



**Universidad  
Europea** VALENCIA

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

**TERAPIA CENTRADA EN COMPASIÓN EN PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: UN  
ESTUDIO DE CASOS**

**Presentado por:** Inmaculada Concepción Granado López

**Tutor/a:** Sergio Cervera Torres

**Curso:** 2024-2025 – Máster Universitario en Psicología General Sanitaria 23/24 -

**Convocatoria:** Extraordinaria

## RESUMEN

El daño cerebral adquirido (DCA) interfiere a nivel personal, familiar y social de las personas que lo padecen. Con objeto de abordar las alteraciones socioemocionales tras el DCA se propone el uso de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) para potenciar la reincorporación del paciente a las diversas esferas sociales y personales en las cuales interactuaba antes de la lesión. El presente estudio presenta como objetivo general explorar cómo una intervención por CFT afecta al bienestar psicológico percibido por personas que sufren un DCA y, como objetivos específicos: explorar si una intervención basada en CFT afecta a la autocompasión percibida en personas con DCA e investigar cómo la CFT se relaciona con la autocrítica y autovalidación en personas con DCA, en tres mujeres ( $M = 55.67$ ) atendidas en ALENTO-Vigo tras ictus. El procedimiento tuvo una duración de siete semanas distribuidas en tres fases: evaluación base pre-intervención, intervención grupal de CFT – quince sesiones de 1h y 30 minutos- y evaluación post-intervención. Los resultados pre-post mostraron incrementos globales en el bienestar psicológico e influencia entre la CFT y las variables de autocompasión, autocrítica y autovalidación. El patrón de mejora fue heterogéneo entre las participantes. Las medidas de diario corroboraron los datos cuantitativos.

Palabras clave: daño cerebral, compasión, bienestar psicológico, amabilidad.

## **ABSTRACT**

Acquired brain injury (ABI) impacts the personal, family, and social lives of those affected. To address the socioemotional disturbances following ABI, the use of Compassion-Focused Therapy (CFT) is proposed to promote the patient's reintegration into the various social and personal spheres in which they interacted prior to the injury. The present study presents as a general objective to explore how a CFT intervention affects the perceived psychological well-being of people who suffer from a ABI and, as specific objectives: to explore whether an intervention based on CFT affects perceived self-compassion in people with ABI and to investigate how CFT relates to self-criticism and self-validation in people with ABI, in three women ( $M = 55.67$ ) treated at ALENTO-Vigo after a stroke. The procedure lasted seven weeks and was divided into three phases: a pre-intervention baseline assessment, a group CFT intervention (fifteen sessions of one hour and a half each), and a post-intervention assessment. Pre-post results showed overall increases in psychological well-being and an influence between CFT and the variables of self-compassion, self-criticism, and self-validation. The pattern of improvement was heterogeneous across participants. Diary measures corroborated the quantitative data.

Keywords: brain damage, compassion, psychological well-being, kindness.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS.....	
ÍNDICE DE FIGURAS.....	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Etiología de Daño Cerebral Adquirido (DCA).....	1
1.2. Áreas funcionales afectadas.....	2
1.3. Intervención clínica en DCA.....	4
1.4. Terapia Centrada en la Compasión (CFT).....	7
1.4.1. Fundamentación teórica.....	7
1.4.2. Apego, autocrítica y regulación emocional.....	9
1.4.3. Beneficios terapéuticos de la CFT basados en evidencia.....	10
1.4.4. Aplicaciones en el DCA.....	11
1.5. Objetivo del presente estudio.....	13
1.6. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).....	14
<b>2. MÉTODO.....</b>	<b>14</b>
2.1. Consideraciones éticas.....	14
2.2. Participantes.....	14
2.2.1. Descripción clínica.....	15
2.2. Instrumentos.....	17
2.3. Procedimiento.....	18
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
3.1. Síntesis de resultados globales.....	20
3.2. Análisis de resultados individualizados .....	22
3.2.1. Bienestar psicológico .....	22
3.2.2. Autocompasión .....	23

