voz de su madre se ha convertido en su propia voz crítica. Esta autocrítica no solo aumenta el conflicto emocional, sino que refuerza patrones de autoexigencia que la impiden alcanzar su bienestar y dificultan su progreso en la terapia.

Como resultado de esta voz crítica de no ser suficiente, realiza una búsqueda de apoyo en los demás. Hace esfuerzos constantes para quedar bien con los demás, pero sobre todo para comprobar que esas personas no la han abandonado. Además, la paciente se esfuerza por destacar y ser la mejor en todos los aspectos de su vida, con el fin de poder ser vista y reconocida por los demás. En el fondo, esto es una forma de compensar la falta de reconocimiento que no ha recibido de su madre.

### ***Antecedentes Personales***

La paciente ha estado varios años en la UNINPSI, durante ese tiempo su terapeuta principal no ha cambiado, pero sí que lo han hecho los coterapeutas.

En un primer momento, acudió por problemas relacionados con la ansiedad en el entorno familiar y en particular con su madre. La relación con sus padres siempre ha sido complicada, no logrando establecer una relación afectiva desde su posición de hija. Desde muy pequeña se ha visto obligada a asumir un rol “parentalizado”, asumiendo entre otras responsabilidades el cuidar de sus padres, encargarse del alquiler de los pisos, realizar mudanzas y otras tareas impropias de una menor.

A su vez, debido a la discapacidad visual de la madre, se ha podido observar como Z tuvo que asumir responsabilidades de cuidado de la madre, ayudándola en actividades básicas como darle de comer, aseo e higiene....

La paciente actúa como reguladora emocional de su madre, quien presenta una patrón desregulado y caótico. En concreto, la madre tiende a tapar su vulnerabilidad bajo una apariencia dura y dominante, expresándose constantemente en forma de quejas. Al mismo tiempo, evita el contacto consigo misma y busca desesperadamente a su hija: invadiendo

constantemente su espacio personal, ignorando los límites que ella intenta establecer e intentando controlarla a través de órdenes y exigencias.

Como consecuencia, la única manera en la que Z ha podido relacionarse con sus padres y conseguir ser vista por ellos, ha sido a través de la figura de “hija buena”: la que siempre cumple y se encarga de todo, ignorando sus propias necesidades para atender las de sus padres (o las de los demás).

En su segundo año, el motivo de consulta de la paciente fue el agotamiento emocional (por la convivencia y cuidado constante de sus padres, siendo su cuidadora principal) y la falta de cuidado como consecuencia de este cansancio. Este malestar, sobre todo, se producía en la relación con su madre, quien, además de ser muy demandante debido a su discapacidad visual, ejercía una posición extrema de dominancia, imponiendo sus propios criterios sobre Z.

Este patrón con sus padres le generaba sentimientos de frustración, resentimiento y sobrecarga emocional. Sin embargo, la paciente tenía grandes dificultades para poner límites, retirar su atención o expresar su malestar, debido a su miedo desadaptativo de perder el amor de sus padres si lo hacía. Este fue uno de los ejes centrales de la terapia durante ese año: identificar su miedo, empezar a expresar su malestar y establecer límites, lo que permitió regular de forma más sana su relación con ellos.

Gracias a este proceso, y al criterio de la médica de su madre, la paciente logró finalmente llevar a sus padres a una residencia. En este periodo, falleció su padre, elaborando el duelo de una forma sana.

En paralelo, mantuvo una relación con “El Moreno”. Tras la ruptura también pudo elaborar parcialmente el duelo. Aunque, al tratarse de una experiencia relativamente “reciente”, sigue ocupando un espacio emocional en ella, reflejándose en algunas creencias disfuncionales sobre el abandono. Además, la existencia de algunos encuentros esporádicos y cierta comunicación con la expareja dificultan el cierre emocional completo.

Es importante señalar que durante este segundo año la paciente desarrolló un fuerte vínculo con su segundo coterapeuta. Por ello, al cambiar de nuevo a un tercer coterapeuta, coincidiendo con su tercer proceso de terapia, inicialmente la paciente desarrolló cierta resistencia hacia esta figura (debido a que este tercer coterapeuta no cumplía con las expectativas generadas por la paciente).

## Formulación de Caso

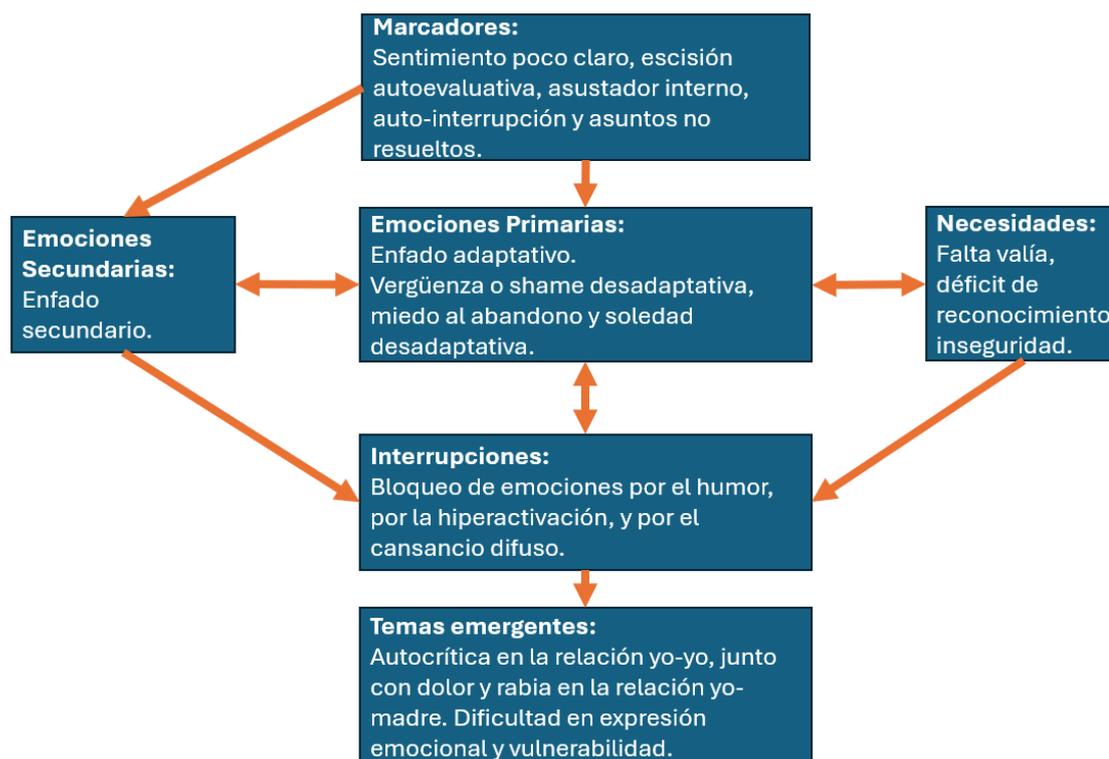
El análisis del caso presentado se aborda desde dos modelos teóricos diferentes pero complementarios, la TFE y ACT.

### *Análisis desde Terapia Focalizada en la Emoción*

Desde el enfoque de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), toda la información recogida hasta el momento ha sido integrada en el modelo MENSIT, representado en la Figura 1. Este acrónimo hace referencia a seis categorías clave dentro del enfoque de la TFE: Marcadores de tarea, Emociones primarias, Necesidades, Emociones secundarias, Interrupciones y Temas emergentes. Dichas categorías permiten organizar la experiencia emocional del caso y orientar el proceso terapéutico en función de los patrones emocionales identificados.

**Figura 1.**

*Análisis del Caso Desde el Modelo TFE (Modelo MENSIT).*



*Nota.* Elaboración propia. Tomado de referencia el modelo MENSIT de Jódar y Caro (2023). Esta figura muestra el análisis clínico del caso desde la Terapia Focalizada en la Emoción, analizándolo a través de seis componentes esenciales. Esta estructura permite una comprensión de los patrones emocionales y relacionales de la paciente.

### ***Emociones Primarias Adaptativas***

Se observa que la paciente Z presenta una emoción primaria adaptativa de enfado hacia su madre, que se activa cuando su madre la invade o se entromete en su vida. Un ejemplo representativo es cuando la paciente está enferma y necesita descansar, pero su madre no para de llamarla para saber cómo se encuentra. En ese momento, Z se da cuenta de que estas llamadas no se deben a una preocupación genuina hacia su bienestar, sino a la necesidad de su madre para poder regularse emocionalmente ante su propia “desorganización”. Así, busca comprobar que su hija está bien para poder calmarse, sin darse cuenta de que, aunque ese acto parezca una forma de cuidado, en realidad no responde a lo que su hija necesita y acaba siendo vivido como una invasión.

Esta instrumentalización emocional resulta muy dolorosa para la paciente, ya que su madre parece cuidarla, pero sin tener en cuenta sus necesidades. Esto desvela una relación profundamente ambivalente que puede resumirse en la expresión: “todo para ti, pero sin ti”.

Sin embargo, esta emoción de enfado primaria adaptativa se acaba volviendo secundaria, a base de ser interrumpida reiteradamente debido a que choca con su rol de “niña buena”, y no se permite estas emociones de rechazo hacia su madre, ni el carácter contradictorio de su madre. Y como consecuencia de estas constantes auto interrupciones, aparecen momentos de enfado desproporcionado. Desde la infancia, Z ha sufrido por la insatisfacción de sus necesidades emocionales. Lo que ha dado lugar al desarrollo de estrategias de afrontamiento desadaptativas, dirigidas a la regulación de ese dolor.

### ***Emociones Primarias Desadaptativas***

La historia vital de Z, tal y como se ha mencionado en el apartado de antecedentes, ha dejado una huella significativa en su identidad. Durante una etapa tan crucial como la infancia, sus necesidades básicas no fueron adecuadamente satisfechas. La expresión de dichas carencias se produce a través de las emociones primarias desadaptativas, principalmente a través de la vergüenza (o shame), el miedo al abandono y la soledad.

En el caso de la vergüenza, esta genera sentimientos de falta de valía e inferioridad, lo que la impulsa a buscar constantemente la validación externa y a ponerse a prueba para comprobar si realmente es valiosa. Esta necesidad se refleja en su trabajo, donde tiende a vivir cualquier conflicto como propio. También experimenta vergüenza cuando siente que no es suficientemente buena, obligándose a tener que hacerlo todo perfecto. Además, esta misma

vergüenza se activa cuando necesita ayuda, teniendo dificultades para recibir apoyo y, si finalmente lo acepta, esto le genera mucha rabia.

En el ámbito de las amistades, también aparece este sentimiento de vergüenza desadaptativo. Lo que provoca que a menudo establezca vínculos superficiales ya que no se siente suficientemente buena para nadie. Esta emoción le impide mostrarse tal y como es, reforzando, por un lado, la idea de que debe estar siempre bien para poder relacionarse. Y, por otro, alimenta el miedo de que los demás se vayan a ir al mostrarse vulnerable.

A su vez la paciente tiene un miedo desmedido al abandono, esta inseguridad se ve reflejada en sus relaciones, en las que se encuentra constantemente dudando de si la van a dejar o desaparecer, lo que la lleva a realizar conductas exageradas de búsqueda de amor y afecto. Sin embargo, de forma paralela, interpreta cualquier señal de distanciamiento como una amenaza, lo que la lleva, ante el mínimo indicio de riesgo, a poner fin a la relación de forma abrupta. Este patrón refleja una notable fragilidad en sus vínculos.

Por último, la paciente presenta una emoción primaria desadaptativa de soledad, debido a sus experiencias en la infancia de no haber sido vista, ni reconocida por sus figuras de apego. Esta ausencia de un vínculo seguro, le han dejado un vacío que hasta ahora se sigue activando. En la relación actual con su madre, la paciente sigue sintiéndose invisible, ya que esta solo aparece cuando necesita regularse emocionalmente. La manera de lidiar con su dolor se manifiesta con mantener numerosas relaciones sociales. Del mismo modo, cuando está sola, recurre a la hiperactividad constante para evitar el contacto con su vacío interno.

En el caso de Z, estas emociones primarias desadaptativas están expresando aquellas necesidades no cubiertas: la valía y la seguridad. La falta de valía tiene su origen en el déficit de reconocimiento producido por parte de sus figuras significativas, sobre todo su madre. Esta carencia la empuja a buscar la validación en los demás, así como destacar y de ser la mejor en lo que hace.

Por otro lado, su inseguridad se traduce en una búsqueda constante de cuidado en los demás, lo que se refleja en conductas de complacencia en otras personas, priorizando las necesidades ajenas sin tener en cuentas las propias, mostrando así una falta de asertividad y un miedo desmedido ante el abandono.

### *Emociones Secundarias*

Cuando la paciente entra en contacto con sus emociones primarias adaptativas o desadaptativas, frecuentemente desencadena emociones secundarias, las cuales buscan interrumpir o aliviar ese dolor emocional. En este caso, como se ha mencionado anteriormente, sería ese enfado que es interrumpido constantemente y que también aparece para tapar la emoción primaria desadaptativa de la vergüenza. Esta emoción de enfado secundario es un enfado desmedido, que emerge ante la mínima percepción de intromisión e invasión por parte de la madre en su espacio personal. Esta ira, sin embargo, es desproporcionada y se activa de manera automática e intensa, incluso en situaciones cotidianas.

