Análisis del Perdón en un Estudio de Caso Clínico Desde TFE y ACT

Forgiveness Analysis in a Clinical Case Study from EFT and ACT Perspective

Luis Guillén Plaza, Mónica Torres Ruiz-Huerta
Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Resumen: Este estudio de caso presenta a una mujer con dificultades en sus relacionales, sobre todo con su madre debido a una historia de daño emocional. Esta situación le genera un alto malestar debido a la alta ambivalencia emocional: por un lado, siente rabia y por otro lado el deseo de vincularse desde el perdón. Para dar respuesta a su motivo de consulta se ha diseñado una intervención humanista integradora, combinando Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) con la Terapia de Aceptación y Compromiso. Los resultados de la aplicación de este proceso son relevantes, especialmente en el establecimiento de límites, la autocrítica, la expresión emocional y la clarificación de valores.
Palabras clave: perdón; compasión; evitación experiencial

Abstract: This case study presents a woman with difficulties in her relationships, particularly with her mother, due to a history of emotional harm. This situation generates significant distress due to high emotional ambivalence: on the one hand, she feels anger, and on the other, a desire to connect through forgiveness. To address her reason for consultation, an integrative humanistic intervention was designed, combining Emotion-Focused Therapy (EFT) with Acceptance and Commitment Therapy. The results of this process are relevant, particularly in the areas of boundary-setting, self-criticism, emotional expression, and values clarification.
Keywords: forgiveness; compassion; experiential avoidance

La Terapia Focalizada en la emoción (TFE) tal y como su nombre indica se centra su trabajo en las emociones. Lo que permite profundizar en las heridas emocionales no resueltas, accediendo a emociones primarias

Luís Guillén Plaza es Psicólogo Sanitario, Sexólogo y Terapeuta de Pareja. Desempeña su práctica privada en Psicopartner.
Mónica Torres Ruiz-Huerta es Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. Directora del centro de intervención psicológica Epimeleia.
La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Luís Guillén al email: gplazaluis@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

bloqueadas, para facilitar su procesamiento y transformar esquemas emocionales desadaptativos. Además, se centra en la identificación y transformación de autointerrupciones 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 (Jódar y Caro, 2023).

Por su parte, el foco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es el desarrollo de la flexibilidad psicológica, a través de la aceptación en este caso de las emociones difíciles, junto con las acciones comprometidas, con el objetivo de que la paciente alcance a una vida más plena (Hayes y King, 2024). Este modelo resulta adecuado para los procesos emocionales complejos, como es el caso del perdón, ya que como señala Prieto (2017), este no se trata de un acto cognitivo, sino de una experiencia compleja y ambivalente, marcada por conflictos, resentimientos y mandatos internos contradictorios.

De manera que la combinación entre estos dos modelos permite abordar el caso de una manera más amplia. Por una parte, se trabaja sobre el pasado y las heridas emocionales, y por otra, se aborda la manera que tiene la paciente de relacionarse con su malestar y sufrimiento. Esta integración de diferentes enfoques facilita una nueva reconstrucción del vínculo consigo misma, además de promover una forma distinta de relacionarse con los demás desde la autenticidad.

El Perdón

El perdón para Fincham y May (2021) y Prieto (2017), se trata de un fenómeno complejo. Ya que supone tomar conciencia plena del daño y, a partir de ahí, decidir disminuir el malestar asociado a dicha agresión. Incluso pudiendo llegar a desarrollar emociones compasivas hacia el agresor, con el fin de reparar la relación. Este proceso se puede dar en distintas situaciones: perdón intrapersonal (a uno mismo), interpersonal (a los demás) y situacional (a las circunstancias externas). De manera, que cada una de estas formas se relacionan con un aspecto concreto de la vivencia del daño.

Cabe señalar, que la diferencia entre el perdón y el pseudo perdón (o falso perdón) radica en el reconocimiento del daño vivido. Tal y como plantea Prieto et al. (2012), el pseudo perdón busca negar lo ocurrido, ya sea a través del olvido o quitando importancia al suceso. Como consecuencia, se acaba invalidando el dolor emocional y la gravedad de la ofensa. En cambio, el perdón interpersonal se presenta en varias fases debido a su alta complejidad: el darse cuenta de la agresión, el entrar en contacto con el dolor emocional y la regulación emocional posterior de dicho daño (Yucel y Vaish, 2021).

La primera etapa, tal y como señala Yucel y Vaish (2021) es vital, ya que implica que la persona sea consciente de lo sucedido. Es decir, reconocer el abuso sufrido, identificar la falta de respeto y explorar la intención del agresor de querer causar daño. La segunda fase de acuerdo con Prieto (2017), es conectar con el dolor y sufrimiento vivenciado tras esta agresión, percibiendo la transgresión de los límites personales. En esta etapa suele aparecer frecuentemente emociones como la rabia o la tristeza. La intensidad del sufrimiento vivido no depende de la propia ofensa en sí, sino en el grado de ruptura de los valores personales, lo que puede provocar un cambio radical en la filosofía de vida de la persona. Por último, Prieto (2017) distingue una tercera etapa caracterizada por la regulación emocional del dolor generado tras la agresión. En esta fase aparecer múltiples maneras de gestionarlo, identificándose más de 25 estrategias diferentes, siendo las más habituales: la evitación, la venganza o el perdón.

Debido la importancia del trabajo con el daño sufrido, la psicoterapia humanista integradora ofrece un marco sobre el que trabajar, adaptando distintos enfoques en función de las necesidades del paciente. Se utiliza diferentes elementos clave como la escucha activa y el vínculo con el objetivo de poder reparar el daño sufrido y adoptar una vida más auténtica (Greenberg y Woldarsky, 2022; Tobías y García, 2009). De acuerdo con Balkin et al. (2016) a diferencia de otro tipo de terapias o modelos en el perdón, la terapia humanista busca la integración del perdón desde el procesamiento de la herida emocional. Y a partir de los elementos definitorios de esta terapia como la empatía, la aceptación incondicional o la autenticidad permite al paciente expresar su dolor y explorar esas emociones difíciles. De manera que el perdón no se convierte en algo impositivo, sino elegido por el paciente desde la conciencia y tras haber procesado todo ese daño recibido.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Riveros (2014), considera que la TFE presenta un enfoque humanista debido a su atención experiencial en las emociones, el uso del focusing y el énfasis en el paciente. En comparación con ACT, esta no se clasifica estrictamente dentro de esta categoría por su origen cognitivo conductual. Pero sí que ha sido señalada por algunos autores como "humanista", debido al eje central que tiene los valores en la terapia y a las similitudes con la Terapia Gestalt respecto a la evitación experiencial (Ayala y Rodríguez, 2020; Macias y Valero, 2021).

Terapia Focalizada en la Emoción

El objetivo de la Terapia Focalizada en la Emoción es facilitar el acceso, la expresión y la transformación de los esquemas emocionales que producen malestar. Esta terapia se centra en que la persona experimente y dé un significado a sus emociones. En resumen, 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). Esto hace que la TFE sea un enfoque adecuado para trabajar el perdón, ya que permite profundizar en el procesamiento interno. A diferencia de otros modelos, que, aunque fomentan la capacidad de perdonar, no llegar a profundizar sobre el dolor emocional sufrido (Greenberg y Woldarsky, 2022). Precisamente esta capacidad de profundizar en el procesamiento interno es uno de los motivos por el que se recomienda la TFE para trabajar el perdón, en comparación con otros modelos que, aunque fomentan la capacidad de perdonar, no llegan a profundizar para integrar emocionalmente el daño sufrido (Greenberg y Woldarsky, 2022).

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. De manera, que cada una de las iniciales de esta conceptualización del caso representa uno de los factores clave M (Marcadores de tarea), E (Emociones primarias), N (Necesidades), I (Interrupciones y Emociones secundarias), y T (Temas emergentes) (Jódar y Caro, 2023).

En este enfoque, las emociones se usan como recurso central de la terapia, favoreciendo que emociones adaptativas sustituyan a otras desadaptativas, sustituyendo esos esquemas emocionales por otros más funcionales. De ahí la importancia de discriminar los distintos tipos de emociones: primarias, secundarias e instrumentales (Greenberg y Woldarsky, 2022).

Greenberg (2021) describe las emociones primarias como las que primero aparecen ante un estímulo, diferenciando adaptativas (cuando fortalecen el self) y desadaptativas (cuando debilitan el self debido a heridas del pasado). Las emociones secundarias aparecen después de las primarias, su finalidad es la de cubrir o reducir la intensidad de éstas. Y las emociones instrumentales son aquellas que buscan conseguir una reacción en los demás.

Asimismo, la TFE ha identificado distintos marcadores emocionales (como la autocrítica, el asustador interno, las autointerrupciones o los asuntos no resueltos entre otros), que actúan como indicadores clave del tipo de tareas terapéuticas en cada fase del proceso. Estos marcadores permiten intervenir de manera específica sobre los esquemas emocionales disfuncionales, promoviendo procesos de transformación profunda y favoreciendo un mayor equilibrio interno (Jódar y Caro (2023).

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso [de ahora en adelante ACT por sus siglas en inglés Acceptance and Commitment Therapy] fue creada por Hayes en los años 90. ACT surge como respuesta a las limitaciones observadas en la Terapia Cognitivo- Conductual (Álvarez, 2019) ya que muchos pacientes terminaban abandonando este tipo de terapia al tener que enfrentarse repetidamente al sufrimiento que intentaban controlar o evitar (Eifert y Forsyth, 2014).

Frente a esto, la 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

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

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 y King, 2024).