3.2.3. Autocrítica y autovalidación .....	24
3.3. Resultados cualitativos.....	25
4. DISCUSIÓN.....	30
5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	33
6. LIMITACIONES DE LOS HALLAZGOS.....	35
7. CONCLUSIONES.....	36
8. BIBLIOGRAFÍA.....	38
9. ANEXOS.....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategias de intervención de la CFT.....	7
Tabla 2. Descriptivos demográficos y clínicos de las participantes.....	15
Tabla 3. Estructura del programa de la CFT.....	18
Tabla 4. Estadísticos descriptivos globales pre y post intervención de las variables medidas....	20
Tabla 5. Correlaciones de Spearman globales pre y post intervención entre las variables medidas.....	21
Tabla 6. Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de bienestar psicológico.....	22
Tabla 7. Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de autocompasión.....	23
Tabla 8. Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de autocrítica y autovalidación.....	24
Tabla 9. Registro cualitativo del proceso terapéutico de B.M.P. según fases de intervención.....	26
Tabla 10. Registro cualitativo del proceso terapéutico de M.C.A.V. según fases de intervención.....	27
Tabla 11. Registro cualitativo del proceso terapéutico de P.D.R. según fases de intervención.....	28

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Medias pre y post de las variables diana.....	21
Figura 2. Cambio por subdimensión de bienestar psicológico (PWB) post – pre por participante.....	23
Figura 3. Cambio por subdimensión de autocompasión (SCS) post – pre por participante.....	24

Figura 4. Cambio por subdimensión de autocrítica y autovalidación (FSCRS) post – pre por participante.....25

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACV	Accidente Cerebrovascular
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
AVD	Actividades de la Vida Diaria
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFT	Compassion Focused Therapy
DCA	Daño Cerebral Adquirido
ECA	Ensayos Controlados Aleatorios
EMC	Entrenamiento Mental Compasivo
EMA	Ecological Momentary Assessments
FEDACE	Federación Española de Daño Cerebral
FSCRS	Self-Criticism and Self-Reassurance Scale
H1	Hipótesis 1
H2	Hipótesis 2
H3	Hipótesis 3
INE	Instituto Nacional de Estadística
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas



PA	Psicoterapia de Apoyo
PWB	Ryff's Psychological Well-Being Scales
RV	Realidad Virtual
SCS	Self-Compassion Scale
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TICs	Tecnologías de la Información y la Comunicación

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Etiología de Daño Cerebral Adquirido (DCA)**

El DCA se caracteriza por la presencia de una lesión cerebral que afecta notablemente a las capacidades funcionales en la vida diaria de las personas afectadas (Afakir & Martínez, 2017; Fernández Martínez et al., 2021; Masel & DeWitt, 2010; Ricaurte-Jijón & Anton-Cedeño, 2018). Se entiende por daño cerebral cualquier alteración anómala en la morfología o estructura del cerebro, ocasionada por una agresión, ya sea externa o interna, que se presenta de forma súbita (Ricaurte-Jijón & Anton-Cedeño, 2018). Esta condición, de etiología diversa, conlleva secuelas que afectan a las funciones cognitivas, conductuales y motoras del individuo, implicando una considerable interferencia en diversos ámbitos del entorno, como el laboral, educativo, familiar y social (Afakir & Martínez, 2017; Anson & Ponsford, 2006; López de Arróyabe Castillo & Calvete Zumalde, 2013; Montenegro Guerra et al., 2021).