Este patrón de rencor y enojo puede deberse a varios motivos principalmente. El primero, debido a la constante interrupción de la paciente de ese enfado adaptativo, lo que hace que a veces no pueda seguir reprimiéndolo y lo saque de una manera desmedida.

El segundo de los motivos que contribuyen a la reacción del enfado es la necesidad de tapar la vulnerabilidad generada por el sentimiento de vergüenza desadaptativa. Este esquema emocional tiene su origen en su historia personal, marcada por una madre que no pudo ejercer adecuadamente su rol de cuidadora, al tener una baja capacidad de mentalización.

Por otra parte, la ira también cumple una función relacional: probar el vínculo, explorando qué ocurre cuando se expresa. Esta respuesta es provocada por el autotratamiento del asustador interno, con el objetivo de llamar la atención del otro, provocar una reacción y ser vista. Sin embargo, al no estar conectado este enfado con una necesidad clara, ni coherente, esta expresión de enfado acaba convirtiéndose en una queja improductiva, que no genera cambios y refuerza su sensación de frustración e impotencia.

Como consecuencia, la paciente ha crecido sin una base de reconocimiento y validación de sus experiencias. Todas estas vivencias están marcadas por el sentimiento de ser ignorada, de no ser vista, de no ser comprendida y por la sensación de haber tenido que asumir funciones y responsabilidades que no le correspondían siendo niña. En este contexto, el enfado no vincula con el presente, sino como una defensa hacia su historia pasada, que cubre su vulnerabilidad infantil no reconocida. Este enfado protege a la paciente de entrar en contacto con esas experiencias dolorosas de sentirse inadecuada, invisible o insuficiente.

### *Autotratamientos*

Como forma de gestionar su dolor emocional, la paciente recurre al uso de autotratamientos, entre los que destaca la reflexividad improductiva. Esta se manifiesta principalmente a través de dos formas interrelacionadas entre sí: la autocrítica coercitiva y el asustador interno.

La autocrítica coercitiva se expresa a través de ordenes internas de exigencia constante para actuar y hacer todo a la perfección y así llegar a ser la mejor. Fundamentalmente aparece cuando entra en contacto con su propia vulnerabilidad. Estas autoexigencias la evalúan a sí misma como no ser suficiente, no merecer la pena y la fuerzan a estar en un estado permanente de hiperactividad para disminuir su sensación de falta de valía. A corto plazo funciona, ya que se produce un alivio inmediato, pero a largo plazo genera un profundo malestar.

La figura del asustador interno genera en la paciente una preocupación constante. Los temores que emergen están relacionados directamente con el miedo al abandono y la soledad. Como forma de afrontamiento, la paciente tiende a adoptar conductas de complacencia extrema para evitar que las personas se alejen de ella. Sin embargo, de forma paralela debido a sus miedos pone a prueba continuamente las relaciones, buscando señales de distanciamiento o rechazo, lo que refuerza su inseguridad y malestar.

Otro ejemplo de asustador interno es su temor a sentir emociones, en concreto la tristeza y el enfado. Z tiene miedo de que si se permite sentir la tristeza quedará atrapada en ella para siempre, de ahí que busque evitar dicha emoción y la auto interrumpa.

Esta fobia a sentir emociones está estrechamente relacionada con el miedo al abandono. A partir de esta conexión, surge un nuevo temor: el miedo a expresar sus emociones ante los demás. Está convencida de que, si expresa sus emociones como la tristeza o el enfado, será rechazada o abandonada. Como consecuencia, adopta de forma recurrente conductas de evitación e interrupción de sus emociones.

Este miedo del asustador interno, a su vez, se considera como emoción primaria adaptativa, especialmente en la relación con su madre. Esto tiene sentido cuando se observa que el enfado reprimido emerge como emoción secundaria desmedida, con una intensidad tan agresiva y punitiva que resulta incongruente con su rol de “niña buena”. Este tipo de reacción entra en conflicto con la imagen que ha construido de sí misma como hija obediente y

complaciente. Ante esta contradicción interna, producida por el asustador interno, se refuerza la creencia de que ciertas emociones son peligrosas o “malas” para sí misma como los demás.

Cabe destacar que esta interpretación del asustador interno, aunque basada en una distorsión emocional, no es completamente irracional ni infundada. En determinados contextos, estas reacciones emocionales desmedidas de la paciente han sido vividas por los otros como excesivas o difíciles de manejar, lo que efectivamente ha provocado distanciamientos o rupturas. Esta experiencia refuerza, al menos parcialmente, su miedo al abandono, consolidando el patrón de evitación como una estrategia defensiva.

### *Auto interrupciones*

Respecto a las auto interrupciones, el objetivo es reprimir las emociones más dolorosas de la paciente, es decir, su parte más vulnerable. El interruptor más frecuente que utiliza Z es el humor, particularmente un humor ácido y autocrítico, a partir del cual disfraza su malestar bajo la apariencia de una broma, minimizando así la importancia que tiene.

Del mismo modo, otro auto interruptor muy común es la hiperactivación. Z tiende constantemente a realizar actividades: desde asumir más responsabilidades en su trabajo (que no son propias de su puesto), a quedar con amigos, u otras tareas varias, siempre con el fin de dejar de sentir algo de sí misma, como es el caso de su tristeza. Esta tendencia a comprometerse con actividades que realmente no le interesan, o que no tienen un interés genuino, avanza hacia un golpe de realidad justo en el momento en el que las está realizando, dándose cuenta entonces de que realmente no quiere hacerlo, y puede ocurrir que experimente malestar físico (en forma de somatización).

La sobrecarga de responsabilidades aparece tanto en el trabajo como en sus relaciones personales. En el trabajo suele implicarse en exceso, asumiendo tareas que no le corresponden y responsabilizándose de funciones ajenas. Mientras que, en las relaciones, interactúa de manera superficial y en cantidad, pero sin generar vínculos significativos. Con todo esto, tal y como Z confiesa, su objetivo es pasar poco tiempo consigo misma con el fin de evitar sentirse triste. De esta manera, la hiperactividad responde a una necesidad de distracción, más que de interés en estas actividades.

Aunque también es cierto que esta auto interrupción actúa como una orden de su crítica, siendo una consecuencia de cumplir las demandas de este autotratamiento. Es decir, responde a la creencia internalizada de que su valor depende de su productividad, confundiendo hacer

con ser. Este patrón se origina en su infancia, donde la única forma de sentirse vista y no ser rechazada o abandonada era a través del cumplimiento de las expectativas del entorno.

Cuando se queda sola, la paciente suele aprovechar el tiempo para estudiar su máster, organizar la casa o realizar cualquier otra actividad, con el objetivo de mantenerse de ocupada y distraída. Esta hiperactividad le permite interrumpir el contacto con sus emociones y evitar el contacto consigo misma, y, al mismo tiempo, cumplir con el mandato materno de “tener que hacer”. Sin embargo, esta conducta también se ve influida por su madre, quien en ocasiones acude a su casa y la presiona respecto a tareas domésticas que no ha realizado. Posteriormente, la madre le reprocha que, de no insistirle, Z no haría nada por sí misma. De este modo, la casa de la paciente se convierte en otro espacio de invasión y confusión, donde desaparecen los límites entre lo propio y lo impuesto.

A su vez, otro de los interruptores más comunes es el cansancio difuso y constante de la paciente, este la confunde, y tal y como ella menciona, lo tapa todo. El agotamiento suele desencadenarse cuando Z decide priorizar las necesidades de los demás respecto a las suyas, funcionando como un indicador de que está actuando en contra de sus propios deseos. Este fenómeno es muy claro cuando en situaciones en las que la paciente va a enfadarse y a poner sus necesidades por delante de las de los demás, las interrumpe con el cansancio.

No obstante, este agotamiento también se debe al patrón interno de hiperactivación, ya que la paciente está constantemente ocupada sin descansar. Esta hiperactividad continua termina produciendo un agotamiento significativo, el cual refuerza a su vez su desconexión tanto física como emocional.

Como consecuencia del uso de auto interrupciones, la paciente ha desarrollado una baja conciencia emocional. Z muestra dificultades para identificar el desencadenante de sus emociones, solo logrando reconocer tanto el disparador como las emociones a posteriori. Esta limitada conciencia emocional se retroalimenta con sus estrategias de autotratamiento, sobre todo a través de la acción del asustador interno.

El miedo que le provocan sus propias emociones le lleva a interrumpirlas, lo que a su vez impide que tome conciencia emocional de las mismas. Esta falta de conciencia emocional aumenta aún más el temor a sus propias emociones, generando un círculo “vicioso” que refuerza su malestar.

### *Análisis desde la Terapia de Aceptación y Compromiso*

En línea con lo ya adelantado, el otro enfoque terapéutico complementario al caso es el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso, desde el que se pretende dar visibilidad a los mecanismos de inflexibilidad psicológica de la paciente.

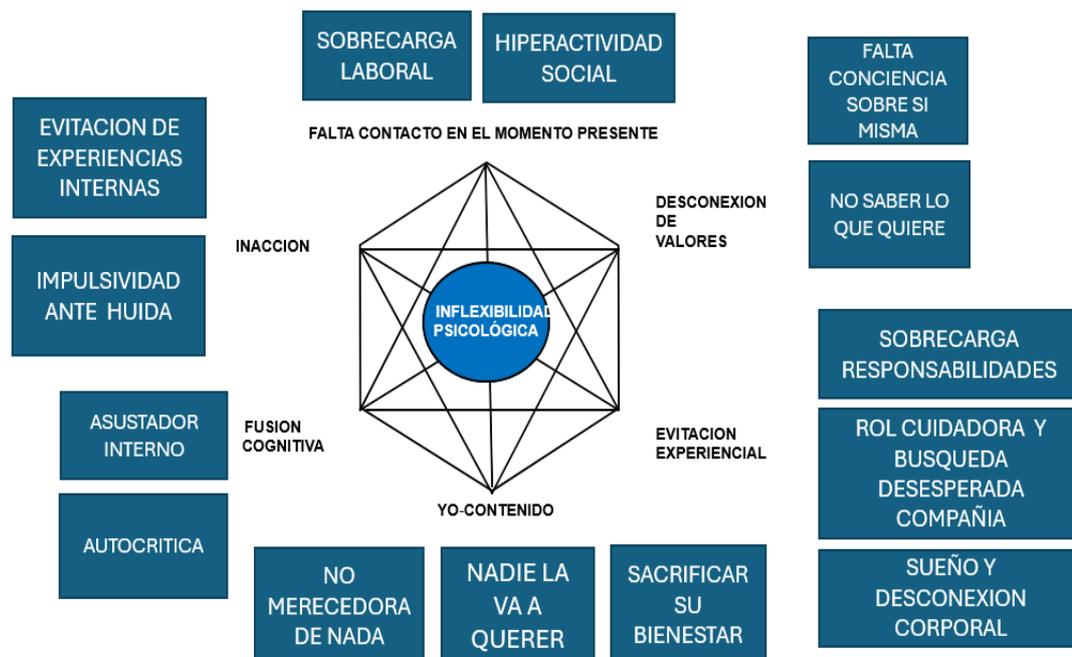
A través del modelo Hexaflex de ACT, se pueden identificar aspectos clave de la inflexibilidad psicológica experimentados por Z: la fusión, la falta de contacto con el presente, la desconexión con los valores, el yo como contenido, la inacción y la evitación experiencial. Tal como se representa en la Figura 2.

Aunque su aplicación clínica pueda resultar compleja, se ha optado por utilizar este modelo en la formulación de caso por su valor estructural y su claridad visual, facilitando así una comprensión global y coherente del funcionamiento psicológico de la paciente.

En el caso de Z, estos procesos no actúan de forma independiente, sino que se entrelazan y se refuerzan mutuamente, dando lugar a un patrón de un funcionamiento rígido y desadaptativo. Este patrón contribuye a mantener el malestar de la paciente e interfiere en su capacidad para vivir de acuerdo con sus propios valores.

#### **Figura 2.**

*Análisis del Caso desde el Modelo ACT (Modelo Hexaflex).*



*Nota.* Elaboración propia. Tomado de referencia del modelo Hexaflex de Hayes et al. (1999). Esta figura refleja un análisis de la inflexibilidad psicológica desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El modelo

identifica seis procesos que dificultan una vida guiada por valores: evitación experiencial, fusión cognitiva, yo como contenido, falta de contacto con el presente, desconexión de valores e inacción. La figura ilustra cómo estos procesos aparecen en el funcionamiento clínico de la paciente.

A continuación, se describen detalladamente las manifestaciones de cada uno de estos procesos, tal y como se conceptualizan en el modelo Hexaflex.

En relación con la fusión cognitiva, la paciente se encuentra atrapada en sus experiencias internas: en pensamientos negativos recurrentes y desvalorizantes propios de la crítica y del asustador interno. Como por ejemplo “si no soy perfecta, no valgo para nada”, “nunca es suficiente”, “nunca voy a mejorar”, “nadie me va a querer”, “todo el mundo me va a abandonar”.