A partir de este enfoque, Hayes et al. (1999) desarrollaron el modelo Hexaflex de la flexibilidad psicológica, que integra seis procesos esenciales en forma de hexágono: los valores, la acción comprometida, la aceptación, el momento presente, la defusión de las experiencias internas y el yo como contexto. Paralelamente, se propuso un modelo complementario de Hexaflex de la inflexibilidad psicológica: la fusión cognitiva, la falta de contacto con el presente, la desconexión con los valores, el yo como contenido, la inacción y la evitación experiencial (Hayes et al., 1999). Desde esta perspectiva transdiagnóstica, ACT no se centra en el diagnóstico clínico, sino en los patrones de evitación experiencial [de ahora en adelante EE], conductas destinadas a evitar el dolor emocional, pero que paradójicamente lo perpetúan (Hayes y King, 2024; Páez y Montesinos, 2016). La ACT aporta un marco especialmente útil a la hora de entender el proceso del perdón como una elección personal vinculada a los valores. Tal y como señala Khayatan et al. (2018), el perdón implica dejar ir las emociones negativas hacía quien le causo el daño, lo que conlleva cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual. Desde este enfoque, el perdón no se plantea como una meta impuesta, sino como una posible dirección vital, en función de lo que es importante para la persona. De este modo, a partir de la ACT se facilita el perdón a través de la clarificación de valores, viendo que es importante para la persona, incluso en presencia del malestar. Además, mediante la aceptación de aquellas experiencias dolorosas, se favorece un cambio en la manera de relacionarse con su sufrimiento, permitiendo que emerja el perdón maduro.

Objetivos

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, dificulta el establecimiento de relaciones saludables actuales.

Aparentemente, el motivo de consulta de la paciente (nombrada 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, la cual sitúa a la paciente en el centro del proceso en la que se reconoce la experiencia subjetiva como válida y promoviendo una relación basada en empatía, autenticidad y aceptación incondicional. Este trabajo tiene los siguientes objetivos:

- Explorar la viabilidad clínica de la combinación de una intervención humanista integradora, basada en la TFE y en ACT.
- Analizar la mejoría clínica de un caso 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.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Metodología

Diseño

El diseño de esta investigación se basa en un estudio de caso único, siguiendo la metodología de los estudios cualitativos, lo que permite un análisis profundo mediante entrevistas, análisis narrativos y descripciones clínicas detalladas (Martínez et al., 2014). La metodología adoptada es de carácter inductivo, e integra diversas fuentes de recogida de datos: registros clínicos, notas de campo, entrevistas semiestructuradas y la aplicación de instrumentos complementarios (cuestionarios validados). Cabe señalar, que la metodología a pesar de utilizar un enfoque cualititativo, es mixta debido al uso de cuestionarios.

Este estudio de caso se ha llevado a cabo en la Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI) de la Universidad Pontificia Comillas. Este centro cuenta 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.

La intervención tuvo una duración aproximada de seis meses con una frecuencia semanal de una hora. Las sesiones principalmente fueron desarrolladas en la modalidad online, salvo algunos encuentros presenciales. La psicoterapia fue realizada por dos terapeutas de manera conjunta, tratándose así de co-terapia.

Procedimiento

Para la recogida de datos se ha seguido una aproximación multimétodo y multifuente, combinando métodos cualitativos y cuantitativos con el objetivo de realizar una descripción detallada del caso y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas. Por un lado, los datos cualitativos se han obtenido mediante sesiones de terapia, supervisiones clínicas semanales en formato de grupo de discusión y observaciones de las sesiones. Estas observaciones fueron registradas por los dos co-terapeutas y por el equipo de tres observadores externos, lo que permitió triangular la información y enriquecer la comprensión del caso.

Instrumentos

Los datos cuantitativos se han recopilado mediante tres cuestionarios validados para población española, administrados en los momentos pretratamiento (antes del inicio de la terapia) y postratamiento (al terminar la terapia): el Cuestionario de Valores de Vida, la Escala de Autocompasión y la Escala de Heartland del Perdón. El Cuestionario de Valores de Vida o Valued Living Questionnaire (VLQ) (Macías et al., 2023) evalúa dos dimensiones: la importancia atribuida a los valores y el grado de compromiso con los mismos. La dimensión de la importancia hace referencia a qué valores resultan significativos. La dimensión de compromiso evalúa en qué medida las acciones cotidianas están alineadas con esos valores.

Cada dimensión incluye 10 ítems correspondientes a 10 áreas vitales: familia, pareja, hijos, amigos, trabajo, formación, ocio, espiritualidad, compromiso social y autocuidado físico. Las respuestas se puntúan en una escala tipo Likert del 1 al 10. Además, la fiabilidad interna global de este cuestionario es adecuada (α= .71) con valores aceptables en ambas dimensiones: la importancia (α= .64) y el compromiso (α= .70) (Macías et al., 2023).

La Escala de Autocompasión o Self- Compassion Scale (SCS) (García et al., 2014) estudia los niveles de autocompasión y autocrítica a partir de 26 ítems puntuados en una escala tipo Likert del 1 al 5. Se evalúa los componentes autocompasivos (amabilidad, humanidad compartida, y mindfulness) y los componentes no autocompasivos (autojuicio, aislamiento, sobre identificación). Además, presenta una alta consistencia interna global (α= .87) y una consistencia interna aceptable en cada uno de sus componentes: amabilidad

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

(α= .79), auto juicio (α= .76), humanidad común (α= .72), aislamiento (α= .77), mindfulness (α= .73) y sobreidentificación (α= .76).

La Escala de Heartland del Perdón o Heartland Forgiveness Scale (HFS) (Gallo et al., 2021) mide la predisposición de la paciente a perdonar a partir de la triada del perdón (perdonarse así mismo, a perdonar a otros y perdonar circunstancias externas), consta de 18 ítems que se responden mediate una escala tipo Likert del 1 al 7. Tiene una buena consistencia interna (α= .81) y las subescalas tienen una fiabilidad aceptable: perdón hacia uno mismo (α= .70), perdón hacia los demás (α= .67) y perdón situacional (α= .79).

Este último instrumento resulta relevante, dado que el motivo de consulta de la paciente gira en torno al perdón. En este sentido, ShamsAlam et al. (2025) destacan el papel de la vergüenza como disparador central de la autocrítica y como obstáculo para el perdón. Según estos autores, una mayor intensidad de vergüenza está asociada con un incremento de autocrítica y disminución de autocompasión. En cambio, el desarrollo de perdón hacia uno mismo se relaciona con una reducción de la vergüenza y autocrítica, así como un aumento de la autocompasión. Por ello, esta escala permite evaluar la disposición al perdón y aporta información relevante sobre procesos emocionales directamente implicados en el caso.

Presentación del Caso

Descripción del Caso

La paciente, identificada como Z, es una mujer española de 45 años, soltera, que vive sola. Es hija única, su padre falleció en 2023 y su madre, actualmente está en una residencia de mayores. A lo largo de su vida, Z ha asumido el cuidado de sus padres, esta responsabilidad le ha sido impuesta en gran medida por la ceguera de su madre.

Z cuenta con estudios universitarios y actualmente está realizando un Máster en el mismo área. Además, trabaja en una organización sin ánimo de lucro, considerando su profesión como algo muy importante en su vida. La paciente lleva varios años en terapia en la UNINPSI, siempre con la mismo coterapeuta, pero habiendo cambios en el coterapeuta que le acompañaba. Durante ese tiempo su motivo de consulta en años anteriores siempre ha girado en torno a dificultades con su familia, 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.

Z ha adoptado un rol parentalizado, asumiendo desde su infancia tareas impropias de su edad, como el cuidado de sus padres, la gestión de alquileres o las mudanzas familiares. Este patrón ha sido identificado por la paciente como “niña buena”, una figura que responde siempre a las necesidades de los demás, a costa de ignorar las suyas propias.

Asimismo, ha desempeñado un papel de reguladora emocional de su madre, quien presenta un patrón de desregulación emocional. La visión de la paciente acerca de su madre es como una figura dominante y dura, que oculta su propia vulnerabilidad bajo la queja constante y la invasión del espacio personal de su hija, ignorando los límites que esta establece e intentando controlarla a través de órdenes y exigencias.

Motivo de Consulta y Principales Síntomas

El motivo de consulta actual de la paciente es su dificultad para vincularse con su madre. Este vínculo se caracteriza por una ambivalencia emocional, coexistiendo el deseo de cuidado y reconocimiento (desde el rol de niña buena) con sentimientos de rencor, rechazo y asco (derivados de la sensación de pérdida su infancia, al tener que asumir responsabilidades de adultos desde pequeña). Esta contradicción le genera un profundo malestar, ya que desea tener una relación más sana, sin sentirse invadida ni culpable. En este anhelo aparece la posibilidad del perdón, no como una negación del daño vivido, sino como una vía de vincularse

https://doi.org/10.5093/cc2026a11
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

para una experiencia de vida con sentido y acorde con sus valores.

Como consecuencia, la paciente muestra una marcada desconexión interna que se manifiesta en tres niveles: emocional, corporal y personal. A nivel emocional, tiene dificultades para identificar y expresar sus emociones, junto a un miedo intenso a experimentarlas. Según sus propias palabras "si las siento, me quedaré atrapada en ellas para siempre".

A nivel corporal, presenta una escasa conciencia física, influida por su autoexigencia, que la obliga a estar siempre bien y le impide mostrar malestar. Llevándola a minimizar el dolor físico y emocional, ignorando las señales de su propio cuerpo. La única señal que reconoce y se permite es el cansancio, esta emoción aparece cuando Z se obliga a hacer cosas que no quiere hacer, solo siendo consciente una vez que ya está inmersa en la situación. Actuando como un indicador claro de que sus necesidades reales no están siendo atendidas.

Por último, a nivel personal, Z muestra un patrón de complacencia, priorizando la satisfacción de necesidades de los demás sobre las propias. Esta dinámica está sostenida por la autocrítica y el asustador interno, que le impiden vivir una vida alienada con sus valores y sus necesidades. El miedo al rechazo y la necesidad de aprobación externa la mantiene atrapada en un ciclo de complacencia, autoexigencia y sacrificio.

El origen de esta dinámica se remonta a su historia de búsqueda de reconocimiento materna, en el que su madre solo estaba presente para señalar errores o exigir más. Esto reforzó el mandato de "primero hacer para luego ser", interiorizándose hasta convertirse su madre en su voz crítica, reforzando el conflicto emocional y dificultando su progreso en la terapia.

Como resultado, de esta voz crítica de no ser suficiente, busca validación externa de forma constante, esforzándose por agradar, destacar, ser la mejor en todos los aspectos y, sobre todo, para asegurarse de que los demás no la abandonen. Esta necesidad responde a la herida de no haber recibido reconocimiento y validación por parte de su madre.

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 ha sido integrada en el modelo MENSIT (Jódar y Caro, 2023), representado en la Figura 1.