La etiología del DCA abarca un espectro que según Galián Paramio (2013) y González Rodríguez (2012) se divide, a grandes rasgos, en causas traumáticas y no traumáticas. Entre las primeras destacan los traumatismos craneoencefálicos (TCE), generalmente consecuencia de accidentes de tráfico, caídas o lesiones deportivas, y que constituyen la segunda causa de DCA en España (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2007; Montenegro Guerra et al., 2021). En esta línea, Dams-O'Connor et al. (2023) y Huertas Hoyas et al. (2015) señalan que la incidencia del TCE es más elevada en varones jóvenes. Por otro lado, los accidentes cerebrovasculares (ACV) lideran las estadísticas dentro del apartado no traumático, afectando más a mujeres y a personas con edades más avanzadas (Afakir & Martínez, 2017). De hecho, los ACV provocan más del 80% de los casos de DCA (Enguix Oliver & Gallardo Paúls, 2014; Galián Paramio, 2013). Otras etiologías relevantes incluyen los tumores cerebrales (primarios o metastásicos), cuyo crecimiento o tratamiento puede lesionar tejido sano. También se encuentran las anoxias o hipoxias, derivadas de paradas cardiorrespiratorias, ahogamientos o intoxicaciones, que producen un daño difuso. Finalmente, las enfermedades infecciosas, como meningitis, encefalitis o abscesos cerebrales, pueden desencadenar procesos inflamatorios y cicatriciales con secuelas permanentes (IMSERSO, 2007; Ricaurte-Jijón & Anton-Cedeño, 2018).

De acuerdo con Fernández Martínez et al. (2021), el DCA representa un problema de primera magnitud a nivel mundial debido a su alta incidencia y prevalencia, la duración prolongada de sus efectos y el impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2008), en España residen 420.064 personas con DCA. De ellas, aproximadamente el 78% se debe a ictus, un tipo de ACV (Huertas Hoyas et al., 2015). Además, el estudio "Deficiencia, Discapacidad y Estado de Salud" del INE según la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE, 2009a) estima que en el país existen más de 300.000 personas que padecen crónicamente las consecuencias del daño cerebral.

## **1.2. Áreas funcionales afectadas**

Las secuelas o problemas derivados del DCA son diversos, pudiendo agruparse en las siguientes áreas (Montenegro Guerra et al., 2021):

### *Nivel de alerta*

Tras un DCA pueden observarse desde una leve tendencia a la somnolencia hasta una falta absoluta de respuesta ante cualquier estímulo. Su tiempo de duración varía según la gravedad. Según Dams-O'Connor et al. (2023) estudios de seguimiento a 30 años confirman que los trastornos de conciencia iniciales asociados al DCA predicen discapacidad moderada-grave y rehospitalizaciones años después del DCA, por lo que se considera un marcador temprano de la cronicidad del DCA.

### *Control motor*

Las alteraciones generadas en el sistema motor tras un DCA interfieren en la fuerza, el control motor y el tono muscular (Montenegro Guerra et al., 2021). De esta forma, Fernández Martínez et al. (2021) señalan que la severidad de la discapacidad guarda una estrecha relación con la presencia de trastornos motores. Además, en el seguimiento a largo plazo, se ha observado que aproximadamente el 33% de las personas con DCA adquirido, concretamente TCE moderado-severo, continúan necesitando ayudas para desplazarse de un lugar a otro o para cambiar de posición cinco años después del evento inicial (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

### *Procesamiento de información*

En este ámbito, las personas con DCA pueden presentar diversas formas de agnosia, entendida como la incapacidad para identificar, reconocer e integrar información sensorial (visual, auditiva, táctil y somestésica), espacial (de la propia persona o del entorno) y de los símbolos abstractos (habla, escritura y lectura). Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran: alteraciones visuoperceptivas, agnosia visual (incluyendo la ceguera cortical), agnosia auditiva (sordera cortical) y agnosia digital (i.e., reconocer e identificar los dedos de las manos) (Anil Kumar & Wroten, 2023; Hadi et al., 2023; Heutink et al., 2019).

Las lesiones en el hemisferio dominante, por lo general el izquierdo, causan alteraciones en el lenguaje tanto verbal como escrito (Huertas Hoyas et al., 2015), siendo comunes las dificultades en la comprensión, repetición, producción y/o denominación del lenguaje (Montenegro Guerra et al., 2021). Estas alteraciones pueden manifestarse en forma de afasias expresivas, sensoriales o mixtas, así como en presencia de alexia, agrafía y disartria (Dams-O'Connor et al., 2023; Montenegro Guerra et al., 2021). Además, la dificultad para expresar emociones a través del tono de voz y los problemas para adaptarse adecuadamente a las normas de comunicación en diferentes contextos hacen que la participación social a largo plazo sea aún más complicada (Dams-O'Connor et al., 2023).