En cuanto al yo conceptualizado, la identidad de la paciente se ha fusionado con el crítico y el asustador interno, girando su autoconcepto en torno a esas creencias absolutas de falta de valía y amor. Esta fusión refuerza una visión desesperanzadora de sí misma y del mundo, y condiciona profundamente la forma en que actúa en su vida.

Respecto a la falta de contacto en el momento presente, Z tiende a quedarse atrapada en sus emociones y a fusionarse con sus pensamientos, recordando historias del pasado dolorosas y proyectándolas en preocupaciones futuras. Para evitar este malestar recurre a la sobrecarga laboral, a la hiperactividad social e incluso a la desconexión corporal, con el fin de impedir conectarse consigo misma.

Desde el punto de vista de la inacción y la evitación, el afrontamiento de la paciente oscila entre evitar por completo el contacto con sus experiencias internas y el actuar de manera impulsiva. En este sentido, ella se involucra en actividades o compromisos sin desearlo realmente, dándose cuenta a posteriori que esa no era su verdadera intención. La única manera que tiene de poner límites es a través de la somatización de su dolor emocional, llegando incluso a enfermarse, o a agotarse hasta el punto de no poder más físicamente.

Atendiendo a la desconexión de los valores, Z ha perdido el contacto con aquello que es importante para ella, lo que la ha llevado a entrar en un ciclo de obligaciones e hiperactividad llenos de insatisfacción. En muchas ocasiones su manera de responder está condicionada por una necesidad de aprobación externa, más que por una elección basada en sus propios valores.

Por último, cabe destacar la evitación experiencial, entendida como un conjunto de conductas inflexibles de evitación con las que consigue un alivio inmediato, pero que, al mantenerse en el tiempo, se vuelven cada vez más limitantes.

Una de las principales estrategias utilizadas por Z son la sobrecarga de responsabilidades, tanto en el trabajo como en sus relaciones. En el trabajo, suele implicarse en exceso, asumiendo tareas que no la corresponden, teniendo dificultad para delegar y aceptando cargas adicionales sin poner límites, incluso cuando esto implica una clara sobrecarga laboral.

En las relaciones, aunque la amistad es algo importante para ella, en la práctica tiene vínculos sociales superficiales y numerosos, pero sin ser emocionalmente significativos. La propia paciente reconoce que, más que responder a un deseo de conexión auténtica, suele involucrarse para evitar estar sola, lo cual le resulta difícil de sostener. Esta hiperactividad constante parece responder más a una necesidad de distracción que a un interés real por las actividades que realiza.

Otra estrategia en este plano social es adoptar el rol de cuidadora, ya que tiende a centrarse en los problemas de los demás, buscando ayudarles. De esta manera desvía su atención respecto a su propio malestar, evitando así entrar en contacto con sus necesidades. Este patrón es muy evidente en su relación de expareja con “el Moreno”, así como con ciertos amigos e incluso con su madre.

Siguiendo en el ámbito de las relaciones interpersonales, la evitación experiencial también se expresa en la búsqueda desesperada de compañía. Ante pensamientos de abandono y de soledad busca aferrarse a los demás. Sin embargo, en cuanto percibe el mínimo signo de distanciamiento decide cortar con la relación, lo que refuerza su sentimiento de soledad.

En el plano emocional, la paciente tiene la tendencia a desbordarse ante la conciencia de sentimientos, activando conductas de huida a través del sueño. En momentos de elevada carga emocional en los que no se puede regular a través de alguien, decide huir de las emociones yéndose a dormir.

En relación con lo anterior, la paciente presenta una marcada inexpressión emocional y una baja conciencia de sus estados internos, lo cual se manifiesta en una tendencia a la somatización. No obstante, su forma de gestionarla es a partir de otra evitación experiencial, la

desconexión corporal. De manera que Z minimiza sus sensaciones físicas de malestar y niega su propio agotamiento o enfermedad, convenciéndose de que ella está bien.

Un ejemplo claro de este patrón se observa cuando, a pesar de tener una gastroenteritis aguda, decidió ir a trabajar. Una vez allí, sus compañeros le aconsejaron que fuera al hospital y se tomará el día libre, pero ella reaccionó con enfado. Según expresó, pensaba que sus compañeros deberían haber pensado en ella, cuando fingía que estaba bien. Esperaba que, a pesar de su actitud, los demás adivinarán cómo se sentía realmente, sin tener que decírselo. Este episodio muestra cómo la paciente niega su vulnerabilidad física y, al mismo tiempo, responsabiliza a los demás por no responder a una necesidad que ella misma no reconoce, ni comunica.

### **Evaluación Inicial**

A continuación, se expone el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios entregados a la paciente durante la fase de evaluación inicial.

Respecto al Cuestionario de Valores de Vida (VLQ), las puntuaciones reflejan que los aspectos más valorados son el trabajo y la espiritualidad, ambos con una puntuación de 9. Mientras que el área menos importante para la paciente es la relación de pareja, con una calificación de 3.

Además, en este mismo cuestionario se valora la consistencia, entendida como la coherencia que existe entre los valores de la paciente y sus acciones en cada área de su vida. Es decir, hasta qué punto la persona siente que está viviendo de manera coherente con los valores que considera importantes.

En este caso, la paciente muestra una alta consistencia en las áreas de relación de pareja y trabajo, obteniendo en ambas la puntuación máxima (10). En el caso de la pareja, aunque no la valora especialmente, percibe que actúa en plena coherencia con lo que siente respecto a este área, bien sea manteniéndola en un plano secundario o no priorizándola activamente. Por otro lado, el área con menor consistencia es el cuidado físico, con una puntuación de 5, lo que indica una brecha más evidente entre lo que valora y lo que pone en práctica en su vida diaria.

En términos generales, sus puntuaciones reflejan una adecuada alineación entre valores y acciones, con escasas discrepancias entre lo que considera importante y lo que efectivamente realiza.

La Escala de Autocompasión (SCS), tiene una media total de 2,61, lo que significa un nivel moderado de autocompasión. Lo que demuestra que la paciente no tiene una autocompasión destacada, pero tampoco tiene un nivel desmedido de autocrítica. Sin embargo, en los resultados se muestra una ligera tendencia a la autocrítica.

Los factores que facilitan la autocompasión son: la auto amabilidad, capacidad de cuidar desde la comprensión y empatía a uno mismo, obteniendo una puntuación de 2.4. La humanidad común, reconocimiento de que el sufrimiento es parte de la vida, es decir, todo el mundo sufre y se equivoca, alcanzado una puntuación de 2.75. Y por último el mindfulness o atención plena, la habilidad de observar las experiencias que uno vive sin reaccionar, manteniendo una distancia, teniendo una puntuación de 4.

Por otro lado, los aspectos no autocompasivos hacen referencia a aquellos que impiden la autocompasión, entre los que destacan: el auto juicio, la tendencia a realizar evaluaciones de uno mismo desde un punto de vista crítico y negativo, con una puntuación de 4. El aislamiento, el sentimiento de sentirse solo ante el sufrimiento y por tanto la evitación de contacto con los demás, obteniendo un 4.5. Y, la sobre identificación, la dificultad para distanciarse de las experiencias internas, es decir, la tendencia de fusionarse con los pensamientos y sentimientos sin poder tomar perspectiva de lo que está viviendo, alcanzando una nota de 3.

Por último, en la escala de Heartland del Perdón (HFS) tiene una calificación total de 92, lo que indica que la paciente tiene una alta capacidad de perdonar en comparación con el resto de las personas. Esto se refleja en su predisposición a perdonarse a sí misma, a los demás y a aceptar situaciones que están fuera de su control.

En la dimensión del perdón propio, ha obtenido una puntuación de 30, lo que indica que suele tener una facilidad a la hora de perdonarse a sí misma. Mientras que, en la dimensión del perdón a los otros, ha alcanzado una nota de 30, lo que refleja una tendencia frecuente de perdonar a los demás. Respecto al perdón a las situaciones, presenta una puntuación de 32, lo que se refleja en una alta capacidad para perdonar situaciones que estuvieron fuera de su control y para afrontar con éxito este tipo de situaciones.

### **Capítulo 3. Intervención del Caso**

#### **Justificación de Intervención y Establecimiento de Objetivos en Terapia**

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el proceso terapéutico en el que se centra este estudio de caso se basa en un enfoque humanista integrativo, combinando la Terapia Focalizada en la Emoción y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

El motivo de consulta de la paciente es trabajar el perdón hacia sus padres, convirtiendo este en el eje de la terapia. Para poder alcanzarlo se hace uso de un marco humanista integrativo basado tanto en la TFE como en ACT.

La característica que vincula a estos dos modelos terapéuticos, a pesar de sus diferencias, es el enfoque humanista. Desde esta perspectiva, el terapeuta adopta una postura de aceptación incondicional del paciente, promoviendo una relación terapéutica “auténtica” basada en la empatía, la congruencia y la presencia plena. Además, la intervención se estructura desde un enfoque vivencial y experiencial, con el propósito de facilitar un proceso de reparación emocional y de ayudar a la paciente a retomar una vida más auténtica.

Desde la TFE, el trabajo terapéutico se orienta a abordar el perdón mediante el acceso y procesamiento de las experiencias dolorosas pasadas, así como de las necesidades emocionales no cubiertas. Esto implica ayudar a la paciente a aceptar y dar sentido a todos esos sentimientos no resueltos, como la ira, tristeza o la vergüenza, que han contribuido a su regulación emocional desadaptativa. Además, la TFE se centra en la identificación y modificación de las auto interrupciones emocionales que están reforzando las figuras de autocrítica y del asustador interno, elementos que también se abordan en la terapia.

Por lo tanto, el objetivo principal de la TFE es facilitar la transformación de los esquemas emocionales desadaptativos de la paciente, promoviendo una mayor conciencia de sus experiencias internas y un cambio en su proceso emocional que le permita sanar el dolor asociado a sus heridas emocionales más profundas. Este trabajo se centra, especialmente en la emoción de la vergüenza, el perdón hacia uno mismo, la autocrítica y la aceptación.

Desde la perspectiva de ACT, este modelo también se recomienda para abordar problemas no sindrómicos, como el proceso de perdón. En lugar de centrarse en reducir o eliminar el dolor emocional, ACT busca transformar la relación de la paciente con su sufrimiento, fomentando una actitud de aceptación en lugar de quedar atrapada en emociones negativas no resueltas. El objetivo no es minimizar el daño sufrido, sino permitirle llevar una vida plena que no esté condicionada por el resentimiento.

Este enfoque plantea una alternativa a la gestión emocional, ya que no se pretende la eliminación de las emociones difíciles, sino aprender a relacionarse con ellas de una manera más flexible. A través de este proceso, la paciente va avanzando progresivamente hacia una mayor flexibilidad psicológica.

Un aspecto clave dentro de ACT es la intervención en la evitación experiencial, es decir, en los patrones rígidos que la paciente utiliza para evitar su malestar. El objetivo es sustituir estas estrategias por otras más flexibles, que le permitan construir una vida más significativa y alineada con sus valores personales.

Además, ACT enfatiza la autoconciencia, un aspecto crucial en este caso. Se busca que la paciente desarrolle un mayor conocimiento de sí misma, conectándose con su presente y explorando qué es realmente valioso para ella. Una vez identificados estos valores, el siguiente paso es fomentar la realización de acciones concretas que le permitan acercarse a lo que considera importante en su vida.

Los objetivos planteados para la terapia de esta paciente son los siguientes:

- Procesamiento del perdón y reconstrucción de su significado: explorar y procesar esas experienciales emociones dolorosas pasadas con sus padres, acceder y validar dichas emociones primarias adaptativas asociadas a estos sucesos, trabajar en asuntos no resueltos, activar la empatía de la paciente hacia su madre, ayudándola a reconocer su parte enferma e infantilizada de la que no podía hacerse cargo desde la adulta que era, y redefinir el significado de perdón (centrándolo en el bienestar de la paciente, y no tanto en alguna manera de complacer a sus padres). En consecuencia, se espera un incremento en la puntuación del perdón hacia los otros, en la escala HFS.
- Regulación emocional y reducción de evitación experiencial: desarrollar estrategias más flexibles y efectivas de regulación emocional, reducir la evitación experiencial, promoviendo el afrontamiento activo del malestar en lugar de estrategias de evitación, fomentar la conciencia y conexión emocional de la paciente, ayudando a reconocer y aceptar sus emociones, trabajar con el momento presente, reduciendo la necesidad de desconexión emocional. Como resultado esperado, deberían aumentar las puntuaciones de consistencia del VLQ, al realizar conductas más coherentes con sus valores. Asimismo, se anticipa un incremento de las puntuaciones del perdón hacia uno mismo en la

escala HFS, ya que dicho aumento está relacionado con la autoaceptación, lo que a su vez se relaciona con una reducción de la evitación.