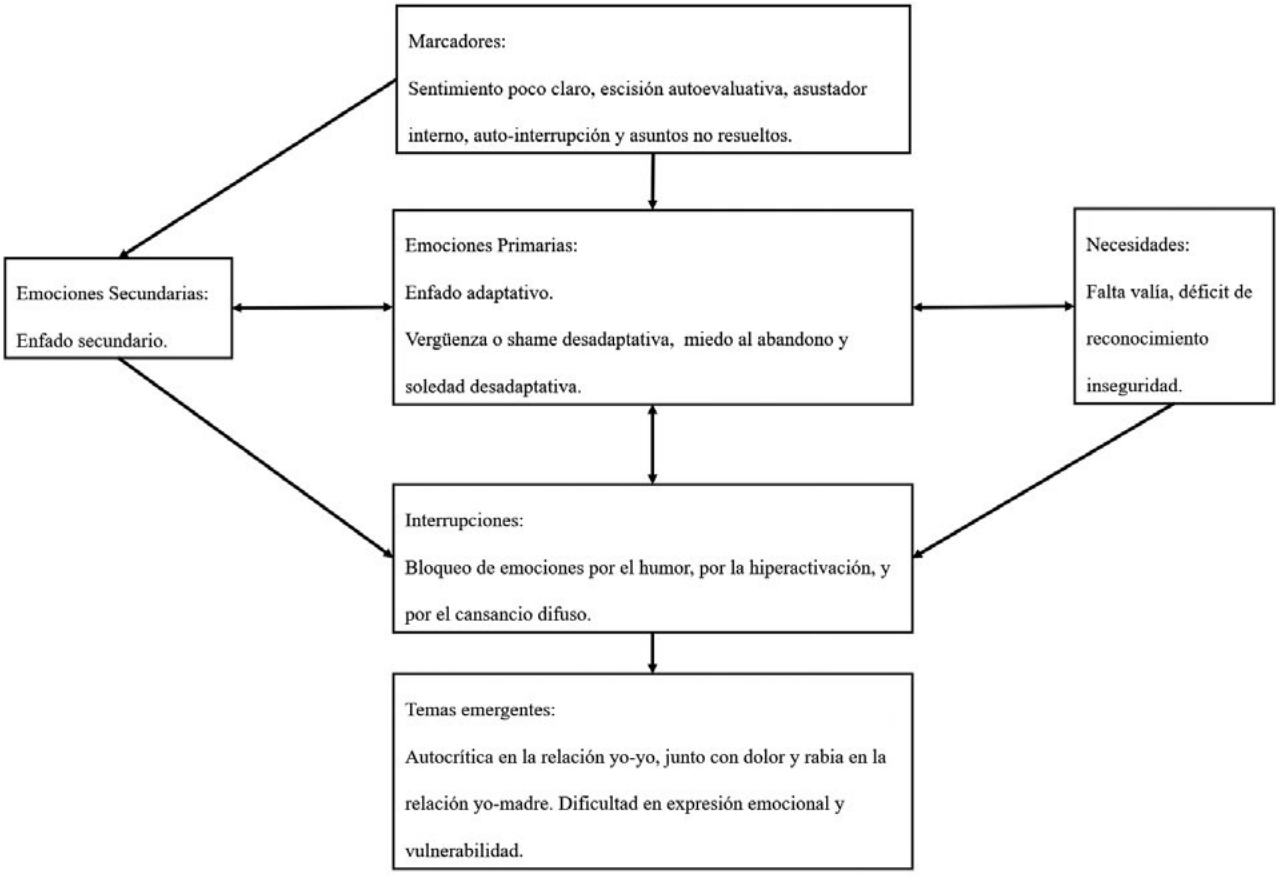
Z presenta una emoción primaria adaptativa de enfado hacia su madre, que se activa cuando esta se entromete en su vida en forma de cuidado. No obstante, estas conductas maternas, en realidad, responden a la necesidad de regular su propia desorganización emocional, sin tener en cuenta las necesidades reales de su hija. Esta vivencia de instrumentalización emocional resulta dolorosa para la paciente, quien la verbaliza con la frase: "todo para mí, pero sin mí". Este enfado ante la transgresión de límites y la falta de reconocimiento es interrumpido por la propia paciente al no ser coherente con su rol de "niña buena". Ya que no se permite sentir estas emociones de rechazo hacia su madre, ni el carácter contradictorio de esta.

La infancia de Z estuvo marcada por la no satisfacción de sus necesidades emocionales básicas, lo cual ha dado lugar al desarrollo de emociones primarias desadaptativas. Como por ejemplo la vergüenza, la cual genera sentimientos de falta valía e inferioridad, que la impulsan a buscar validación externa y ponerse a prueba para comprobar si merece ser querida. Esta dinámica se refleja en su tendencia a la hiperactivación y en la construcción de vínculos superficiales. Además, cuando necesita ayuda de alguien, siente vergüenza por ello, lo que le dificulta aceptar apoyo y en caso de hacerlo buscará complacer a dicha persona.

A su vez la paciente tiene un miedo al abandono, esta inseguridad se manifiesta en sus relaciones, donde permanece en estado de alerta constante, interpretando cualquier señal ambigua como amenaza. En un

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

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 cínico 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.

intento de evitarlo, Z se esfuerza por satisfacer las necesidades ajenas. Sin embargo, ante el menor indicio de distanciamiento, pone fin a la relación de forma abrupta, para no ser ella quien queda en una posición de vulnerabilidad. Este patrón refleja una fragilidad en sus vínculos.

Por último, la paciente presenta una emoción de soledad, que tiene su origen en la vivencia infantil de haber sido invisibilizada por sus figuras de apego. Esta carencia continúa activa en la actualidad, con el fin de mitigar su dolor de la soledad, busca rodearse de relaciones sociales y mantiene actividad constante.

En el caso de Z, estas emociones primarias desadaptativas expresan principalmente dos necesidades no cubiertas: la valía y la seguridad. La falta de valía tiene su origen en el déficit de reconocimiento por parte de personas significativas. Y la inseguridad, que surge de la ausencia de un vínculo seguro y regulador, lo cual ha dejado un vacío en Z.

Cuando la paciente entra en contacto con sus emociones primarias, estas suelen activar emociones secundarias, las cuales buscan evitar la expresión emocional de las primarias. En el caso de Z, su emoción secundaria más predominante es su enfado, el cual aparece ante cualquier percepción de invasión o intromisión de su madre. Este enfado se ha ido intensificando como resultado de la constante interrupción de su enfado primario, acumulándose hasta expresarse de forma desproporcionada e impulsiva.

Además, el enfado actúa como emoción secundaria de la vergüenza desadaptativa, buscando tapar dicha vulnerabilidad. Su función es proteger a la paciente de entrar en contacto con esas experiencias dolorosas de

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

sentirse inadecuada, invisible o insuficiente. Otro papel de la ira es su función relacional: probar el vínculo, es decir, provocar una reacción y ser vista por el otro. Sin embargo, al no estar conectado este enfado con una necesidad clara ni coherente, esta reacción acaba convirtiéndose en una queja improductiva.

La forma de regulación emocional de Z al entrar en contacto con su dolor es a través de autotratamientos, entre los que se destaca la reflexividad improductiva. Esta se manifiesta principalmente a través de dos formas interrelacionadas: la autocrítica coercitiva y el asustador interno.

La autocrítica coercitiva se exterioriza en forma de ordenes que exigen a Z una perfección constante. Estos mandatos se activan cuando Z entra en contacto con su propia vulnerabilidad, valorándose a sí misma como insuficiente o indigna de amor. Esta voz interna la obliga a mantenerse en un estado permanente de hiperactividad con el fin de sentirse valiosa.

Por otra parte, el asustador interno genera una preocupación constante. Sus temores se centran en el abandono y la soledad. Como estrategia de afrontamiento, Z tiende a adoptar conductas de complacencia para evitar que se alejen de ella. No obstante, de forma paralela, pone a prueba sus vínculos, buscando señales de distanciamiento o rechazo.

Otra manifestación del asustador es su temor por sentir emociones, en concreto la tristeza y el enfado. En el caso de sentir la tristeza, tiene miedo de quedarse atrapada en ella. En cuanto al enfado, su miedo se debe a que, al haber sido constantemente interrumpido, termina expresándose como una ira secundaria de gran intensidad, agresiva y punitiva incongruente con su rol de niña buena. Esta contradicción interna refuerza el mensaje del asustador que ciertas emociones son peligrosas para sí misma como para los demás. Además, se interrelaciona el miedo a las emociones con el del abandono, apareciendo un nuevo temor, el miedo a expresar las emociones a los demás. Creyendo que, si llegase a expresarlas, seria rechazada o abandonada por las personas.

Las autointerrupciones son utilizadas por la paciente para interrumpir sus emociones más dolorosas. La autointerrupción más frecuente es el humor ácido y autocrítico, disfrazando su malestar bajo la apariencia de una broma y minimizando su importancia.

También destaca la hiperactivación, que se manifiesta como la necesidad constante de hacer cosas: asumir responsabilidades laborales ajenas, quedar con amigos, organizar su casa o estudiar, entre otras. Esta sobrecarga responde a una orden de su autocrítica y de su asustador interno, buscando evitar el contacto consigo misma y no a un interés genuino. Dándose cuenta de que no quiere hacerlo cuando lo está realizando, momento en el que surge malestar y síntomas físicos en forma somatizaciones. Como consecuencia de este alto ritmo de vida aparece el cansancio, el cual a su vez se trata de otro autointerruptor. El cual, se presenta cada vez que la paciente prioriza las necesidades de los demás sobre las suyas.

Como consecuencia del uso de autointerrupciones, la paciente ha desarrollado una baja conciencia emocional. Z muestra dificultades para identificar y expresar lo que siente y este déficit se agrava por su miedo a entrar en contacto con sus propias emociones. Generándose un círculo vicioso: cuanto más evita sentir, menos reconoce lo que le ocurre, aumentando más su miedo a las emociones.

Análisis desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

El otro enfoque complementario utilizado para abordar el caso es la Terapia de Aceptación y Compromiso a través del Modelo Hexaflex de la inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 1999), tal y como se representa en la Figura 2.