### *Cognición*

De acuerdo al trabajo de Montenegro Guerra et al. (2021), los principales trastornos cognitivos que pueden aparecer tras un DCA están relacionados con las áreas de atención y concentración (incapacidad para la detección, focalización, mantenimiento del nivel de vigilancia, reducción de la resistencia a la interferencia, negligencia, entre otros. También son frecuentes las dificultades en la memoria (incapacidad para el registro, mantenimiento, consolidación, recuerdo y/o recuperación de información, dificultades para el aprendizaje y adquisición de nueva información. A esto se suman los déficits en las habilidades visuoespaciales y en las funciones ejecutivas (incapacidad para llevar a cabo tareas de planificación, control, inhibición o flexibilización de la conducta).

### *Actividades de la vida diaria (AVD)*

Las AVD básicas (aseo, vestido, continencia) y las instrumentales (gestión financiera, transporte, trabajo) dependen de la interacción de todos los dominios anteriores (alerta, cognición o movilidad) (Dams-O'Connor et al., 2023). En este sentido, diversos autores han señalado que algunas personas con DCA moderado-severo precisan asistencia en más de dos AVD incluso cinco años después del evento, y que la pérdida funcional secundaria puede aparecer tras períodos en los que aparentemente se había alcanzado cierta estabilidad (CDC, 2024; González Rodríguez, 2014).

### *Emociones*

Es razonable pensar que enfrentarse a circunstancias complejas en la vida puede provocar un notable malestar emocional (Anson & Ponsford, 2006; Kolts, 2023). Como se desarrollará en este trabajo, en el caso de las personas que han sufrido DCA, esta situación se ve agravada por la necesidad de superar, no solo las secuelas físicas y cognitivas inherentes, sino también los

cambios emocionales derivados de la alteración repentina de su funcionamiento psicológico y de sus rutinas habituales (Dams-O'Connor et al., 2023; Masel & DeWitt, 2010).

De esta forma, se observan dificultades de índole emocional comunes en casi todos los afectados, sin importar el origen de la lesión. Según López de Arróyabe Castillo y Calvete Zumalde (2013), éstas incluyen alteraciones en la percepción y en la conciencia social, deficiencias en el autocontrol, limitaciones para aprender de la experiencia, dependencia tanto física como emocional, y diversas alteraciones emocionales como apatía, reacciones desmesuradas, irritabilidad, ansiedad, ideas paranoides y depresión.

### **1.3. Intervención clínica en DCA.**

Dado que las secuelas producidas por el DCA pueden interferir de diversas formas en la vida de la persona, se considera imprescindible el diseño y puesta en marcha de diversos programas de intervención. Por ejemplo, la aproximación neuropsicológica al DCA adopta un enfoque de intervención cognitiva, con rehabilitación y/o compensación de los déficits cognitivos y mantenimiento de las capacidades cognitivas conservadas, a fin de evitar un posible deterioro. Con ello se persigue la optimización de los recursos cognitivos y funcionales de la persona afectada por DCA, mejorando así su calidad de vida (Cicerone et al., 2006; Fernández Martínez et al., 2021).

Sin embargo, con objeto de poder ajustar adecuadamente la intervención psicológica a las necesidades del paciente, no solo resulta necesario intervenir sobre el funcionamiento cognitivo del individuo sino también emocional. En este sentido, Tirapu (2007) considera importante explorar y evaluar los posibles cambios emocionales y conductuales que pueden existir tras un DCA. Esto se debe a que las alteraciones en el funcionamiento cerebral no afectan exclusivamente a la cognición, sino que también pueden comprometer la capacidad para comprender, expresar y experimentar emociones.