- Reestructuración de los autotratamientos disfuncionales: desactivar el asustador interno, disminuyendo su fusión con la identidad de la paciente, intervenir en la autocrítica, reduciendo su dureza e integración consigo misma, promover la autocompasión y autocuidado. Como resultados esperados, debería observarse un aumento de las subescalas positivas y una disminución de las subescalas negativas del SCS, al reducir la autocrítica. Paralelamente se pronostica un incremento del perdón hacia sí mismo en el HFS, ya que este aspecto está relacionado con un aumento de la autocompasión.
- Construcción de una identidad propia y auténtica: esclarecer sus valores personales, diferenciándolo de las expectativas externas o complacencia, distinguir su identidad de sus experiencias internas, promover la autenticidad emocional, favoreciendo una expresión emocional alineado con sus necesidades reales, reducir la necesidad de aprobación y complacencia en los demás, romper el ciclo de relaciones inestables y superficiales, facilitar la acción comprometida, ayudando a tomar decisiones basadas en sus valores y no tanto en miedos o necesidades de validación externa. Por lo que se prevé un aumento general en todas las puntuaciones de todos los cuestionarios: incremento en la predisposición al perdón del HFS, una reducción de la autocrítica del SCS y un incremento en la identificación de valores y acciones comprometidas en el VLQ.

### **Tratamiento y Curso**

El proceso terapéutico ha consistido en sesiones semanales de una hora de duración, siendo mayoritariamente las sesiones online. La Tabla 1. es un registro detallado que recoge el contenido, los objetivos y las intervenciones realizadas en cada una de las sesiones, permitiendo observar la progresión clínica de Z.

En todas ellas se emplearon intervenciones adaptadas al momento clínico, incluyendo técnicas activas y experienciales, que se detallan en la tabla y se amplían posteriormente en este documento.

**Tabla 1.***Registro de Todas las Sesiones con la Paciente.*

<b>Sesión</b>	<b>Temática</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervención</b>
<b>1</b>	Presentación y motivo de consulta	Crear un espacio seguro y de cuidado. Establecer los objetivos terapéuticos.	Se realiza una alineación de objetivos y metas de la terapia. Se emplea validación emocional, facilitando la expresión de su cansancio y escucha activa de su historia personal. Se recoge su necesidad de decidir por sí misma a través de una conjetura empática, confrontando su tendencia a evitar tomar decisiones (ya que esto implica huir de las responsabilidades).
<b>2</b>	Conflicto con la madre. Dificultad para valorarse los aspectos positivos de sí misma.	Validar emocionalmente el conflicto con la madre. Trabajar la autocrítica y los asuntos no resueltos.	Se atiende empáticamente los asuntos no resueltos con su madre, emergiendo enfado e interrupciones en forma de humor. Se utiliza el ejercicio de autocompasión con la silla de auto consuelo para reconocer sus logros personales, abordando la falsa humildad (pero aparece la autocrítica). Se trabaja la diferenciación del “yo real” del “yo público”. Se hace uso de la técnica trauma re-telling para identificar sus necesidades y dificultades para confiar en la relación con “El Moreno”.
<b>3</b>	Exceso de actividad y problemas para parar.	Reconocer la necesidad emocional y física del descanso. Reducir impacto del crítico.	Se aplica el ejercicio “quiero, puedo, elijo” para conectar con sus necesidades reales frente a su hiperactividad y cambiar su narrativa de que “solo parará cuando muera”. Se ofrece psicoeducación sobre la importancia del descanso.
<b>4</b>	Agobio con su madre. Dificultad en el autocuidado.	Aumentar la conexión corporal. Redefinir el descanso como autocuidado.	Se confronta a la paciente con conjeturas empáticas que señalan cómo se centra solo en los síntomas negativos e ignora los positivos. Se facilita la expresión de la auto crítica, explorando empáticamente cómo el descanso se convierte en una fuente de exigencia. Se realiza el ejercicio “tengo–quiero” para diferenciar las obligaciones de los deseos. Se emplea la metáfora del jardín para reflexionar sobre el autocuidado,

			provocando una reacción de enfado en la paciente.
5	Rechazo al cambio (metáfora jardín). Conflicto laboral.	Facilitar la expresión emocional. Abordar las resistencias al cambio.	Se valida y se explora emocionalmente la resistencia ante la metáfora del jardín. Se interviene desde focusing en la discusión en el trabajo, y se realiza la tarea de despejar un espacio. Z conecta con su preocupación por la inestabilidad laboral.
6	Sesión presencial. Cambio de puesto en su trabajo. “El Moreno” le propone volver a estar juntos.	Fortalecer su capacidad para poner límites. Clarificar valores personales.	Se explora la reacción emocional intensa de la paciente ante el cambio laboral, y se trabaja la ruptura de expectativas en las relaciones personales (exceso de exigencia con José). Se atiende y se refleja empáticamente el posible fin de la relación con “El Moreno”, realizando el ejercicio de identificar qué es lo que necesita de él y qué ha recibido hasta ahora.
7	Autocrítica excesiva. Cansancio profundo. Dificultad para poner límites.	Explorar y disminuir autoexigencia. Mejorar su capacidad para establecer límites con los demás.	Se profundiza mediante reflejos, en sus sentimientos de cansancio constante y cómo usa el malestar físico como excusa para protegerse. Apareciendo el agotamiento como única estrategia de poner límites con los demás “sin quedar mal”. Se explora empáticamente su dificultad para manejar emociones negativas como tristeza, enfado o miedo, debido a su crítica interna.
8	Inseguridad sobre avance de la terapia. Fragilidad en las relaciones.	Evaluar el progreso en terapia y explorar la necesidad de control. Trabajar su autonomía y reducir dependencia emocional.	Se recoge su percepción de mejora en terapia mediante exploraciones y se aclara los objetivos terapéuticos. Se valida su alta fragilidad del vínculo ante la mínima frustración (como en su relación con José) y su elevada tensión laboral. Se simboliza su necesidad de ser vista como independiente, rechazando la etiqueta de “víctima” impuesta por sus amigas. Se formulan conjeturas empáticas sobre su ambivalencia de querer ser independiente, pero seguir enganchada a “El Moreno” (debido a la necesidad de que le siga escribiendo mensajes para poder seguir rechazándolo).
9	Dificultad para gestionar		Se hace uso de exploraciones empáticas en la tristeza, apareciendo miedo a esta

	emocionalmente la tristeza. Miedo al abandono.	Identificar y reducir el miedo al rechazo y abandono. Aprender a regularse emocionalmente.	emoción, y aparece el asustador interno con todas sus inseguridades: soledad y rechazo. Se da espacio a su miedo al abandono y su necesidad constante de atención a partir de validaciones emocionales. Se aborda la dificultad para expresar auténticamente la tristeza, ya que esto aumenta su sensación de vulnerabilidad y miedo al rechazo.
<b>10</b>	Inflexibilidad psicológica. Resistencia a todo lo que se le propone. Alta autoexigencia y crítica interna.	Incrementar flexibilidad emocional y reducir autocrítica. Separar el autoconcepto de ser con hacer.	Se acoge emocionalmente su sobreacción ante problemas cotidianos (el pintor), mediante los reflejos y se aplica la tarea del despliegue evocador sistemático. Se interviene en la flexibilidad psicológica y se introduce metáfora de las olas: a mayor intento de control, menor sensación de control. Se simboliza su reacción de enfado y comenta que prefiere que le pase algo para parar. Abordándose su preferencia por enfermar como forma extrema de descanso. Se trabajan las consecuencias de la autocrítica con los pensamientos suicidas. Y la importancia de separar su valía personal (lo que soy) de su rendimiento externo (lo que hago).
<b>11</b>	Agotamiento y soledad por complacer a los demás. Dificultad para mostrar vulnerabilidad.	Explorar cómo la necesidad de agradar oculta su vulnerabilidad y aumenta su agotamiento. Aprender a gestionar la ansiedad generada por las expectativas externas.	Se entra en contacto con su cansancio derivado de la constante necesidad de agradar y cumplir las expectativas ajenas (especialmente con su madre y en el trabajo), a través de exploraciones empáticas. Se acompaña desde una escucha empática a la vergüenza que siente al mostrar vulnerabilidad, reflejando cómo con los intentos de complacer pierde el contacto con sus necesidades reales, aumentando la ansiedad y la culpa.
<b>12</b>	Sesión presencial. Alta exigencia hacia sí misma durante la terapia (miedo a no ser buena paciente por no traer suficiente	Facilitar la expresión emocional “auténtica”, reduciendo la autoexigencia en la terapia. Fortalecer su capacidad para	Se usa reflejos empáticos en torno a la autocrítica presente en terapia: la presión de traer suficiente información a sesión, el miedo de ser “mala paciente” y la ansiedad generada por la dificultad de expresar sus necesidades. Se realiza el despliegue de evocador sistemático ante la reacción desmedida a los comentarios de su madre, buscando

	información). Dificultades para poner límites.	poner límites sin romper el vínculo.	equilibrar la relación poniendo límites saludables sin necesidad de cortar la comunicación. Se ofrecen conjeturas empáticas con su dificultad para recibir afecto en las relaciones sin sentir la obligación constante de “dar algo a cambio”.
<b>13</b>	Sentimientos contradictorios hacia su madre: ira hacia sus intromisiones, pero miedo a que la abandone. Conflicto con su rol de “niña buena”.	Reducir la fusión emocional con el rol de “niña buena”. Gestionar sentimientos de ira y culpa relacionados con la madre.	Se utiliza validaciones y exploraciones emocionales en su ira desmedida frente a las intromisiones de su madre y la posterior culpa de haberse comportado así. Se acompaña con reflejos el modo en que el rol de “niña buena” le genera impotencia, ansiedad e inseguridad en sus relaciones. Se ahonda, por medio de exploraciones empáticas, en su deseo profundo de vivir una “segunda vida” libre de estos mandatos y ordenes impuestos desde la infancia.
<b>14</b>	Z está mala, y tiene problemas para dejarse cuidar por los demás cuando está enferma.	Ayudarla a reconocer la conexión entre estrés emocional y síntomas físicos.  Trabajar la dificultad para aceptar cuidado externo.	La paciente llega con un cuadro de gastroenteritis aguda, claramente asociado al estrés extremo derivado del trabajo y el comité de empresa. Y se realiza conjeturas empáticas sobre su desconexión física, ya que no se ha dado cuenta de que estaba enferma hasta que se lo han dicho en el trabajo. Se facilita la exploración empática de su fuerte reacción emocional ante los intentos de cuidado de su madre. También se refleja su dificultad para recibir cuidados, siempre colocando sus propias necesidades por detrás de las ajenas, generando así un mayor estrés (buscando complacer a su amiga, incluso cuando la ha acompañado a ella al hospital porque está mala).
<b>15</b>	Problemas para aceptar el cuidado y el apoyo emocional (especialmente materno). Inversión de roles en la relación madre-hija.	Romper patrones disfuncionales en la relación con su madre. Facilitar expresión emocional auténtica frente al cuidado no deseado.	Se legitima, a través de validaciones, su fuerte resistencia ante cualquier intento de cuidado por parte de su madre, debido a la sensación de invasión constante. Se aplica ejercicios de focusing (atención plena corporal), lo que permite la expresión emocional del enfado reprimido hacia su madre, simbolizando su inversión de roles en la relación, donde ella actúa como

			“madre” frente a la conducta infantil de su propia madre.
<b>16</b>	Frustración por falta de reconocimiento de su madre. Y sensación de soledad.	Fortalecer la validación interna y reducir la dependencia del reconocimiento externo. Promover la flexibilidad psicológica y la autonomía.	Se abre un proceso de exploración empática del enfado ante el escaso reconocimiento materno frente al esfuerzo realizado durante años. Se lleva a cabo el ejercicio de silla vacía de auto consuelo con su niña interior, fortaleciendo su auto validación y confrontando la interrupción mental (“pero...”) que la frena continuamente. Se presenta la metáfora de volar como símbolo de libertad, impulsándola a salir de su zona de confort para reducir la sensación de estar atrapada.
<b>17</b>	Vergüenza frente a los logros conseguidos. Dificultades en la asertividad y consecuente agotamiento laboral.	Mejorar la capacidad de reconocer y valorar sus logros sin culpa. Incrementar habilidades asertivas para establecer límites claros.	Se realiza exploración emocional de la vergüenza que siente al reconocer sus propios logros y fortalezas, ya que le considera como algo negativo. Aparece enfado por no ser reconocida por los demás en estos mismos logros. Se valida su dificultad para actuar asertivamente, especialmente en el trabajo, identificando la autocrítica como factor mantenedor. Se refleja cómo siempre hay una tarea pendiente que le impide romper la dinámica.
<b>18</b>	Identificación y manejo de la autocrítica interna. Dificultad para expresar su enfado.	Intervenir sobre la autocrítica. Explorar estrategias para manejar y reducir el poder de esta crítica interna.	A través de la tarea diálogo en dos sillas con la autocrítica, Z identifica esa voz como “El personajillo”. Reconociendo en ella una fuerte identificación con su madre, lo que le genera sentimientos de insuficiencia, cansancio e inseguridad. Se profundiza en cómo esta voz le impide expresar saludablemente su enfado, manteniéndola atrapada en la evitación de conflictos a corto plazo, pero resentimiento a largo plazo.
<b>19</b>	Dificultad para poner límites y miedo al rechazo suponiendo que fuese a hacerlo. Origen del patrón de complacencia.	Mejorar capacidad para establecer límites. Disminuir el miedo a ser rechazada por expresar sus necesidades reales.	Se trabaja con el patrón repetitivo del asustador interno de no poner límites, especialmente con su madre, debido al miedo al rechazo (sentirse egoísta o mimada). Se formulan conjeturas empáticas sobre sus creencias limitantes, comparando metafóricamente la necesidad de límites con animadores o payasos. Se busca el origen de este patrón, y la paciente menciona cómo desde pequeña

			tuvo que hacer “malabares emocionales” para mantener la atención y aprobación de los demás.
--	--	--	---

*Nota.* Elaboración propia. Esta tabla presenta todas las sesiones realizadas con la paciente, especificando las temáticas abordadas, los objetivos terapéuticos establecidos para cada una y las principales intervenciones empleadas para alcanzar dichos objetivos.