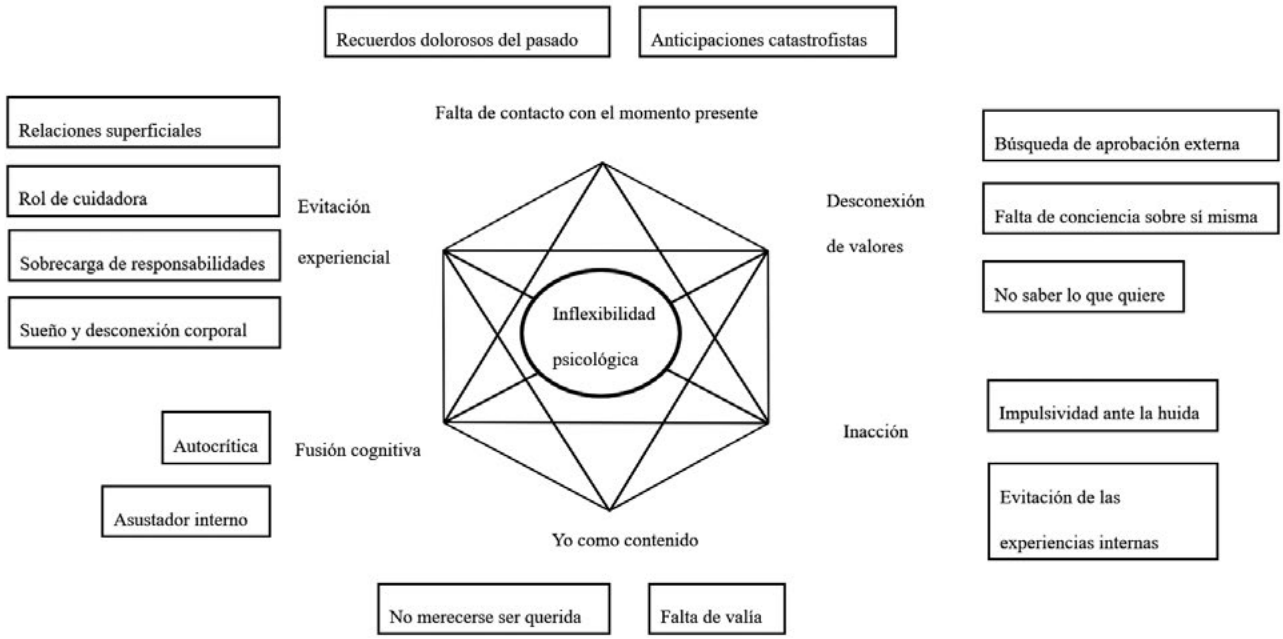
En relación con la fusión cognitiva, la paciente se encuentra atrapada en sus pensamientos negativos y críticos propios de la crítica y del asustador. Como, por ejemplo, “si no soy perfecta, no valgo para nada”, “nunca es suficiente”, “nadie me va a querer”, “todo el mundo me va a abandonar”.

En cuanto al yo como contenido, la identidad de la paciente se ha fusionado con la autocrítica y el asustador. Estas voces internas han creado una self basado en la falta de valía y de amor, reflejando como la paciente asume sus pensamientos como verdades absolutas.

En referencia a la inacción y la evitación, el afrontamiento de la paciente oscila entre evitar el contacto de sus experiencias internas y el actuar de manera impulsiva. En este sentido, ella se involucra en actividades sin

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

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 muestra cómo los seis procesos de inflexibilidad psicológica descritos en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se manifiestan en el funcionamiento clínico de la paciente, dificultándola alcanzar una vida guiada por los valores.

desearlo realmente, dándose cuenta a posteriori que esa no era su verdadera intención, expresándolo a través de la somatización o del cansancio.

Atendiendo a la desconexión de los valores, Z ha perdido el contacto con aquello que es importante para ella, debido a la necesidad de aprobación externa. Lo que la ha llevado a entrar en un ciclo de obligaciones e hiperactividad.

Respecto a la falta de contacto en el momento presente, Z tiende a quedarse atrapada en recuerdos dolorosos del pasado y anticipaciones catastrofistas futuras. Para evitar este malestar recurre a diferentes conductas de evitación para impedir conectarse consigo misma.

Por último, cabe destacar la evitación experiencial. Z utiliza múltiples estrategias de evitación para no entrar en contacto con su sufrimiento y malestar. Asumiendo tareas laborales ajenas, manteniendo numerosas relaciones superficiales caracterizadas por la fragilidad vincular, adoptando el rol de cuidadora para desviar la atención de sí misma y el sueño al desbordarse con sus emociones. Gracias a estos patrones de evitación consigue un alivio inmediato, pero que, al mantenerse en el tiempo, se vuelven cada vez más limitantes.

Evaluación Inicial

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en los cuestionarios entregados a la paciente durante la fase de evaluación inicial, tal y como puede observarse en la Tabla 1.

Respecto al Cuestionario de Valores de Vida (VLQ), sus puntuaciones reflejan una adecuada alineación entre los valores y las acciones, con escasas discrepancias entre lo que considera importante y lo que efectivamente realiza. En la dimensión de importancia, las áreas más valoradas por la paciente son el trabajo y la espiritualidad, ambos con una puntuación de 9. Mientras que el área menos importante para la paciente es la relación

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 1. *Comparativa de las Puntuaciones Pre y Post de los Cuestionarios*

Cuestionario	Dimensiones		Pre	Post
Cuestionario de Valores de Vida (VLQ)	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
	Formación	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

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

Tabla 1. *Comparativa de las Puntuaciones Pre y Post de los Cuestionarios (Continuación)*

Cuestionario	Dimensiones		Pre	Post
Escala de la Autocompasión (SCS)	Subescalas Positivas	Autoamabilidad	2,4	3,6
		Humanidad Común	2,75	4,25
		Mindfulness	4	4,5
	Subescalas Negativas	Autojuicio	4	3,8
		Aislamiento	4,5	4,75
		Sobre identificación	3	3,75
	Media Total SCS		2,608	3,008
Escala de Heartland del Perdón (HFS)	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.

de pareja, con una calificación de 3. Respecto a la dimensión de consistencia, la paciente muestra una alta consistencia en la relación de pareja y el trabajo, ambas con la puntuación máxima. Por otro lado, el área con menor consistencia es el cuidado físico, con un 5, lo que sugiere dificultades para el autocuidado y representa una posible línea de intervención terapéutica.

En la Escala de Autocompasión (SCS), la paciente tiene una media de 2,61, lo que significa un nivel moderado de autocompasión. No apareciendo niveles extremos en ninguna de las dimensiones, aunque sí cierta tendencia hacia la autocrítica y el aislamiento.

Dentro de las subescalas compasivas todos los factores tienen una puntuación moderada como en la autoamabilidad con 2,4 y la humanidad común con 2,75. Mientras que el mindfulness tiene una puntuación elevada de 4, indicando una mayor capacidad para observar las experiencias que ella vive sin reaccionar, manteniendo una distancia reguladora.

En las subescalas no compasivas Z muestra puntuaciones bastante más altas como en el autojuicio con 4 y el aislamiento con 4,5. Lo que sugiere una fuerte presencia de malestar que se retroalimenta con la autocrítica y del asustador interno, dificultando la regulación emocional y el tener una actitud compasiva hacia uno mismo.

Por último, en la escala de Heartland del Perdón (HFS) tiene una calificación total de 92, lo que indica que

https://doi.org/10.5093/cc2026a11
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

la paciente tiene una alta disposición de perdonar en comparación con la media poblacional. Presenta puntuaciones elevadas en todas las dimensiones del perdón: en el perdón propio con 30, en el perdón a los otros con 30 y en el perdón situacional con 32.

Intervención

Justificación de Intervención y Establecimiento de Objetivos en Terapia

El proceso terapéutico desarrollado en este estudio de caso se basa en un enfoque humanista integrador, combinando la Terapia Focalizada en la Emoción y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Este enfoque permitió poder abordar el motivo de consulta de la paciente: trabajar el perdón hacia sus padres, que se convirtió en el eje de la terapia.

Aunque estos dos modelos presentan diferencias, ambos coinciden en la base humanista de colocar al paciente como eje central de la terapia. Desde este enfoque, el terapeuta mantiene una actitud de aceptación incondicional ante el paciente, facilitando la construcción de un vínculo terapéutico basado en la empatía y en la congruencia. La intervención se realiza desde un perspectiva vivencial y experiencial, con el fin de trabajar sobre el dolor nuclear y de promover una vida más coherente con sus valores (Ayala y Rodríguez, 2020; Macias y Valero, 2021; Riveros, 2014). Desde la TFE se busca acceder y procesar las experiencias dolorosas del pasado, especialmente aquellas relacionadas con las necesidades emocionales que no fueron cubiertas. De manera que la paciente pueda ser capaz de experimentar aquellas emociones que antes evitaba. Además, de intervenir sobre aquellos marcadores identificados en los esquemas emocionales desadaptativas del caso. Siendo el objetivo final, transformar este tipo de esquemas, aumentar el contacto con las emociones y alcanzar el perdón.

Por otra parte, desde la ACT se propone un enfoque distinto, que resulta relevante en aquellas situaciones en las que malestar no se ajusta a un diagnóstico concreto como ocurre con el perdón. Esta no se centra en eliminar el malestar, sino en transformar la relación que la paciente mantiene con su sufrimiento, desde la aceptación y compromiso con lo que verdaderamente importa. Centrándose en reducir la evitación experiencial, a partir de otras estrategias más flexibles, así como fortalecer la autoconciencia y la acción comprometida. De este modo, se facilita una reconexión consigo misma, conectándose con el presente y explorando sus propios valores, con el fin de poder tomar decisiones alineadas con lo que considera importante en su vida.

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

- Procesamiento del perdón: validar y facilitar el procesamiento de las experiencias emocionales dolorosas, reconstruir su significado, activar la empatía hacia su madre (reconociéndola como una figura enferma e infantilizada) y redefinir el significado del perdón (no desde la complacencia).
- Mejorar la regulación emocional y reducir la evitación experiencial: desarrollar estrategias adaptativas de regulación emocional, promover el afrontamiento del malestar sin evitarlo e incrementar la conciencia.
- Reestructuración de los autotratamientos disfuncionales: desactivar el asustador interno, reducir la autocrítica y promover la autocompasión.
- Construcción de una identidad más auténtica: clarificar sus valores, distinguir su identidad de sus experiencias internas, promover las acciones comprometidas con sus valores y reducir la necesidad de aprobación externa.