Tal y como mencionan Ashworth et al. (2011), la reconexión con las propias emociones y la comprensión del otro, favorecen la reconstrucción de una nueva identidad en los pacientes, ayudando en su reinserción y adaptación a la vida después del DCA (Anson & Ponsford, 2006; Dams-O'Connor et al., 2023).

Si bien tradicionalmente la psicoterapia no ha sido contemplada como una intervención prioritaria en la rehabilitación de las personas con DCA, su aplicación se considera cada vez más imprescindible, especialmente desde una aproximación holística de la rehabilitación (FEDACE, 2009b; Guarino, 2017; Van Heugten & Wilson, 2021). Tanto es de esta forma, que la inclusión de una persona afectada por DCA en una actividad de psicoterapia (individual o

grupal) dentro de un programa de rehabilitación se ha reportado como determinante para una mayor eficacia del tratamiento, generando así una mayor independencia funcional, una reducción del desajuste psicosocial y una disminución en la incidencia de conductas desadaptativas (Ashman et al., 2014; Ashworth et al., 2011; FEDACE, 2009b).

Siguiendo esta línea de razonamiento, múltiples enfoques psicoterapéuticos han demostrado ser relevantes en la intervención del DCA, no solo por su impacto directo en el estado emocional del paciente, sino también por su influencia positiva en la recuperación funcional y social (Anson & Ponsford, 2006). En este sentido, estudios recientes subrayan la utilidad de las intervenciones psicológicas como complemento valioso a otras intervenciones en rehabilitación, como la fisioterapia, la logopedia o la neuropsicología, demostrando efectos positivos incluso muchos años después del DCA (Guarino, 2017). Por ejemplo, la psicoeducación dirigida tanto a los cuidadores principales como a los propios pacientes, especialmente aquellos con secuelas por ACV, ha evidenciado resultados positivos en varios ámbitos. Entre sus beneficios se incluyen la mejora del estado de ánimo (Van Heugten & Wilson, 2021), la disminución de síntomas ansiosos y depresivos (Godoy et al., 2020), así como el fortalecimiento del autocuidado y de la adherencia al tratamiento (Reséndiz-Juárez et al., 2017).

Así mismo, el enfoque psicoterapéutico sistémico-familiar permite abordar las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales desde una perspectiva relacional (Guarino, 2017; Wiart et al., 2012).

Por otro lado, investigaciones como la de Ashman et al. (2014) han evaluado el tratamiento de la depresión derivada del DCA, específicamente en personas que han sufrido un TCE. En su estudio, se compararon dos enfoques terapéuticos – la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Psicoterapia de Apoyo (PA) -, concluyendo que ambos son eficaces para abordar los síntomas depresivos posteriores al DCA. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre ellos, lo que sugiere que la elección del enfoque terapéutico puede adaptarse a las características del paciente y a su contexto específico, abriendo camino a intervenciones personalizadas y más efectivas (Ashman et al., 2014).

Cabe destacar que, dentro de estos enfoques psicoterapéuticos centrados en la persona, en los últimos años han surgido estudios que apuntan hacia la compasión como un componente crítico en el abordaje emocional de la persona afectada por DCA (Ashworth et al., 2011; Beaumont et al., 2012; Kolts, 2023; McManus et al., 2018). Esto se debe a que fomentar una

actitud compasiva hacia uno mismo y hacia los demás, puede contribuir significativamente a la regulación emocional, a la disminución de los niveles de autocrítica y al fortalecimiento de la autoestima, aspectos frecuentemente afectados tras un DCA (Ashworth et al., 2011).

Este planteamiento se sustenta en una base teórica más amplia que subraya la importancia de las habilidades emocionales en la socialización del ser humano, y por ende, en su bienestar psicológico (Gilbert, 2015; Kolts, 2023). Dentro de estas habilidades, la empatía, se define como la capacidad de reconocer, comprender y compartir los sentimientos de otra persona, poniéndose en su lugar para captar su experiencia emocional (Ashworth et al., 2011; O'Neill, 2011).