Las dinámicas de las sesiones han seguido un modelo de entrevistas no estructuradas, permitiendo que la paciente trajera a terapia aquellos temas que considerara relevantes en cada momento. Siendo responsabilidad del terapeuta y del coterapeuta conectar con el hilo emocional profundo que subyace en cada contenido.

Este encuadre se consolidó especialmente tras observar la reacción de Z durante las primeras sesiones, en las que el coterapeuta, con intención de alinear el trabajo con el motivo de consulta de la paciente (el perdón) adoptó un estilo más directivo. Lo que provocó a la paciente una fuerte resistencia ante cualquier intervención o propuesta de este nuevo coterapeuta. Esta directividad de la terapia le ha permitido expresar a la paciente su malestar a que “le digan lo que tiene que hacer”.

Esta reacción, lejos de ser un obstáculo, es un avance terapéutico, ya que el hecho de verbalizar su malestar sin romper el vínculo terapéutico supuso un avance significativo en su capacidad de establecer relaciones desde un lugar más auténtico, protegiendo sus propios límites.

Este episodio ha marcado un punto de inflexión en el proceso. A partir de entonces, se adaptó el encuadre para facilitar un proceso más colaborativo, priorizando la construcción de un vínculo seguro, acogedor y no directivo. Aunque el tema del perdón no volvió a ser abordado explícitamente, sí se mantuvo como fondo emocional persistente a lo largo del proceso, especialmente en relación con su madre y otros vínculos significativos. Este perdón no se abordó como una meta conductual, sino como un anhelo profundo que fue emergiendo en paralelo al reconocimiento de sus heridas emocionales, al trabajo con la rabia acumulada y a la elaboración de necesidades no satisfechas.

La alianza terapéutica se ha ido convirtiendo progresivamente en una herramienta clínica de especial relevancia, aunque no formando el eje central del tratamiento. Desde el lugar del coterapeuta, y atendiendo a la petición expresa de la paciente de no realizar intervenciones directivas, se adoptó un enfoque centrado en la relación terapéutica como sostén del proceso. Se priorizó una actitud de acogida incondicional, escucha profunda y validación constante,

permitiendo que Z pudiera sentirse segura en sesión sin necesidad de mostrarse interesante, productiva o “correcta”.

Esta experiencia relacional ha convertido la terapia en una “experiencia emocional correctiva”, al permitirle vivenciar la relación desde su estado emocional “real”, incluso en momentos de baja energía, cansancio o vulnerabilidad, sin sentir la presión de complacer ni de justificarse. En este espacio, ha podido expresar tristeza, confusión, rabia o vacío sin ser juzgada, y esto ha facilitado una apertura progresiva hacia el reconocimiento y aceptación de sí misma tal como es. La importancia de esta nueva forma de vincularse radica, no solo por su efecto contenedor, sino también por su potencial transformador en otros contextos vinculares fuera de terapia.

A lo largo del tratamiento, se abordaron también otros ejes temáticos relevantes:

- La autocrítica interna y el patrón de hiperexigencia: mediante ejercicios como la silla vacía con la voz autocrítica (“el personajillo”), se favoreció la identificación de su origen “internalizado” (principalmente la figura materna) y su impacto en la inhibición emocional, la somatización, el agotamiento psicológico y en la imposibilidad para cuidarse o descansar.
- La complacencia y la dificultad para poner límites: se exploraron los conflictos en su relación con la madre, amistades y figuras laborales, trabajando el miedo al rechazo y el sentimiento de culpa al establecer límites.
- El patrón de evitación experiencial: especialmente visible en su hiperactividad constante, se analizó cómo esta estrategia le servía para evitar emociones dolorosas, como la tristeza o el vacío, manteniéndose ocupada con tareas, vínculos superficiales o sobrecarga laboral.
- El rol de “niña buena” y la inversión de roles: se trabajó cómo este rol infantil (sostenido por la autocrítica y asustador interno) anulaba sus propias necesidades y reforzaba su dependencia emocional. En particular, se identificó cómo en la relación con su madre actúa como madre de su propia madre, asumiendo un papel regulador emocional que le genera resentimiento, fatiga y confusión en su identidad.
- La vergüenza y la necesidad de validación externa: se abordó su dificultad para aceptar elogios, recibir cuidados o reconocer sus propios logros sin culpa,

explorando la función de la vergüenza como inhibidora de su identidad y deseo.

- El miedo al abandono y la ambivalencia en los vínculos: se acompañó a la paciente en el reconocimiento de su tendencia a necesitar compañía como antídoto frente al vacío, así como a tomar conciencia de su impulso a cortar relaciones ante cualquier señal de distancia o frustración. Este patrón paradójico debilitaba sus vínculos y reforzaba su sensación de soledad. Se trabajaron formas más flexibles y auténticas de estar en relación, diferenciando el deseo de vinculación del temor a ser invadida o rechazada.
- La rigidez frente al cambio, el descanso y la espontaneidad: Z mostraba una marcada dificultad para flexibilizar sus esquemas de acción, percibiendo cualquier cambio como una amenaza o una posible pérdida de control. Incluso el descanso era vivido como una forma de exigencia más. A lo largo del proceso, se trabajó en resignificar estas experiencias y en fomentar una actitud más abierta, autocompasiva y adaptativa.

Cada uno de estos aspectos fue trabajado mediante intervenciones emocionales, ejercicios experienciales como focusing, metáforas personalizadas (como la del jardín, las olas, o el vuelo), la silla vacía (para poder entrar en contacto su vulnerabilidad con la autocrítica, denominada “el personajillo”), ejercicios de autocompasión, identificación de necesidades internas, trabajo con la expresión de emociones primarias y satisfacción de necesidades no resueltas.

Además, se facilitó un proceso continuo de reflexión sobre sus vínculos significativos: con su madre, su expareja (“El Moreno”), figuras de amistad (José) y entorno profesional, reconociendo patrones relacionales repetitivos que refuerzan su aislamiento o sufrimiento.

A nivel emocional, se observó una progresiva apertura hacia la expresión de enfado (especialmente hacia la figura materna), tristeza y vulnerabilidad. Emociones que anteriormente eran sistemáticamente interrumpidas a través de humor, cansancio físico o hiperactividad.

La terapia también abordó el conflicto entre su deseo de vinculación profunda y su miedo al abandono. En este sentido, se identificó una dinámica paradójica, la fragilidad de las relaciones: la búsqueda desesperada de contacto seguida de rupturas abruptas ante el mínimo signo de distancia, reforzando así su sensación de soledad.

En términos de funcionamiento personal y vincular, se ha facilitado el contacto con sus valores personales, promoviendo decisiones más coherentes con su bienestar, como el rechazo a tareas impuestas, la interrupción de relaciones agotadoras y el inicio de actividades que conectan con su deseo genuino. Estos avances también se han reflejado en los resultados de los instrumentos de evaluación utilizados (VLQ, SCS y HFS), descritos el siguiente apartado.

Esta transformación también se manifiesta en el ámbito laboral. Tras un cambio de puesto, la paciente solicitó una equiparación salarial con un compañero que realizaba las mismas funciones. Este gesto constituye un acto de establecimiento límites, de reconocimiento de su propio valor y de defensa de sus derechos. Le ha permitido empezar a vincularse desde un lugar distinto, sin necesidad de recurrir a la ira como vía de expresión. Así, el malestar comienza a convertirse en una guía interna que orienta su conducta, en lugar de ser silenciado o dirigido contra sí misma.

Las sesiones en las que se han observado cambios más significativos en la paciente son:

- En la sesión 6 se abordó el impacto del reciente cambio laboral y el reencuentro con una relación pasada (“El Moreno”). Esta sesión ha facilitado la expresión emocional y permitió comenzar a clarificar sus valores personales.
- Las sesiones 7 a 11, el foco estuvo en el patrón de complacencia, la dificultad para poner límites, la vergüenza asociada a mostrarse vulnerable y el impacto de la auto crítica.
- En la sesión 14, a pesar de que la paciente estaba enferma, se trabajó su dificultad para recibir el cuidado de otros, incluso en terapia. Se exploró la incomodidad que sentía al acudir a sesión sin aportar información “relevante” o sentirse culpable por no “dar algo útil”. Revelando el mandato interno de su madre relacionado con la instrumentalización emocional: “solo me merezco atención si doy algo a cambio”. A través de este trabajo, se abrió la posibilidad de recibir cuidado sin condiciones, reconociendo la terapia como un espacio donde no es necesario estar bien, ni hacer nada, sino simplemente permitirse ser cuidada.
- En la sesión 18 se exploró la voz autocrítica a través de la silla vacía, lo que permitió reconocer el impacto internalizado de la figura materna y comenzar a diferenciarlo.

- La sesión 19 marcó un momento clave al identificar el origen en su infancia del patrón de complacencia como manera de ser vista por los demás.

#### **Capítulo 4. Resultados del Tratamiento**

En este apartado se recoge los resultados del tratamiento, integrando datos cualitativos como cuantitativos, con el fin de evaluar los mecanismos de cambio y la eficacia de la intervención. La comparación entre las puntuaciones obtenidas por la paciente en los distintos cuestionarios utilizados, tanto en la evaluación inicial como al finalizar las 19 sesiones de tratamiento, se muestra en el Anexo F.

Cabe señalar, que las puntuaciones obtenidas por la paciente en la evaluación inicial fueron, en general, notablemente elevadas, salvo en algunos indicadores concretos. Estos resultados ofrecían, en un primer momento, la impresión de que se trataba de una persona plenamente funcional, sin presentar dificultades significativas para abordar los problemas de su vida.

Sin embargo, a medida que avanzó el proceso terapéutico y con ello una mayor vinculación, fue posible identificar una disonancia entre estas puntuaciones iniciales y la realidad. Lo que se ha llevado a considerar que dichas respuestas fueron influenciadas para ofrecer una imagen idealizada de sí misma, comprometiendo parcialmente la validez de los resultados iniciales.

En contraste, las puntuaciones obtenidas tras la intervención no presentan cambios drásticos, muestran variaciones sutiles, tanto en forma de ligeros descensos como de leves aumentos. Estas oscilaciones se pueden interpretar como indicios de un éxito terapéutico, en el que la paciente comienza a tomar una mayor conciencia de sí misma. En especial, los descensos observados podrían no representar un empeoramiento, sino más bien una valoración más ajustada y realista de su estado emocional actual.

Para facilitar la interpretación de estos resultados, se ha realizado un análisis individual de cada cuestionario administrado, incluyendo las puntuaciones pre y post.

#### ***Cuestionario de Valores de Vida (VLQ)***

Los cambios observados en el Cuestionario de Valores de Vida (VLQ), comparando los resultados pretratamiento y postratamiento, se han representado gráficamente en las Figuras 3 y 4.

### *Dimensión de la Importancia*

En la dimensión de la importancia de las distintas áreas vitales, no se observan cambios drásticos, pero sí se identifican microajustes significativos, como se muestra en la Figura 3. Lo que sugiere una progresiva reconexión con áreas previamente desatendidas. Produciéndose un leve descenso en cuidado físico y en hijos, así como un sutil aumento en pareja, trabajo, formación y ocio.

**Figura 3.**

*Análisis de los Resultados Pre y Post de la Importancia del Cuestionario de Vida.*



*Nota.* Elaboración propia. Esta figura compara los resultados pre y postratamiento en la dimensión de importancia el Cuestionario de Valores de Vida (VLQ). La figura refleja los aspectos de la vida que la paciente considera más y menos relevantes, constituyendo los más valorados como sus principales referentes vitales o valores personales.

Este descenso en la importancia al cuidado físico refleja la dificultad de la paciente para priorizar el autocuidado, lo cual se refleja en su desconexión corporal e ignorar las señales internas. Esta área continúa ocupando un lugar secundario, probablemente debido a su patrón de autoexigencia y minimización del malestar.

Además, esta falta de atención al cuerpo puede interpretarse como una forma de rabia “introyectada”. Es decir, una agresión dirigida hacia sí misma ante la vivencia de impotencia

de no poder cambiar nada en su entorno. Al no poder expresar su enfado hacia fuera, la paciente lo internaliza en forma de descuido, sobrecarga y negación de sus propias necesidades físicas.

Por otro lado, la disminución de importancia a los hijos podría estar relacionado con una reevaluación de prioridades en su vida. Si bien la puntuación sigue siendo alta, este pequeño cambio puede deberse a que existen otras áreas que emergen con más fuerza como aquellas relacionadas con la autorrealización y la autonomía.

El incremento de importancia de la pareja, aunque sigue teniendo puntuaciones ligeramente bajas, refleja una apertura progresiva hacia las relaciones íntimas o el deseo de establecer vínculos más significativos.