Tratamiento y Curso

El proceso terapéutico ha consistido en sesiones semanales de una hora de duración, realizadas en formato online a lo largo de seis meses. El contenido, los objetivos y las intervenciones adaptadas a cada momento clínico han sido recogidas de forma estructurada en la Tabla 2.

La dinámica de las sesiones ha seguido un modelo no estructurado, permitiendo a la paciente traer a sesión

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

Tabla 2. *Registro de Todas las Sesiones con la Paciente*

Sesión	Temática	Objetivos	Intervención
1	Presentación y motivo de consulta.	Crear un espacio seguro. Establecer los objetivos terapéuticos.	Alineación de objetivos y metas de la terapia. Validación emocional.
2	Conflicto con la madre. Dificultad para valorarse sus aspectos positivos.	Validar emocionalmente el conflicto con la madre. Trabajar la autocrítica y los asuntos no resueltos.	Exploración empática. Silla de autoconsuelo. Diferenciación del yo real y del yo público. Trauma re-telling.
3	Hiperactividad y dificultad para parar.	Reconocer la necesidad del descanso. Reducir la autocrítica.	Ejercicio quiero, puedo, elijo. Psicoeducación del descanso. Reflejos empáticos.
4	Agobio con su madre. Dificultad en el autocuidado.	Aumentar la conexión corporal. Redefinir el descanso como autocuidado.	Conjeturas empáticas. Exploración empática. Ejercicio tengo–quiero. Metáfora del jardín.
5	Rechazo al cambio y a la metáfora del jardín. Conflicto laboral.	Facilitar la expresión emocional. Abordar las resistencias al cambio.	Validación emocional. Despejar un espacio. Focusing.
6	Sesión presencial. Cambio de puesto en su trabajo. "El Moreno" quiere volver con ella.	Fortalecer su capacidad para poner límites. Clarificar los valores personales.	Exploración empática. Reflexión sobre las expectativas. Ejercicio de identificar qué es lo que necesita de él y qué ha recibido hasta ahora.
7	Fusión con la autocrítica y el cansancio. Dificultad para poner límites.	Explorar y disminuir autoexigencia. Mejorar su capacidad para establecer límites con los demás.	Reflejos empáticos. Exploración empática. Simbolización del papel de la autocrítica en el sentir emociones.
8	Inseguridad sobre el avance de la terapia. Fragilidad en las relaciones.	Evaluar el progreso en terapia y explorar la necesidad de control. Trabajar su autonomía y reducir la dependencia.	Revisión de objetivos. Validación emocional. Simbolización de querer ser independiente. Conjeturas empáticas.
9	Dificultad para gestionar emocionalmente la tristeza y miedo.	Identificar y reducir el miedo al abandono. Aprender a regularse emocionalmente.	Exploración empática. Validación emocional. Reflejo empático. Expresión de tristeza.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 2. *Registro de Todas las Sesiones con la Paciente (Continuación)*

Sesión	Temática	Objetivos	Intervención
10	Inflexibilidad psicológica. Resistencia ante todo lo que se le propone. Alta autoexigencia y crítica interna.	Incrementar la flexibilidad psicológica y reducir la autocrítica. Separar el autoconcepto de ser con hacer.	Reflejos empáticos. Tarea del despliegue evocador sistemático. Metáfora de las olas. Simbolización del enfado. Ejercicio de diferenciar lo que soy de lo que hago.
11	Agotamiento y soledad por complacer a los demás. Dificultad para mostrar vergüenza.	Explorar cómo la necesidad de agradar oculta su vulnerabilidad y aumenta su agotamiento. Gestionar la presión de las expectativas externas.	Exploración empática. Escucha activa. Expresión de la vergüenza y la vulnerabilidad. Focusing.
12	Sesión presencial. Alta autoexigencia durante la terapia (miedo a no ser buena paciente). Dificultades para poner límites.	Facilitar la expresión emocional auténtica, reduciendo la autoexigencia en terapia. Fortalecer su capacidad para poner límites sin romper el vínculo.	Reflejos empáticos. Simbolización de la necesidad de ser buena paciente. Despliegue de evocador sistemático. Establecer límites con la madre. Conjeturas empáticas.
13	Sentimientos contradictorios con su madre y conflicto interno.	Reducir la fusión con el rol de niña buena. Gestionar sentimientos de ambivalencia.	Validaciones emocionales. Exploraciones empáticas. Valorar las consecuencias de ser niña buena.
14	Z está mala y tiene problemas para dejarse cuidar por los demás.	Promover la conexión con el cuerpo. Trabajar la dificultad para aceptar cuidado externo.	Conjeturas empáticas. Exploración empática. Reflejos empáticos. Trauma re-telling.
15	Problemas para aceptar el cuidado. Inversión de roles en la relación madre-hija.	Romper los patrones disfuncionales en la relación con su madre. Facilitar la expresión emocional auténtica.	Validación emocional. Focusing. Expresión del enfado. Simbolización de la inversión de roles en la relación con su madre.
16	Frustración por la falta de reconocimiento de su madre. Fuerte sensación de soledad.	Fortalecer la validación interna y reducir la dependencia del reconocimiento externo. Promover la flexibilidad psicológica y la autonomía.	Exploración empática. Silla vacía de autoconsuelo. Reflejo empático. Simbolización de la interrupción mental "pero…". Metáfora de volar para salir de su zona de confort.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

Tabla 2. *Registro de Todas las Sesiones con la Paciente (Continuación)*

Sesión	Temática	Objetivos	Intervención
17	Vergüenza frente a los logros. Dificultades en la asertividad y agotamiento laboral.	Mejorar la capacidad de reconocer y valorar sus logros sin culpa. Incrementar habilidades asertivas para establecer límites claros.	Exploración empática. Validación emocional. Establecer límites. Reflejo empático. Silla vacía de autoconsuelo.
18	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.	Diálogo en dos sillas con la autocrítica. Exploración empática. Valorar el impacto de la autocrítica.
19	Dificultad para poner límites y miedo al rechazo. Origen del patrón de complacencia.	Mejorar capacidad para establecer límites. Disminuir el miedo a ser rechazada por expresar sus necesidades reales.	Trauma re-telling. Conjeturas empáticas. Metáfora de los payasos que ponen límites. Exploración empática.

Nota. Elaboración propia. Esta tabla recoge el registro completo de todas las sesiones realizadas con la paciente, especificando las temáticas abordadas, los objetivos terapéuticos establecidos y las principales intervenciones empleadas para alcanzar dichos objetivos.

aquellos temas que consideraba relevantes y trabajar a partir de ellos. De manera que a partir de los asuntos que iban surgiendo en las sesiones, se adaptaba diferentes intervenciones emocionales y ejercicios experienciales como por ejemplo la sintonización empática, focusing, metáforas personalizadas, silla vacía, identificación de necesidades, expresión de emociones primarias, satisfacciones de necesidades no resueltas y ejercicios de autocompasión, entre otros. Debido a que muchos de los temas se abordaron de forma conjunta y no de manera aislada, se ha organizado el proceso terapéutico con la finalidad de identificar los momentos clínicamente más significativos y reflejar la evolución de la paciente.

En las primeras sesiones se trabajó la alianza terapéutica, con el fin de crear un espacio de seguridad y de confianza, donde la paciente pudiese sentirse segura, acogida, sin necesidad de complacer o de sentirse juzgada, como consecuencia se produjo una apertura emocional progresiva. Además, este vínculo se convirtió en un pilar fundamental del proceso, al convertirse en una experiencia emocional correctiva para la paciente, ya que este cambio de dinámicas relacionales con los terapeutas se extendió más allá del ámbito clínico, cambiando su manera de relacionarse fuera de terapia.

Una de las primeras señales del cambio apareció en la sesión 5, cuando Z expresó su malestar ante una intervención directiva. Expresar su incomodidad sin romper el vínculo marcó un avance hacia una nueva manera de relacionarse con los demás más auténtica. Otro punto de inflexión ocurrió en la sesión 6, donde se abordó su futuro laboral y sentimental, debido al cambio en su puesto de trabajo y a la propuesta de su expareja de retomar la relación. Esto permitió trabajar sobre sus valores, donde se identificó qué era importante para ella y lo qué no. A partir de la clarificación en los valores se pudo dar cuenta de cómo actúa en sus relaciones: con un alto deseo de vincular, junto a un fuerte miedo al abandono. En las sesiones intermedias, el cambio de trabajo aumentó la inestabilidad y la sobrecarga laboral hizo que Z presentase mayor rigidez ante el cambio y aumentase la frecuencia de sus conductas evitativas. Esto permitió trabajar con la evitación experiencial, ayudándole a identificar cómo se mantenía ocupada para evitar emociones dolorosas. A su vez, se abordó el descanso, el cual vivía como otra exigencia más, ayudándola a adoptar una actitud flexible y compasiva.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Al mismo tiempo, empezaron a aparecer emociones anteriormente interrumpidas o evitadas. Esto permitió que Z empezase a tener una mayor disposición a sentir sus emociones y a expresarlas. Este avance también se reflejó en su trabajo, donde solicitó una equiparación salarial frente a un compañero que realizaba sus mismas funciones. Este acto supuso un cambio importante en su forma de poner límites y de reconocer su propio valor. Lo que permitió empezar a relacionarse de otra manera, sin tener que utilizar la ira para expresarse.

En la sesión 14 se planteó la dificultad de Z para recibir el cuidado, incluso en terapia, ya que se sentía culpable. Se trabajó la vergüenza que surgía ante los elogios, los gestos de cuidado o el reconocimiento de sus logros, así como el malestar que sentía al acudir a sesión sin aportar algo útil. Revelando el mandato interno de su madre: "solo merezco atención si doy algo a cambio", propio de la dinámica de instrumentalización emocional materna. Esta experiencia abrió la posibilidad de recibir cuidado sin condiciones, reconociendo la terapia como un espacio donde no es necesario hacer o estar bien, sino simplemente ser.