La literatura destaca que las alteraciones emocionales en el DCA suelen ir acompañadas de una disminución de la empatía, lo que afecta significativamente a las relaciones interpersonales y a la adaptación al entorno (Dams-O'Connor et al., 2023; O'Neill, 2011; O'Neill & McMillan, 2012). La empatía, que integra aspectos cognitivos (toma de perspectiva, flexibilidad) y afectivos (sensibilidad emocional), resulta esencial para mantener interacciones sociales efectivas (O'Neill, 2011). Diversos estudios han evidenciado que las lesiones prefrontales deterioran ambas dimensiones empáticas, aunque en un pequeño porcentaje se observa un incremento en la sensibilidad emocional, la cual se ha correlacionado negativamente con conductas agresivas (Lane et al., 2000; Valdivieso & Macedo, 2018).

La compasión, por su parte, va un paso más allá, ya que no solo implica esa comprensión empática del sufrimiento ajeno, sino también un componente activo que incluye la preocupación por el otro y, especialmente, hacia uno mismo (Braehler et al., 2013; Gilbert et al., 2010). Cuando ambas cualidades se combinan, no solo facilitan la identificación del sufrimiento, sino que también promueven una respuesta comprometida y solidaria, orientada tanto al cuidado genuino del otro como al autocuidado (Beaumont et al., 2012; McManus et al., 2018).

Acorde con esta visión, el Dalai Lama definió la compasión como “una sensibilidad hacia el sufrimiento del yo y de los otros junto con un compromiso profundo para tratar de aliviarlo”. Este enfoque, centrado en el cultivo de la compasión tanto hacia uno mismo como hacia los demás, ha sido una práctica central en la tradición budista durante miles de años, con el objetivo de promover el bienestar individual y colectivo (Gilbert, 2015).

Así pues, a partir de este marco conceptual, ha surgido un creciente interés por investigar y determinar cómo esta habilidad compasiva, de naturaleza integral y compleja, incide en el desarrollo cognitivo de los individuos como en sus relaciones interpersonales. Este interés ha

dado lugar a la formulación de una corriente terapéutica que integra técnicas derivadas de diversas disciplinas científicas dentro del ámbito psicológico, y que culmina en el surgimiento del modelo de Intervención Centrada en la Compasión (*Compassion Focused Therapy*, en adelante CFT por sus siglas en inglés) (Beaumont et al., 2012; Gilbert, 2015; Kolts, 2023; McManus et al., 2018).

Como se detallará en las siguientes secciones, este trabajo profundiza en la CFT y su aplicación en personas con DCA.

#### **1.4. Terapia Centrada en la Compasión (CFT)**

##### **1.4.1. Fundamentación teórica.**

Según Paul Gilbert, el desarrollo de la CFT comenzó de una manera relativamente simple y directa en la década de 1980, a partir de la observación clínica de que no solo el contenido del diálogo interno influye en el bienestar psicológico, sino también el tono emocional con el que se expresa. En este sentido, una frase alentadora como “*puedes hacerlo*”, puede tener un impacto negativo si se transmite con un tono crítico, en lugar de hacerlo desde una actitud comprensiva y amable (Gilbert, 2015).

La CFT se sitúa en el ámbito de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. Representa la integración de diversos enfoques fundamentados científicamente para comprender la psique humana (García-Campayo et al., 2016; Gilbert, 2015; Gilbert et al., 2010; Leaviss & Uttley, 2015).

Este enfoque multimodal utiliza estrategias de intervención basadas en la evidencia científica (Gilbert, 2015), como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Estrategias de intervención de la CFT*

---

**Estrategias terapéuticas**

---

Relación terapéutica  
Diálogo socrático  
Descubrimiento guiado  
Psicoeducación  
Formulaciones estructuradas  
Pensamiento, emoción, conducta y supervisión “corporal”  
Cadena de inferencias  
Análisis funcional  
Experimentos conductuales y exposición  
Imaginación centrada en la compasión  
Trabajo en la silla  
Representación de diferentes “egos”  
Mindfulness  
Aprendizaje de tolerancia emocional  
Escritura expresiva (carta)

---

*Nota.* Adaptado de Gilbert (2015).