En lo relativo al trabajo y la formación, las puntuaciones ya eran elevadas en el pretratamiento, por lo que el incremento observado refuerza la centralidad de su identidad profesional. Esto puede entenderse como un mayor compromiso con sus metas o, en ciertos momentos, como una estrategia compensatoria orientada a la búsqueda de validación externa.

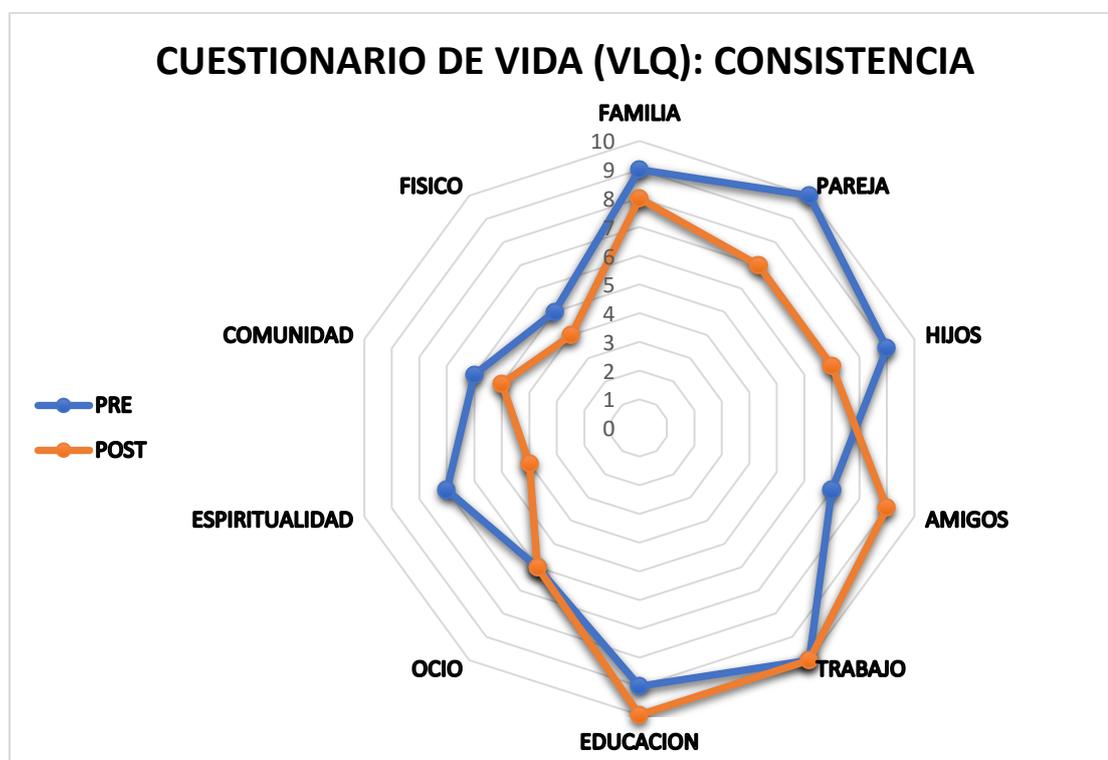
Y el aumento de ocio, se interpreta como un indicio de mayor apertura hacia el disfrute y al descanso, algo que parecía inhibido por la sobrecarga de responsabilidades y necesidad constante de rendimiento.

### ***Dimensión de la Consistencia***

En la dimensión de la consistencia no se evidencian cambios significativos, aunque se observa una tendencia general hacia la estabilidad con ligeros reajustes, como se representa en la Figura 4. Estos resultados apuntan hacia una mayor conciencia entre lo que valora y lo que hace. Todo esto se refleja en leves descensos en las áreas de familia, parejas, hijos, espiritualidad, comunidad y físico, junto con un aumento en formación y amigos.

**Figura 4.**

*Análisis de los Resultados Pre y Post de la Consistencia del Cuestionario de Valores de Vida.*



*Nota.* Elaboración propia. Esta figura muestra las diferencias de puntuaciones pre y postratamiento en la dimensión de consistencia del Cuestionario de Valores de Vida (VLQ). Esta dimensión evalúa la coherencia entre los valores personales de la paciente y sus acciones cotidianas, es decir, el grado en que vive de forma comprometida con aquello que considera importante en las distintas áreas de su vida.

La disminución en el área de pareja refleja una toma de conciencia sobre su deseo de vinculación emocional, contrastado con la dificultad “real” de tener relaciones íntimas debido al miedo al abandono o la ambivalencia.

De forma similar, la bajada en la espiritualidad y la comunidad podría estar relacionada con una desconexión percibida entre sus ideales y la implicación práctica en estas áreas, posiblemente desplazadas por otras demandas más urgentes.

Respecto al cuidado físico, la disminución refuerza lo observado en la dimensión de importancia: la paciente sigue mostrando dificultades para auto cuidarse, probablemente como resultado de la desconexión corporal y la autoexigencia sostenida.

Por el contrario, el aumento en la formación se interpreta como una muestra de continuidad y compromiso con su desarrollo profesional, aspecto que representa una parte central de su identidad.

Finalmente, el incremento en la consistencia en el área de amigos sugiere un esfuerzo consciente por mantener vínculos sociales más activos o significativos, probablemente fruto del trabajo terapéutico orientado a ampliar sus fuentes de apoyo emocional.

### ***Escala de Autocompasión (SCS)***

La evolución en los niveles de autocompasión de la paciente fue evaluada por la Escala de Autocompasión (SCS) aplicada antes y después del tratamiento.

En términos generales, se aprecia una mejora global moderada, lo que indica una tendencia positiva en la relación que la paciente tiene consigo misma, en línea con los objetivos terapéuticos planteados a lo largo del proceso.

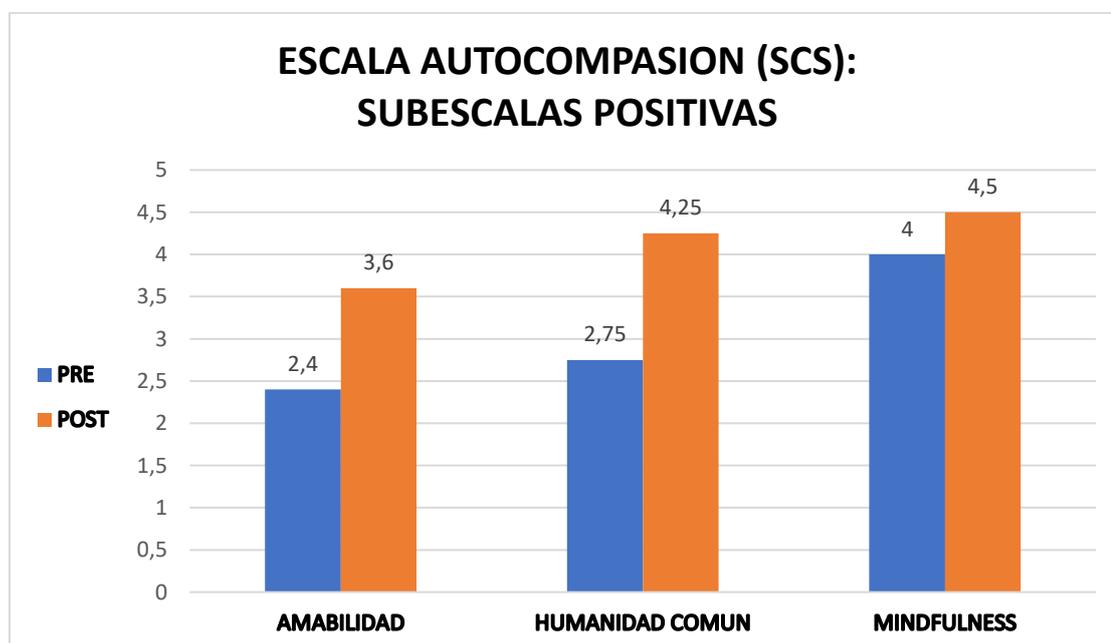
Aunque Z haya comenzado a establecer nuevas formas de relacionarse consigo misma más amables y compasivas, sigue siendo predominante su patrón de autocrítica e hiperexigencia. Esto puede explicar por qué los factores más difíciles de modificar (como el aislamiento o la sobre identificación) siguen mostrando resistencia al cambio.

### ***Subescalas Positivas***

En cuanto a las subescalas positivas (auto amabilidad, humanidad común y mindfulness) se observa un aumento significativo en todas ellas, reflejado en la Figura 5. Este resultado indica que la paciente ha incrementado su capacidad para tratarse con amabilidad, especialmente en situaciones de dificultad.

**Figura 5.**

*Análisis de los Resultados Pre y Post de Subescalas Autocompasivas de la Escala de la Autocompasión.*



*Nota.* Elaboración propia. Esta figura representa los cambios en las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención en las subescalas positivas de la Escala de Autocompasión (SCS). Las dimensiones amabilidad, humanidad común y mindfulness constituyen factores protectores que facilitan una relación más compasiva con uno mismo, reflejando una evolución favorable en el proceso terapéutico.

El aumento notable en humanidad común indica que Z empieza a percibir su sufrimiento como parte de una experiencia compartida, disminuyendo la sensación de ser defectuosa o “únicamente rota”.

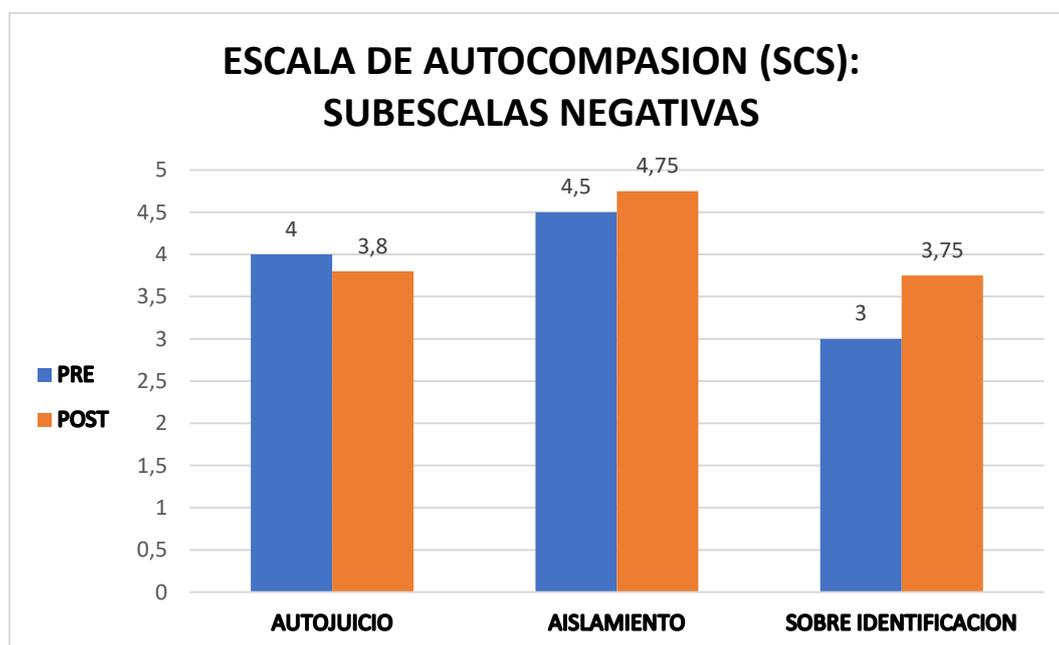
Asimismo, el ligero incremento en mindfulness sugiere un avance en la capacidad de observar sus emociones sin dejarse arrastrar por ellas.

### ***Subescalas Negativas***

Por el contrario, los resultados en las subescalas negativas (auto juicio, aislamiento y sobre identificación) muestran un patrón mixto, tal y como se recoge en la Figura 6. Observándose una ligera disminución en auto juicio, mientras que las puntuaciones de aislamiento y sobre identificación presentan un incremento.

**Figura 6.**

*Análisis de los Resultados Pre y Post de Subescalas No Autocompasivas de la Escala de la Autocompasión.*



*Nota.* Elaboración propia. Esta figura compara los resultados pre y postratamiento obtenidos en las subescalas negativas de la Escala de Autocompasión (SCS). Estas subescalas reflejan componentes no autocompasivos que dificultan la expresión de la compasión hacia uno mismo. Las dimensiones evaluadas son: auto juicio, aislamiento y sobre identificación.

El auto juicio disminuye ligeramente, lo que podría reflejar una leve reducción de la crítica interna, aunque esta sigue presente de forma significativa en su vida.

Aparecen aumentos en el aislamiento como la sobre identificación, esto sugiere que la paciente todavía tiende a sentirse sola en su sufrimiento y a fusionarse emocionalmente con sus pensamientos o emociones negativas en ciertos momentos.

Esto indica que el mecanismo que sigue operando es la tendencia a la acción, es decir, el impulso automático a actuar desde patrones aprendidos. Sin embargo, también se interpreta como un cambio clínicamente relevante relacionado con una mayor conciencia de la paciente sobre este funcionamiento, lo que indica un avance en el proceso de desidentificación con estos patrones. Este patrón es coherente con lo observado en sesión, tal y como aparece reflejado en otros resultados.