Desde la sesión 16, las sesiones se centraron más en el recuerdo del daño parental y en el papel que Z asumió en la regulación emocional de su madre. Se identificó el rol de niña buena, que anulaba sus propias necesidades en busca de validación externa. Con el avance del proceso, la paciente comenzó a permitirse expresar enfado hacia su madre. Un momento clave fue cuando al escuchar "pero hija si yo lo hago todo por ti", Z reconoció que no era así, que su madre buscaba satisfacer sus propias necesidades, no las suyas, lo que permitió confrontarla y marcar sus límites.

El tema del perdón estuvo presente desde el inicio, de forma transversal a lo largo de todo el proceso. No se abordó como un objetivo conductual, sino como un anhelo emocional que fue emergiendo en paralelo al reconocimiento de sus heridas. Este recorrido favoreció una mirada más compasiva hacia su madre, no desde la justificación, sino desde el reconocimiento de sus limitaciones, incluida su ceguera física, que le impedía ejercer un rol de adulta cuidadora.

Las sesiones 18 y 19 estuvieron centradas en el trabajo con la autocrítica. A través de la técnica de la silla vacía, Z pudo externalizarla, tomar distancia y reconocerla como la voz interna de su madre, originada en su infancia como estrategia para ser vista y aceptada. Asimismo, se trabajó el miedo al rechazo y el vincularse desde un lugar más auténtico.

Resultados del Tratamiento

A continuación, se presentan los resultados del tratamiento, integrando información cualitativa y cuantitativa para evaluar los mecanismos de cambio y la eficacia de la intervención. La comparación entre las puntuaciones pre y postratamiento en los distintos cuestionarios, se muestra en la Tabla 1.

En el Cuestionario de Valores de Vida (VLQ), en la dimensión de importancia se observa una bajada en las puntuaciones correspondientes al cuidado físico e hijos, y un incremento en las áreas de pareja, trabajo, formación y ocio. Por otra parte, en la dimensión de la consistencia se muestra un descenso en los ámbitos de familia, pareja, hijos, espiritualidad, comunidad y cuidado físico. Y aparecen aumentos en formación y amigos.

En relación con la Escala de Autocompasión (SCS), en las subescalas positivas aparece una mejora en sus tres factores (autoamabilidad, humanidad común y mindfulness). Mientras que, en las subescalas negativas, incrementaron las puntuaciones en las variables aislamiento y sobreidentificación, y disminuyeron en autojuicio. En cuanto a la Escala de Heartland del Perdón (HFS), se observa un declive en sus tres dimensiones (perdón propio, perdón hacia los otros y perdón situacional).

Resultados

Tras observar la diferencia de los resultados pre-post. Cabe señalar, que los resultados obtenidos en el pretest, las puntuaciones iniciales en general eran notablemente elevadas en comparación con las puntuaciones del final del tratamiento y con lo que se observaba en consulta. Esta disonancia observada en las respuestas del principio se ha considerado como un intento de la paciente de ofrecer una imagen idealizada de sí misma,

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

comprometiendo parcialmente la validez de los resultados.

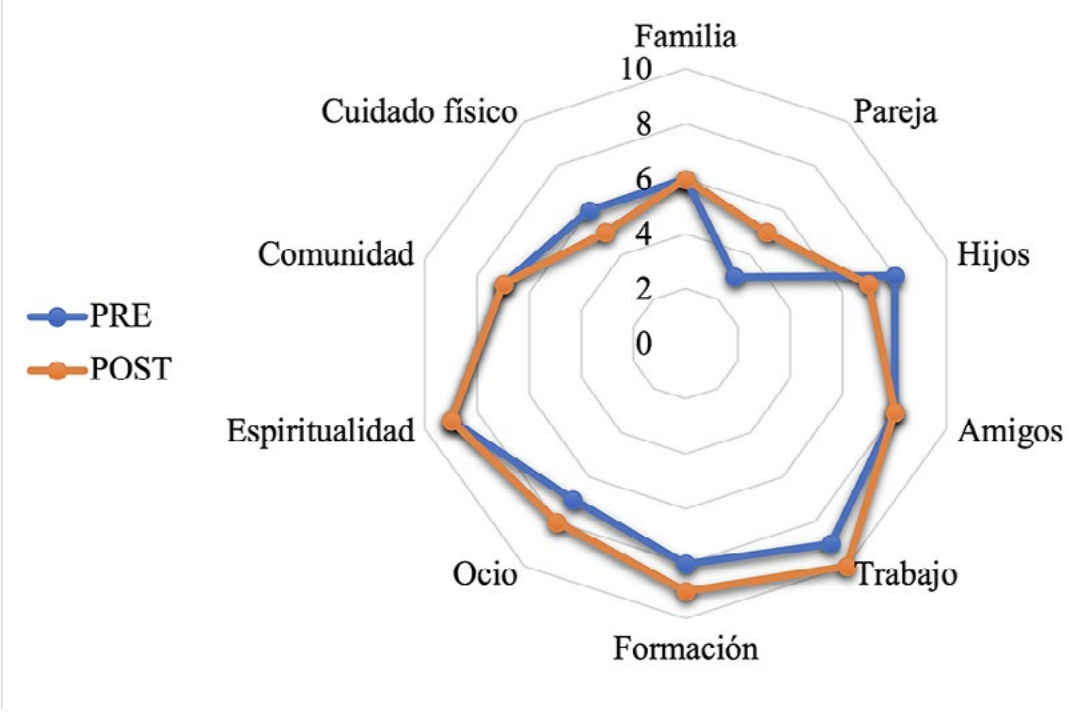
En contraste, las puntuaciones postratamiento no presentan cambios drásticos, muestran variaciones sutiles. Estas oscilaciones se interpretan como indicios de un éxito terapéutico, en el que la paciente comienza a tomar una mayor conciencia de sí misma y honestidad sobre su estado real. Por tanto, no se trataría de un empeoramiento de Z, sino un reajuste de Z más sincero y realista de su estado emocional.

Cuestionario de Valores de Vida (VLQ)

Dimensión de la Importancia

En la dimensión de la importancia, aumentan las puntuaciones en las subdimensiones de pareja, trabajo, formación y ocio, mientras que disminuyen en el cuidado físico e hijos, tal y como se muestra en la Figura 3. Estos cambios se interpretan como microajustes significativos, debido a las pequeñas variaciones entre puntuaciones, lo que podría reflejar una reconexión con aquellas áreas anteriormente ignoradas.

Figura 3. *Análisis Pre- Post de la Importancia del Cuestionario de Valores 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.

La disminución en el cuidado físico reflejaría dificultades en el autocuidado, posiblemente asociadas a patrones de autoexigencia y desconexión corporal. Además, esta actitud podría llegar a interpretarse como una posible forma de rabia introyectada, una agresión dirigida hacia sí misma ante la sensación de impotencia de no poder cambiar nada en su entorno, internalizando su malestar.

Por otro lado, la menor importancia otorgada a los hijos se considera que se trata de una reevaluación de prioridades. Pudiendo deberse a que existen otras áreas que emergen con más fuerza como es el caso del aumento

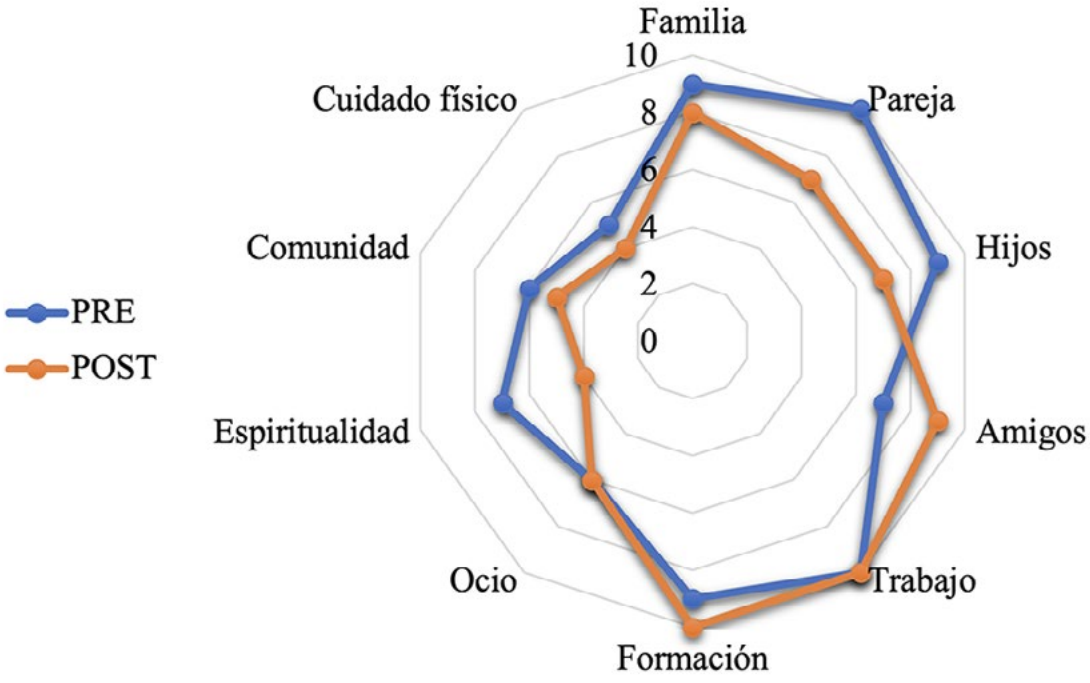
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

de puntuaciones en pareja, trabajo y ocio, lo que indicaría una mayor apertura hacia un vínculo más profundo, el desarrollo profesional y disfrute personal.

Dimensión de la Consistencia

En la dimensión de la consistencia aparecen descensos en las áreas de familia, parejas, hijos, espiritualidad, comunidad y cuidado físico, junto con aumentos en formación y amigos tal y como se representa en la Figura 4. Estos resultados no son considerados como cambios significativos, pero sí que se valora que puedan llegar ser una tendencia general hacia la estabilidad. Lo que podría apuntar hacia una mayor conciencia sobre aquellos ámbitos en los que la acción aún no está alineada con lo que valora.

Figura 4. *Análisis Pre- 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.

Por una parte, la disminución en el área de pareja reflejaría una mayor toma de conciencia sobre su deseo de vinculación emocional, contrastado con la dificultad de tener relaciones debido al miedo al abandono. De forma análoga, la bajada en espiritualidad y comunidad podría estar relacionada con una desconexión percibida entre sus ideales y la práctica. Respecto al cuidado físico, la disminución reforzaría lo observado en la dimensión de importancia: la paciente sigue mostrando dificultades para autocuidarse, probablemente como resultado de la desconexión corporal y la autoexigencia sostenida.