No obstante, el eje central de la CFT gira en torno a la comprensión de las emociones humanas y otras funciones cognitivas dentro del contexto de la evolución humana (Gilbert, 2015; Kolts, 2023). Lejos de ser obstáculos, las emociones aportan profundidad, significado y dirección a las propias experiencias humanas, informan sobre el bienestar y proporcionan la energía necesaria para adaptarnos y sobrevivir, siendo éste el propósito principal para el que fueron moldeadas a lo largo de la evolución (Lane et al., 2000; Valdivieso & Macedo, 2018). Bajo este planteamiento, la CFT facilita el conocimiento de la regulación de los distintos sistemas emocionales y motivacionales que coexisten en cuerpo y mente, y que se manifiestan en patrones de atención, razonamiento y respuestas físicas. Estos sistemas incluyen: el sistema de detección de amenazas, el sistema de impulso hacia logros u objetivos, y el sistema vinculado al bienestar, la calma y la sensación de seguridad (Ashworth, Gracey & Gilbert, 2011; Gilbert & Proctor, 2006). Además, la inclusión de técnicas contemplativas en la CFT como el mindfulness promueve la regulación del sistema nervioso parasimpático, lo que permite cultivar, a su vez, la capacidad de relajarse, sentirse enraizado, experimentar seguridad, y desde ese estado, gestionar mejor las emociones propias (Gilbert et al., 2010). Como resultado, los siguientes apartados destacan uno de los puntos más característicos de la CFT: su particular aproximación a componentes de apego, autocrítica y regulación emocional, especialmente

vergüenza y estigma (Ashworth et al., 2011; García Campayo et al., 2014; García Campayo et al., 2016; Gilbert, 2015; Gilbert & Proctor, 2006; Kolts, 2023; Leaviss & Uttley, 2015).

#### **1.4.2. Apego, autocrítica y regulación emocional.**

La CFT se originó a partir de la observación clínica de que la reestructuración cognitiva era insuficiente en numerosos pacientes que manifestaban autocrítica, vergüenza y un profundo autodesprecio (Gilbert, 2015; Gilbert & Proctor, 2006; Kolts, 2023). Esto se debía a la disparidad entre lo cognitivo —puesto que, al evaluar la realidad de sus vidas, los pacientes podían identificar sus pensamientos disfuncionales como irracionales o incluso como distorsiones, lo que les permitía generar alternativas fundamentadas en la evidencia— y lo emocional, dado que adoptaban un tono mental severo y crítico al formular dichos pensamientos, sin llegar a experimentar un cambio significativo en el propio bienestar emocional y/o psicológico (Kolts, 2023).

De esta forma, la CFT se formuló inicialmente para personas que, debido a elevados niveles de autocrítica y vergüenza, experimentaban beneficios reducidos con los métodos de tratamientos convencionales (Gilbert, 2015; Gilbert & Proctor, 2006; Kolts, 2023). Dicho esto, se reconoce que la vergüenza, la autocrítica y las dificultades en la regulación emocional desempeñan un papel crucial en la génesis y el mantenimiento de los trastornos afectivos (Gilbert et al., 2004; Lane et al., 2000).

En consonancia con lo anterior, cuando se experimenta un estado de calma y relajación, se facilita la comprensión y el reconocimiento del origen de numerosos conflictos internos que se afrontan a diario, cuya raíz suele situarse en las primeras experiencias de apego (Lane et al., 2000; Valdivieso & Macedo, 2018). Estas primeras experiencias —especialmente aquellas mantenidas con las figuras cuidadoras primarias— se configuran durante etapas de alta vulnerabilidad, sin que el individuo tenga posibilidad de elección o modificación (Gilbert, 2015). Dichas vivencias modulan de forma significativa el desarrollo de los circuitos neurocognitivos y los estilos de procesamiento mental, influyendo en la interpretación que formamos del mundo, de los demás y de uno mismo, así como en el tono de diálogo interno —cálido o autocrítico— que utilizamos (Ashworth et al., 2011; Gilbert et al., 2004; Kelly & Carter, 2014; Kolts, 2023; Lane et al., 2000; Valdivieso & Macedo, 2018).