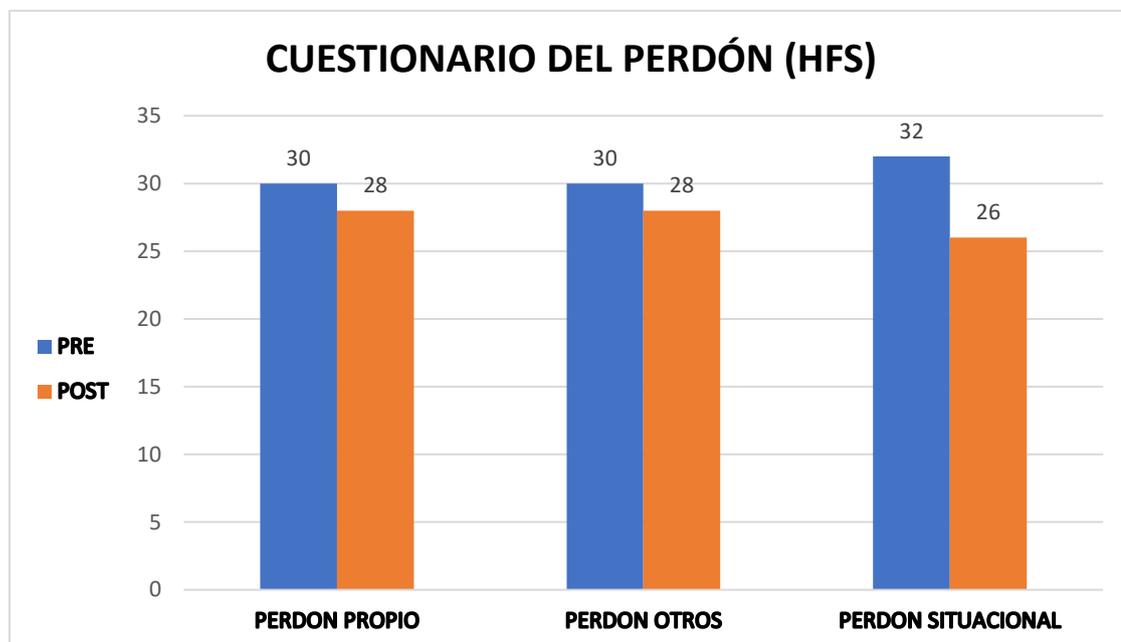
### ***Escala de Heartland del Perdón (HFS)***

Los resultados obtenidos en la Escala de Heartland del Perdón (HFS), administrada en los momentos pretratamiento y postratamiento, se exponen en la Figura 7. De forma general,

se ha producido una disminución en todas las puntuaciones, incluido en las tres subescalas: perdón hacia uno mismo, perdón hacia los demás y perdón situacional.

**Figura 7.**

*Análisis de los Resultados Pre y Post de la Escala de Heartland del Perdón.*



*Nota.* Elaboración propia. Esta figura representa los cambios en las puntuaciones del Cuestionario del Perdón de Heartland (HFS), comparando los resultados pre y postratamiento. La figura permite observar las variaciones experimentadas por la paciente en los tres tipos de perdón evaluados: perdón situacional, perdón hacia los otros y perdón hacia uno mismo.

Aunque a primera vista esta disminución podría interpretarse como una regresión, en el contexto terapéutico se considera como un indicador de avance en el proceso de Z. Ya que estos resultados reflejan una mayor toma de conciencia con el conflicto no resuelto con su madre, especialmente en relación con las emociones negativas como el rencor, enfado o tristeza, que hasta ese momento habían sido evitadas o negadas.

Se interpreta que las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial correspondían más hacia una postura defensiva de la paciente y una visión idealizada del perdón, fuertemente influenciada por su rol de “niña buena”, denominándose como pseudoperdón. Por tanto, no se trataba de un perdón genuino desde una posición adulta, sino una adaptación basada en el deber, la negación emocional y la necesidad de mantener el vínculo desde la complacencia.

En este sentido, el descenso en la predisposición al perdón estaría señalando una desidealización progresiva de su madre y un mayor contacto con todas esas emociones

negativas previamente evitadas. Siendo coherente con los objetivos terapéuticos planteados, centrados en conectar con el malestar previamente evitado como paso necesario para un cambio profundo y sostenido. Esta evolución se hace evidente en los siguientes ítems:

- En el ítem 4 (“Es muy difícil aceptarme a mí mismo después que he cometido un error”), el aumento de puntuaciones de 3 a 5 señala una mayor conciencia acerca de su autoexigencia y autocrítica. Mostrando la dificultad que tiene para mostrarse autocompasiva consigo misma.
- En el ítem 7 (“Sigo castigando a quien haya hecho algo que creo que es incorrecto”), el subir de 1 a 3 refleja un mayor autoconocimiento acerca de su enfado y rencor. Este cambio resulta coherente con la desidealización de su madre y con el abandono progresivo del pseudoperdón.
- En el ítem 13 (“Cuando suceden cosas malas por razones que no se pueden controlar, me quedo estancado en pensamientos negativos sobre el evento”), el ascenso de 1 a 3 refleja que la paciente comienza a reconocer su dificultad para soltar aquello que le ha causado dolor, siendo algo que antes no aceptaba. Esto es algo importante ya que ya no niega su malestar, apareciendo un contacto más pleno con la emoción.
- En el ítem 17 (“Se me hace muy difícil aceptar situaciones negativas que no son culpa de nadie”), se observa un brusco aumento de 1 a 7. Interpretándose como una toma de conciencia del dolor no elaborado que anteriormente había sido negado.

Por tanto, la disminución en la disposición al perdón se interpreta no como un retroceso, sino como una fase intermedia del proceso terapéutico.

En la dimensión de perdón hacia uno mismo, se aprecia un ligero descenso. Este cambio refleja una mayor toma de conciencia sobre su autocrítica y autoexigencia. Aunque aún no se haya consolidado una actitud compasiva hacia sí misma, el reconocimiento de estos mecanismos supone un paso importante dentro del proceso.

En la dimensión de perdón hacia el otro, se observa una reducción moderada de las puntuaciones. Esta bajada es coherente al entrar en contacto con emociones de rabia, rechazo y dolor hacia su madre. El acceso a estas emociones previamente reprimidas implica una disminución temporal al perdón, lo cual es necesario, para que en un futuro pueda emerger un perdón más maduro y emocionalmente genuino.

Por último, en la dimensión de perdón situacional, se registra el descenso más notable de todas las subescalas. Este cambio se debe a un cambio en la narrativa de su pasado, especialmente de la infancia, que anteriormente ciertas experiencias habían sido minimizadas o justificadas. A medida que la paciente ha sido capaz de poner nombre a dichas vivencias desde una posición de mayor vulnerabilidad, se han reactivado emociones asociadas al sufrimiento y la injusticia, lo que ha dificultado, al menos temporalmente, la disposición a perdonar situaciones concretas.

### **Discusión**

Este estudio de caso ha abordado el proceso terapéutico de una mujer de 45 años con una historia marcada por la “parentalización”, la autocrítica severa y vínculos ambivalentes, especialmente con su madre. La demanda inicial giraba en torno a la necesidad de perdonar a esta figura, objetivo que ha servido como vía de acceso a una problemática emocional más profunda. La intervención, basada en un enfoque humanista integrador que combina la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se ha centrado en trabajar la evitación experiencial, la crítica interna, la expresión emocional y la reconexión con valores personales.

Aunque el perdón no se ha alcanzado plenamente, el proceso ha permitido cuestionar creencias rígidas y validar el sufrimiento vivido. Este avance ha dado lugar a una ambivalencia esperable, propia de una fase intermedia, marcada por la tensión entre el deseo de sanar y la dificultad de abandonar antiguos patrones. La literatura clínica respalda que el perdón es un proceso no lineal que requiere tiempo y seguridad. Esta evolución se refleja en los resultados de la Escala Heartland de Perdón, donde se observa una disminución en todas sus subescalas. Esta disminución refleja el paso de un pseudoperdón, evitativo, hacia un perdón más auténtico. El contacto de emociones como el rencor y la tristeza en terapia ha abierto la posibilidad de un perdón más maduro, aunque aún incipiente.

Paralelamente, se han trabajado la autocrítica y la desconexión corporal. La Escala de Autocompasión (SCS) refleja avances en dimensiones positivas como la autoamabilidad y la humanidad compartida, aunque persisten niveles elevados en aislamiento y sobreidentificación, lo que indica una tendencia a fusionarse con pensamientos negativos en momentos de malestar.

El Cuestionario de Valores en la Vida (VLQ) muestra un progreso desigual. Han aumentado áreas como formación, ocio y pareja, señalando una mayor conexión con

necesidades personales. Sin embargo, se mantiene una baja implicación en el cuidado físico, consistente con patrones de autoexigencia y desconexión corporal. Esta coexistencia de logros y resistencias sugiere que el proceso aún está en construcción.

Otro cambio relevante ha sido el aumento de la autoconciencia. La paciente tenía una imagen idealizada de sí misma, que fue desapareciendo a medida que avanzaba la terapia, el cual se centró en la expresión emocional y en decisiones más coherentes con sus necesidades. La disminución en la consistencia en áreas como pareja, espiritualidad o autocuidado no indica un retroceso, sino un mayor contacto y honestidad con sus dificultades para implicarse.

También se observó un cambio en su manera de vincularse, especialmente en el establecimiento de límites con su madre, lo que evidencia un posicionamiento más autónomo y diferenciado. La paciente ha comenzado a romper con defensas históricas, aunque todavía no ha integrado plenamente nuevos recursos adaptativos. Este momento representa un punto de inflexión: el proceso de cambio está en marcha, pero requiere continuidad y consolidación.

Una de las principales aportaciones de este estudio es la integración de dos modelos que, usan la base humanista como puente para poder abordar el sufrimiento humano desde ángulos complementarios. La TFE pone el foco en la transformación de esquemas emocionales y el procesamiento de las emociones primarias. Mientras que ACT enfatiza el contacto con el presente, la defusión cognitiva y la acción orientada en valores. En conjunto, estas perspectivas proporcionan una comprensión más rica del malestar emocional y una mayor versatilidad clínica, especialmente útil en casos complejos como el aquí presentado.

Ambos enfoques comparten elementos comunes: la centralidad de la experiencia, la aceptación del sufrimiento como vía de cambio, la promoción de una relación terapéutica segura, empática y validante, y la búsqueda de una vida plena y coherente. Sin embargo, presenta también elementos distintivos: la TFE trabaja en profundidad con la transformación emocional a través de técnicas como el trabajo con la silla vacía, la evocación empática o el procesamiento emocional guiado. Por su parte, ACT se centra en la flexibilidad psicológica, mediante técnicas conductuales y contextuales como metáforas, mindfulness o entrenamiento en acciones comprometidas.

Estas diferencias no representan un obstáculo, sino una fuente de complementariedad. En este caso, la TFE ha permitido acceder a emociones evitadas como el enfado o la tristeza. Mientras que ACT ha ofrecido herramientas para sostener y dar sentido a estas experiencias sin juicio, clarificando los valores y fomentando conductas más coherentes con ellos. Esta

propuesta no consiste en una suma técnica de intervenciones, sino en una fusión coherente desde un marco humanista integrador. Lo que permite trabajar simultáneamente emociones no resueltas, valores vitales, aceptación y compasión en un mismo proceso, dando una intervención más respetuosa, efectiva y personalizada. En el caso de haberlo abordado desde un solo modelo se habría limitado la profundidad y amplitud de la intervención. En cambio, la combinación ha permitido equilibrar validación emocional y acción transformadora.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la imposibilidad de generalizar los resultados, al tratarse de un diseño de caso único. A ello se suma la ausencia de un seguimiento a medio o largo plazo, lo que impide valorar la estabilidad de los cambios observados. Asimismo, el momento vital de la paciente, caracterizado por una elevada sobrecarga externa (laboral, académica y familiar), ha podido limitar su disponibilidad emocional, afectando tanto el ritmo como la profundidad del proceso terapéutico. Otro aspecto relevante es la limitada conexión de la paciente con su cuerpo y sus necesidades físicas. Esta dificultad para priorizar el autocuidado, observada tanto en sesión como en los cuestionarios, señala un área aún vulnerable que podría abordarse en mayor profundidad en fases posteriores del tratamiento.

Asimismo, los primeros resultados de los cuestionarios se vieron sesgados por una tendencia de la paciente a proyectar una imagen idealizada de sí misma, lo que pone de relieve la necesidad de complementar los autoinformes con técnicas cualitativas más contextualizadas, especialmente en perfiles con alta autoexigencia o evitación emocional. Resulta conveniente aplicar los instrumentos en diferentes fases del proceso, e incluso incluir una evaluación de seguimiento para valorar la consolidación de los cambios.

Como área de mejora clínica, se recomienda una fase de consolidación terapéutica centrada en sostener los avances logrados, continuar elaborando el daño vincular y seguir profundizando en un perdón emocionalmente genuino.

A nivel metodológico, esta limitación inherente a los estudios de caso subraya la necesidad de aumentar la solidez de estos hallazgos mediante investigaciones con muestras más amplias. Sería relevante comparar la eficacia de un modelo combinado TFE y ACT, identificando qué técnicas resultan más eficaces en el abordaje de procesos complejos como el perdón, los valores y la autocrítica. Este estudio representa un avance significativo en la exploración de modelos humanistas integrativos, y aporta una base para futuras investigaciones que busquen profundizar en la complementariedad terapéutica entre TFE y ACT.