En contraposición, el aumento en la formación se interpreta como una muestra de compromiso con su desarrollo profesional, aspecto que forma parte de su identidad. Asimismo, el incremento en la consistencia en el área de amigos refleja un esfuerzo por mantener vínculos más significativos, probablemente fruto de la terapia al querer ampliar sus fuentes de apoyo.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

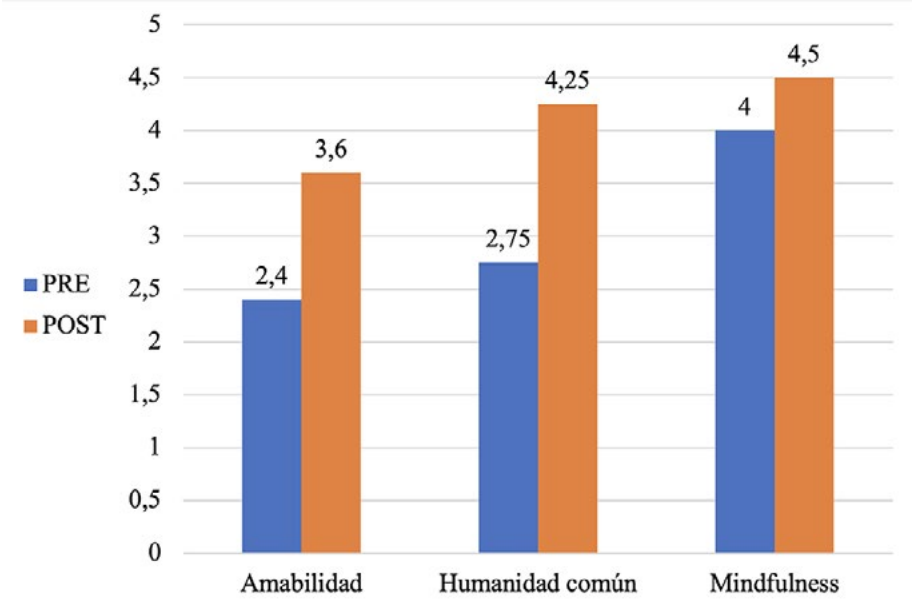
Escala de Autocompasión (SCS)

En la Escala de Autocompasión el aumento de las puntuaciones en todas las subescalas positivas y en la subescala negativa de autojuicio podría interpretarse como una mejora global en la autocompasión, lo que indicaría que Z ha comenzado a desarrollar nuevas formas de relacionarse consigo misma más amables y más compasivas. No obstante, el aumento de las puntuaciones en las subescalas negativas de aislamiento y sobreidentificación, podría significar que Z sigue teniendo una elevada autocrítica.

Subescalas Positivas

Se observa un aumento en todas las subescalas positivas, tal como se muestra en la Figura 5. Este resultado indicaría que la paciente ha incrementado su capacidad para tratarse con comprensión y perspectiva, especialmente en situaciones de dificultad.

Figura 5. *Análisis Pre- Post de Subescalas Autocompasivas de la Escala de 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 autocompasiva.

En particular, la mejora en la dimensión humanidad común podría indicar una disminución de sentirse "defectuosa" o "rota". Empezando a percibir sufrimiento como parte de una experiencia compartida. Asimismo, el ligero incremento en mindfulness estaría sugiriendo un avance en la capacidad de observar sus emociones sin dejarse arrastrar por ellas.

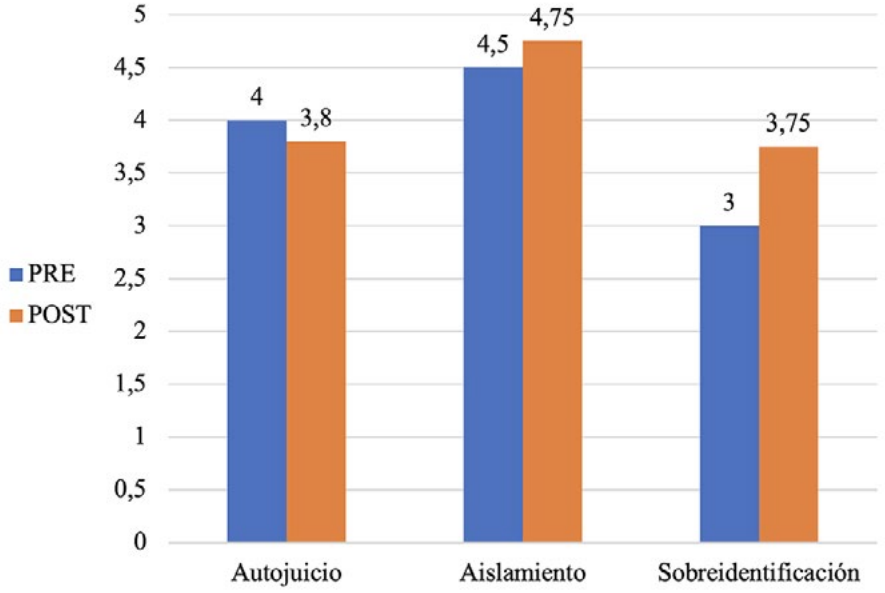
Asimismo, el incremento de mindfulness se interpreta como un mayor desarrollo de su capacidad para observar sus emociones sin identificarse con ellas ni dejarse arrastrar, lo que ha facilitado la desactivación de la autocrítica. Esto también ocurre con la amabilidad, donde el incremento de las puntuaciones llegaría a reflejar un actitud más acogedora y menos punitiva ante el sufrimiento.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Subescalas Negativas

En el caso de las subescalas negativas aparece un incremento tanto en aislamiento como en sobreidentificación, y una disminución en autojuicio, según se expone en la Figura 6. Lo que estaría indicando un patrón mixto.

Figura 6. *Análisis Pre- Post de Subescalas No Autocompasivas de la Escala de 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: autojuicio, aislamiento y sobre identificación.

La disminución en el autojuicio podría reflejar una leve reducción de la crítica interna, aunque esta sigue presente de forma significativa en su vida. Mientras que los aumentos en el aislamiento y la sobreidentificación, son considerados como una mayor conciencia de sus patrones de funcionamiento, lo que indicaría un avance en el proceso de desidentificación con estos patrones.

Escala de Heartland del Perdón (HFS)

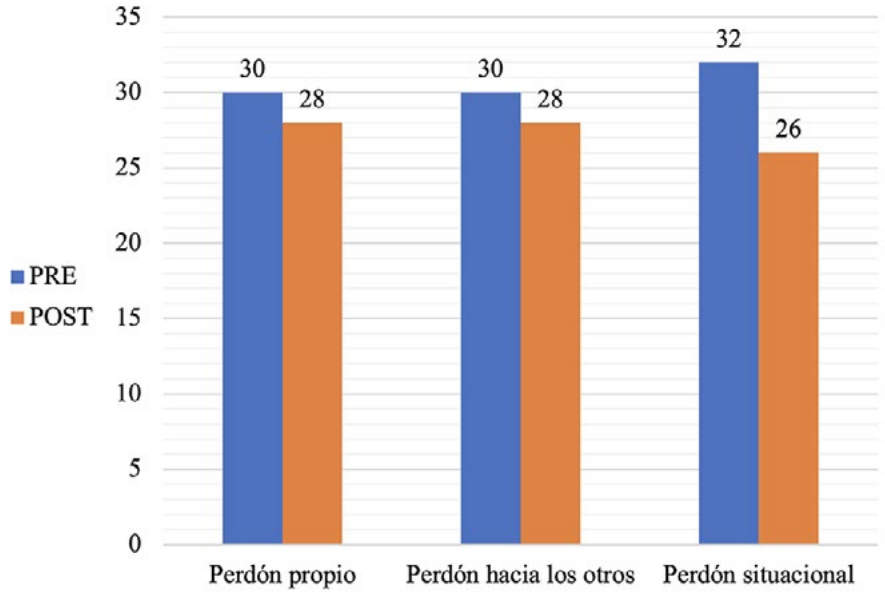
En la Escala de Heartland aparece un descenso en sus tres dimensiones, tal y como se observa en la Figura 7. Este descenso, lejos de ser un retroceso, se interpreta como una fase intermedia del proceso terapéutico, en la que la paciente ha podido tomar mayor conciencia del conflicto no resuelto con su madre y conectar con las emociones previamente evitadas.

En la evaluación inicial, se considera que el motivo de que las puntuaciones fueran tan altas se debía a la postura defensiva de la paciente y su visión idealizada del perdón, influida por su rol internalizado de niña buena. Este fenómeno es identificado como pseudoperdón, ya que la paciente buscaba cumplir las expectativas externas, mantener la relación desde la complacencia y negar parte de lo que ocurría.

Por eso, la disminución de las puntuaciones en el perdón no se considera como algo negativo, sino todo lo contrario. Al entrar en contacto con su dolor emocional y dejar de idealizar a su madre, Z se encuentra en la

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

Figura 7. *Análisis Pre- 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.

segunda fase del perdón y la fase previa a alcanzar el perdón maduro. Este proceso se refleja en la diferencia de resultados de los siguientes ítems:

- En el ítem 4, el aumento de 3 a 5 es considerado como un aumento de conciencia acerca de su autocrítica, su autoexigencia, y su dificultad con la compasión.
- En el ítem 7, el incremento de 1 a 3 se interpreta como una mayor capacidad para conectar con sus emociones de enfado y de rencor. Esto se debe a la desidealización de su madre y al progresivo alejamiento del pseudoperdón.
- En el ítem 13, el cambio de 1 a 3 refleja una mayor conciencia de su dificultad para dejar atrás lo que le ha hecho daño. Esto indica una disminución de la negación emocional y una mayor apertura a sus emociones más dolorosas.
- En el ítem 17, la subida de 1 a 7 sugiere un mayor contacto con el malestar y una reducción de la evitación emocional.

En la dimensión de perdón hacia uno mismo aparece una disminución de las puntuaciones, lo cual refleja un aumento el nivel de conciencia de la paciente. Representando su dualidad interna: una elevada autocritica y una autocompasión que no consigue consolidarse.