### Bibliografía

- Ayala Romera, R., & Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia de Gestalt: factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7484097>
- Casullo, M. (2005). La capacidad para perdonar desde una perspectiva psicológica. *Revista de Psicología*, 23(1), 39-63.  
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/979>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2014). *ACT la terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Mensajero.
- Fincham, F. D., & May, R. W. (2021). No type of forgiveness is an island: divine forgiveness, self-forgiveness and interpersonal forgiveness. *The Journal of Positive Psychology*, 17(5), 620-627.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17439760.2021.1913643>
- Gallo-Giunzioni, K., Prieto Ursúa, M., Fernández-Belinchón, C., Luque-Reca, O. (2021). Measuring Forgiveness: Psychometric Properties of the Heartland Forgiveness Scale in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(45). <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010045>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., Piva Demarzo, M.M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12(4). <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-12-4#citeas>
- García, H. B. Á., & Balam, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42.  
[https://www.researchgate.net/publication/343863429\\_Terapia\\_contextuales\\_Una\\_propuesta\\_clinica\\_desde\\_una\\_perspectiva\\_post-skinneriana](https://www.researchgate.net/publication/343863429_Terapia_contextuales_Una_propuesta_clinica_desde_una_perspectiva_post-skinneriana)
- Given, L. M. (2008). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE Publications Inc.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con los marcadores y facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104).  
<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34874>

- Greenberg, L. S., & Woldarsky Meneses, C. (2022). *El perdón y el dejar ir en terapia focalizada en las emociones*. Desclée De Brouwer.
- Greenberg (2021). *Changing Emotion with Emotion: A Practitioner's Guide*. American Psychological Association.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: what the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144724000899?via%3Dihub>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jódar Anchia, R., & Caro García, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción. Prólogo de Leslie Greenberg*. Desclée de Brouwer.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166). <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2791>
- Macías, J., Ruiz- García, A., Valero- Aguayo, L. (2023). Validación y propiedades psicométricas del “cuestionario de valores de vida” (VLQ) para población española. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 31(2), 247-267.  
<https://www.behavioralpsycho.com/product/validation-and-psychometric-properties-of-the-valued-living-questionnaire-vlq-for-the-spanish-population/?lang=en>
- Macías Morón, J. J., & Valero Aguayo, L. (2021). *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT. Una intervención para abordar el sufrimiento humano a través de las terapias contextuales*. Pirámide.
- Martínez, R., Castellanos, M.A., Chacón, J.C. (2014) *Métodos de investigación en Psicología*. Editorial Giunti EOS.
- Páez Blarrina, M., & Montesinos Marín, F. (2016). *Tratando con... Terapia de Aceptación y Compromiso Habilidades Terapéuticas Centrales para la Aplicación Eficaz*. Pirámide.
- Prieto Ursúa, M. (2017). *Perdón y salud. Introducción a la psicología del perdón*. Universidad Pontificia de Comillas.
- Prieto Ursúa, M., & Echegoyen, I. (2015). ¿Perdón a uno mismo, autoaceptación o restauración intrapersonal? Cuestiones abiertas en psicología del perdón. *Papeles*

*del psicólogo*, 36(3), 230-237.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5225317>

Prieto Ursúa, M., Carrasco Galán, M. J., Cagigal de Gregorio, V., Gismero González, E., Martínez Díaz, M. P., Muñoz San Roque, I. (2012). El Perdón Como Herramienta Clínica En Terapia Individual y De Pareja. *Revista clínica contemporánea*, 3(2), 121-134. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2012a8>

Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135-186. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612014000200001&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612014000200001&script=sci_abstract)

ShamsAlam, B., Farahani, H., Watson, P., Bagheri, S. (2025). A network approach to shame: The central roles of self-criticism, self-compassion, and self-forgiveness in an aged-diverse sample. *Journal of Affective Disorder Reports*, 20. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915325000204>

Tobías Imbernon, C., & García- Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revisión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200010)

Tutu, D. M. (2018). *Forgiveness and Reconciliation: Public Policy & Conflict Transformation*. Templeton Press.

Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2016). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

Yucel, M., & Vaish, A. (2021). Eliciting Forgiveness. *WIREs Cognitive Science*, 12(6). <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wcs.1572>

## ANEXOS

### Anexo A.

#### *Aprobación del Comité de Ética.*



Madrid, 8 de enero de 2025

Dictamen 49/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "TRABAJANDO CON EL PERDÓN Y LOS VALORES EN UN ESTUDIO DE CASO", presentado por D. Luis Guillén Plaza 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 una paciente adulta con problemas emocionales. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación la participante reducirá su malestar y sufrimiento y aumentará su bienestar. No existen riesgos sustanciales para la participante. 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.

La participante en el proyecto goza de autonomía para determinar si interviene o no en el mismo, siendo también informada de que en cualquier momento puede retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. El investigador se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de la participante no resulte posible. El investigador 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

*Nota.* Documento proporcionado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas que aprueba esta investigación (2025), conforme a los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki.

**Anexo B.***Cuestionario de Valores de Vida Dimensión de la Importancia.*

Validación del Cuestionario de valores de vida (VLQ)

265

**Anexo 1  
Cuestionario de valores de vida****Importancia**

A continuación, se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestra preocupación es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno da a las diferentes áreas de la vida. Marca la importancia de cada área en una escala de 1-10 (rodeando con un círculo). 1 significa que esa área no es nada importante para ti. 10 significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que no para todo el mundo estas áreas son importantes, y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo que ahora importa es que los valores en función de la importancia que para ti personalmente tenga cada área.

Áreas	Escala de Importancia										
	Nada importante										Extremadamente importante
1. Familia (diferente de esposo/a o hijos/as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Esposo/a, parejas, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Amigos/vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Educación/formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Ocio/diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Ciudadanía/vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

*Nota.* Cuestionario de Valores de Vida (VLQ) evaluando la dimensión de la importancia, tomado de referencia de Macías et al. (2023). Validación y propiedades psicométricas del “cuestionario de valores de vida” (VLQ) para población española. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 31(2), 246-267.

## Anexo C.

### Cuestionario de Valores de Vida Dimensión de la Consistencia.

266

MACÍAS, RUIZ-GARCÍA Y VALERO-AGUAYO

#### Consistencia

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de ti. Asumimos que una persona lo hace mejor en algunas áreas que otras. La gente también se comporta mejor en unas ocasiones que en otras. Lo que queremos saber es lo que has estado haciendo durante la semana pasada. Marca cada área utilizando una escala de 1 a 10 (rodeando con un círculo). 1 significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores. 10 significa que tus acciones han sido consistentes con tus valores.

Áreas		Escala de 1 a 10									
		Inconsistente									Consistente
1.	Familia (diferente de esposo/a o hijos/as)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Esposo/a, parejas, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Amigos/vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Educación/formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Ocio/diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Ciudadanía/vida comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Cuidado físico (dieta, ejercicio, descaso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Nota.* Cuestionario de Valores de Vida (VLQ) evaluando la dimensión de la consistencia, extraído de Macías et al. (2023). Validación y propiedades psicométricas del “cuestionario de valores de vida” (VLQ) para población española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 31(2), 246-267.

## Anexo D.

### Escala de Autocompasión.

#### ¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

Casi Nunca				Casi Siempre
1	2	3	4	5

- \_\_\_\_\_ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.
- \_\_\_\_\_ 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.
- \_\_\_\_\_ 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir
- \_\_\_\_\_ 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.
- \_\_\_\_\_ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.
- \_\_\_\_\_ 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.
- \_\_\_\_\_ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.
- \_\_\_\_\_ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.
- \_\_\_\_\_ 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.
- \_\_\_\_\_ 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.
- \_\_\_\_\_ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
- \_\_\_\_\_ 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.
- \_\_\_\_\_ 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.
- \_\_\_\_\_ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.
- \_\_\_\_\_ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
- \_\_\_\_\_ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
- \_\_\_\_\_ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
- \_\_\_\_\_ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.
- \_\_\_\_\_ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- \_\_\_\_\_ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- \_\_\_\_\_ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.
- \_\_\_\_\_ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.
- \_\_\_\_\_ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.
- \_\_\_\_\_ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
- \_\_\_\_\_ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

*Nota.* Escala de Autocompasión (SCS) basado en García- Campayo et al. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12(4).

## Anexo E.

### Escala de Heartland del Perdón.

#### TOMAR LA ESCALA HEARTLAND DE PERDÓN (HFS)\*

##### Instrucciones:

En el curso de nuestra vida pueden surgir eventos negativos como resultado de nuestra propia acción, las acciones de otro(a)s, o por circunstancias fuera de nuestro control. Por algún tiempo después del evento, puede que aún guardemos sentimientos o pensamientos negativos sobre nosotros(a)s mismo(a)s, las otras personas o la situación. Piense sobre cómo  **típicamente**  reacciona usted a tales eventos negativos. En el espacio que sigue cada artículo, escriba (según la escala de 7 puntos abajo), el número que más acertadamente describe cómo  **típicamente**  responde usted a la situación negativa descrita. No hay respuestas correctas o incorrectas. Favor de ser lo más franco(a) posible con sus respuestas.

1	2	3	4	5	6	7
Casi siempre falso para mí		Más bien falso para mí		Más bien cierto para mí		Casi siempre cierto para mí

#	Pregunta	Respuesta
1.	Aunque me sienta mal al cometer un error, pasado un tiempo puedo aflojar mi actitud.	
2.	Guardo rencor conmigo mismo(a) por las cosas negativas que he hecho.	
3.	El aprender algo de las cosas malas que he hecho, me ayuda a sobrellevarlas.	
4.	Es muy difícil aceptarme a mí mismo(a) después que he cometido un error.	
5.	Pasado un tiempo soy más comprensivo(a) conmigo sobre los errores que he cometido.	
6.	No dejo de criticarme por las cosas negativas que he sentido, pensado, dicho, o hecho.	
7.	Sigo castigando a quien haya hecho algo que creo que es incorrecto.	
8.	Pasado un tiempo, llego a ser comprensivo(a) con otro(a)s por errores que hayan cometido.	
9.	Sigo haciéndole la vida difícil a personas que me hayan herido.	
10.	Aunque me hayan herido en el pasado, he podido eventualmente ver a otro(a)s como buenas personas.	
11.	Me quedo pensando mal de quien me haya maltratado.	

\* Sus siglas en ingles, HFS: *Heartland Forgiveness Scale*.

12.	Cuando alguien me decepciona, pasado un tiempo soy capaz de dejarlo a un lado.	
13.	Cuando suceden cosas malas por razones que no se pueden controlar, me quedo estancado(a) en pensamientos negativos sobre el evento.	
14.	Pasado un tiempo puedo ser comprensivo(a) sobre malas circunstancias en mi vida.	
15.	Si me siento decepcionado(a) por circunstancias incontrolables en mi vida, no puedo dejar de pensar negativamente sobre ellas.	
16.	Al final, me encuentro en paz con las situaciones negativas de mi vida.	
17.	Se me hace muy difícil aceptar situaciones negativas que no son culpa de nadie.	
18.	Al final, puedo dejar atrás pensamientos negativos sobre circunstancias malas que nadie puede controlar.	

*Nota.* Escala de Heartland del Perdón (HFS) referenciado según Gallo-Giunzioni et al. (2021). Measuring Forgiveness: Psychometric Properties of the Heartland Forgiveness Scale in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(45).

**Anexo F.***Registro y Comparación de las Puntuaciones Pre y Post de los Cuestionarios.*

<b>Cuestionario</b>	<b>Dimensiones</b>		<b>Pre</b>	<b>Post</b>
<b>Cuestionario de Valores de Vida (VLQ)</b>	Familia	Importancia	6	6
		Consistencia	9	8
	Pareja	Importancia	3	5
		Consistencia	10	7
	Hijos	Importancia	8	7
		Consistencia	9	7
	Amigos	Importancia	8	8
		Consistencia	7	9
	Trabajo	Importancia	9	10
		Consistencia	10	10
	Educación	Importancia	8	9
		Consistencia	9	10
	Ocio	Importancia	7	8
		Consistencia	6	6
	Espiritualidad	Importancia	9	9
		Consistencia	7	4
	Comunidad	Importancia	7	7
		Consistencia	6	5
Cuidado físico	Importancia	6	5	
	Consistencia	5	4	
<b>Escala de la Autocompasión (SCS)</b>	Subescalas Positivas	Auto amabilidad	2,4	3,6
		Humanidad Común	2,75	4,25
		Mindfulness	4	4,5
	Subescalas Negativas	Auto juicio	4	3,8
		Aislamiento	4,5	4,75
		Sobre identificación	3	3,75
	Media Total SCS		2,608	3,008
<b>Escala de Heartland del Perdón (HFS)</b>	Perdón Propio		30	28
	Perdón Otros		30	28
	Perdón Situacional		32	26
	Total HFS		92	82

*Nota.* Elaboración propia. Esta tabla muestra los resultados pre y postratamiento obtenidos por la paciente en los distintos cuestionarios utilizados para la evaluación. Esta comparación permite valorar los cambios experimentados en diversas dimensiones de vida, niveles de autocompasión y actitudes relacionadas con el perdón, a lo largo del proceso terapéutico.