En la dimensión de perdón hacia los demás aparece una disminución de las calificaciones. Esto es interpretado como la consecuencia de haber entrado en contacto con aquellas emociones negativas hacia su madre como la rabia, el rechazo y el dolor. Esta disminución del perdón se trata de un paso necesario para que, en un futuro, pueda llegar a alcanzar el perdón maduro.

Finalmente, la dimensión del perdón situacional es la dimensión con mayor diferencia de puntuaciones, esto se debe al cambia de narrativa respecto a su pasado. Antes, Z con el uso del pseudoperdón había minimizado muchas de sus experiencias. Ahora al empezar a trabajarlas ha reaparecido todo ese dolor no gestionado. Esto que hace que le cueste más perdonar situaciones concretas.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Discusión

El presente estudio de caso describe el proceso de la paciente Z, cuyo motivo de consulta es perdonar a su madre. A partir de esta demanda, se ha trabajado una problemática emocional más profunda. La intervención diseñada se ha basado en la terapia humanista integradora, combinando tanto la Terapia Focalizada en la Emoción como la Terapia de Aceptación y Compromiso. Esto ha permitido abordar la evitación experiencial, la autocrítica coercitiva, la expresión emocional y los valores.

Este proceso terapéutico se ha quedado en la fase intermedia del perdón, ya que este aún no ha sido alcanzado. En esta etapa, Z presenta una ambivalencia emocional entre su deseo de sanar y su dificultad para abandonar antiguos patrones de comportamiento. Esto encaja con la literatura clínica, que entiende el perdón como un proceso no lineal (Fincham y May, 2021; Prieto, 2017). Este fenómeno también se observa en los resultados en la Escala de Heartland del perdón, donde aparece una caída de todas las puntuaciones. Este descenso se debe a un mayor contacto con las emociones de rencor y de tristeza, y con el abandono del pseudonperdón previo.

En este caso también se ha trabajado la autocrítica y la desconexión corporal. Esto se aprecia en la escala de autocompasión, en la que aumenta la autoamabilidad y la humanidad compartida. Aun así, al igual que se ha mencionado anteriormente, Z tiene dificultades para abandonar la autocrítica, funcionándose con sus pensamientos negativos e incrementando su aislamiento.

Los resultados del Cuestionario de Valores en la Vida (VLQ) reflejan un proceso desigual, propio de una fase intermedia. En algunas áreas las puntuaciones aumentan (como la formación, el ocio o la pareja) y en otras disminuye (como el cuidado físico), lo que indica una reconexión con sus valores y con aquello que es importante para ella. Aun así, se mantienen resistencias como la autoexigencia y la desconexión corporal.

Los cambios en las puntuaciones también indican una mayor conciencia. Al principio de la terapia la paciente presentaba una imagen idealizada de sí misma, que se fue reajustando a lo largo de las sesiones. Este hecho se refleja en la disminución en la consistencia en áreas como pareja, espiritualidad o autocuidado, lo cual 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. Desde la TFE se busca transformar los esquemas emocionales disfuncionales y acceder a las emociones primarias desadaptativas con el fin de cubrir aquellas necesidades no resueltas (Goldman et al., 2016). Por otra parte, desde la ACT se pone el foco en estar en el presente, actuar según los valores y la defusión cognitiva (Hayes y King, 2024). La combinación de ambos modelos ofrece una comprensión más completa del malestar y amplía los recursos de intervención, algo especialmente útil en casos complejos como este (Balkin et al., 2016)

Ambas terapias comparten aspectos clave como es la aceptación de dicho sufrimiento, la importancia de la relación terapéutica, poner el foco en la experiencia y la búsqueda de una vida más coherente y plena. Sin embargo, también se diferencian en diferentes aspectos como es su manera de intervenir. La TFE pone el foco en transformar los esquemas emocionales mediante diferentes técnicas como la evocación empática, la silla vacía o el procesamiento emocional guiado (Jódar y Caro, 2023). Por otra parte, la ACT busca trabajar sobre la flexibilidad psicológica, a partir de herramientas como mindfulness, metáforas y acciones comprometidas (Páez y Montesinos, 2016).

Estas diferencias mencionadas no son consideradas como un problema, sino una fuente de complementariedad, ya que permiten trabajar a la vez con aspectos propios a cada enfoque. No se trata de una suma de intervenciones, sino de una fusión desde la terapia humanista integradora (Tobías y García, 2009). Todo esto ha hecho posible combinar la validación emocional con el cambio. De haberse trabajado desde un único modelo, el progreso habría sido limitado.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e11, 1-25
https://doi.org/10.5093/cc2026a11

Conclusiones

Este trabajo muestra como el perdón, más que un objetivo final, se trata de un proceso complejo y no lineal, el cual permite acceder a dificultades emocionales más profundas. Aunque no se ha alcanzado el perdón maduro, el proceso terapéutico ha presentado avances significativos como por ejemplo el aumento de conciencia emocional, el cuestionamiento de creencias y un mayor contacto con sus emociones dolorosas sin evitarlas. La ambivalencia observada indica que la paciente se encuentra en la fase intermedia de la terapia, en la que comienza a abandonar sus estrategias de evitación y a construir una relación más autentica consigo misma.

Asimismo, este caso destaca la utilidad de enfoque humanista integrador combinando la Terapia Focalizada en la Emoción y la Terapia de Aceptación. Esta integración ha permitido trabajar de forma conjunta el procesamiento emocional y la orientación a los valores, aportando una intervención más completa del malestar. Como consecuencia, se ha favorecido un proceso de cambio más profundo, coherente y duradero en el tiempo.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un caso único, no se puede generalizar los resultados. Además, la falta de seguimiento a medio y largo plazo no permite evaluar la estabilidad de los progresos alcanzados en terapia.

El momento vital de Z, marcado por una elevada sobrecarga (laboral, académica y familiar) ha influido en el proceso terapéutico y en la disponibilidad emocional de la paciente. A esto se suma su desconexión corporal y de sus propias necesidades, dificultando en gran medida el proceso. Lo cual puede observarse en los resultados de los cuestionarios, identificándose esta como un área de mejora importante a seguir trabajando. Todo esto sugiere que la evolución clínica de Z se ha quedado en una fase intermedia y por tanto la necesidad de una última fase de consolidación. Con el fin de afianzar los cambios logrados, profundizar en el daño vincular y finalmente alcanzar el perdón maduro.

Por otro lado, los resultados obtenidos en las evaluaciones pueden haber sido sesgados por la propia paciente debido a su tendencia de proyectar una imagen idealizada de sí misma. Lo que plantea la necesidad de complementar los autoinformes con otras técnicas cualitativas especialmente en casos de alta autoexigencia o evitación. Por último, la combinación entre dos modelos terapéuticos distintos para solo una paciente imposibilita generalizar dichos resultados y esto en sí mismo constituye una limitación. Por ello, sería necesario aumentar la solidez de estos hallazgos con más investigaciones con muestras más amplias. Además, resultaría interesante evaluar que técnicas son las más eficaces en procesos complejos como es el caso del perdón. 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.

Referencias

Álvarez, H. B. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 22*(2), 1068-1083. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88155

Ayala, R., & Rodríguez, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia de Gestalt: factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 263-278. https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368

Balkin, R. S., Perepicka, M., Sowell, S. M., Cumi, K. y Gnilka, P. B. (2016). The Forgiveness Reconciliation Model: An Empirically Supported Process for Humanistic Counseling. *Journal of Humanistic Counseling 55*(1), 55–65. https://doi.org/10.1002/johc.12024.

Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2014). *ACT la terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad*. Mensajero.

Fincham, F. D. y May, R. W. (2021). No type of forgiveness is an island: divine forgiveness, self-forgiveness

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

and interpersonal forgiveness. *The Journal of Positive Psychology, 17*(5), 620-627. https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1913643

Gallo, K., Prieto, M., Fernández, C. y Luque, O. (2021). Measuring Forgiveness: Psychometric Properties of the Heartland Forgiveness Scale in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(1), Artículo e45. https://doi.org/10.3390/ijerph18010045

García, J., Navarro, M., Andrés, E., Montero, J., López, L. y Piva, 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, Artículo e*4. https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4

Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y 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), 23-45. https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126

Greenberg, L. S. y Woldarsky, C. (2022). *El perdón y el dejar ir en terapia focalizada en las emociones*. Desclée De Brouwer.

Greenberg, L. S. (2021). *Changing Emotion with Emotion: A Practitioner´s Guide*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000248-000

Hayes, S. C. y 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,* Artículo e 100809. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809

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

Jódar, R. y Caro, C. (2023). *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción*. Desclée de Brouwer.

Khayatan, S., Aghaei, A., Abedi, M. y Golparvar, M. (2018). Effectiveness of Compassion- Acceptance and Commitment Combined Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy on Interpersonal Forgiveness in Female Patients with Type II Diabetes. *The Iranian Journal of Diabetes and Obesity, 10*(4), 194-203.

Macías, J., Ruiz, A. y Valero, 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://doi.org/10.51668/bp.8323202n

Macias, J. J. y Valero, 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. y Chacón, J.C. (2014) *Métodos de investigación en Psicología*. Editorial Giunti EOS.

Páez, M. y Montesinos, F. (2016). *Tratando con…Terapia de Aceptación y Compromiso Habilidades Terapéuticas Centrales para la Aplicación Eficaz*. Pirámide.

Prieto, M. (2017). *Perdón y salud. Introducción a la psicología del perdón*. Universidad Pontificia de Comillas.

Prieto, M., Carrasco, M. J., Cagigal, V., Gismero, E., Martínez, M. P. y Muñoz, I. (2012). El Perdón Como Herramienta Clínica En Terapia Individual y De Pareja. *Revista clínica contemporánea, 3*(2), 121-134. https://doi.org/10.5093/cc2012a8

Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, 12*(2),135-186.

ShamsAlam, B., Farahani, H., Watson, P. C. y 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://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100890

Tobías, C. y García, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revisión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(2), 437-453.

Yucel, M. y Vaish, A. (2021). Eliciting Forgiveness. *WIREs Cognitive Science, 12*(6), Artículo e e1572. https://doi.org/10.1002/wcs.1572

Artículo recibido: 13/11/2025
Artículo aceptado: 20/07/2026

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912