En este sentido, la CFT ayuda a entender cómo las experiencias tempranas de apego influyen en el desarrollo del sistema emocional. De esta forma, en momentos posteriores a la infancia y en etapas más avanzadas, como la adultez, dichas memorias actúan como moduladores de la

regulación afectiva y condicionan la forma en que la persona interpreta y/o responde a su entorno (Gilbert, 2015; O'Neill & McMillan, 2012).

En conclusión, la perspectiva compasiva – caracterizada por la calidez y la sensibilidad – constituye una vía esencial para transformar patrones de culpa y vergüenza derivados de vínculos tempranos difíciles o traumáticos en una forma de relación más segura y comprensiva con la propia historia (Beaumont et al., 2012; Braehler et al., 2013; Gilbert & Proctor, 2006; Leaviss & Uttley, 2015). Es así como, la CFT promueve el desarrollo de una relación interna basada en la afiliación, el apoyo y la comprensión – libre de autocrítica, vergüenza o sentimientos de insuficiencia –. Esta conexión interna funciona como un refugio emocional, una base segura que proporciona la fuerza necesaria para enfrentar aquellas experiencias que solemos evitar o temer, tal y como se recogen en las publicaciones de García Campayo et al. (2016).

#### **1.4.3. Beneficios terapéuticos de la CFT basados en evidencia.**

La CFT representa un avance reciente en el campo de la psicología, con un respaldo cada vez mayor respecto a su eficacia en personas que presentan dificultades emocionales crónicas, como altos niveles de vergüenza y autocrítica (O'Neill, 2011). De esta forma, Gilbert y Proctor (2006) diseñaron un programa de intervención psicoterapéutica con un enfoque en Entrenamiento Mental Compasivo (EMC). La EMC se articuló en 12 sesiones grupales de dos horas dirigidas a 6 pacientes con dificultades crónicas, tales como depresión, ansiedad crónica y altos niveles de autocrítica y vergüenza, que asistían a un centro de día. Los resultados mostraron reducciones significativas en todas estas dimensiones así como en sentimientos de inferioridad y conducta sumisa. También se observó un aumento significativo en la capacidad de los participantes para autoconsolarse y concretarse en sentimientos de calidez y seguridad. De acuerdo con dichos resultados, se concluyó que el EMC puede ser especialmente útil para personas que presentan niveles elevados de vergüenza y autocrítica, particularmente aquellas con dificultades crónicas y antecedentes traumáticos, que les impiden sentir autocuidado y autoaceptación. En esta misma línea, Noorbala et al. (2013) informaron que la CFT fue eficaz para reducir síntomas de depresión y ansiedad en mujeres iraníes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), lo que refuerza su validez como enfoque terapéutico (Gilbert & Proctor, 2006; Laithwaite et al., 2009; Lucre & Corten, 2013; McManus et al., 2018).

La CFT también ha sido aplicada con éxito en otros trastornos. Por ejemplo, Braehler et al. (2013) aseguran que la CFT también es aceptable y prometedora como intervención para personas con psicosis, puesto que facilita el proceso de recuperación emocional a través del fortalecimiento de la autocompasión y regulación del sistema de amenaza. Este hallazgo es respaldado por la revisión sistemática llevada a cabo por Leaviss y Uttley (2015), quienes han probado la eficacia de la CFT como tratamiento ante la presencia de trastornos de salud mental severos, como esquizofrenia y psicosis (Braehler et al., 2013).

De la misma forma, Kelly y Carter (2014) también señalan que la CFT constituye una intervención eficaz y bien aceptada para personas con trastorno por atracón, mostrando utilidad en trastornos de la conducta alimentaria (Gale et al., 2014).

Además, su valor se extiende al abordaje del trauma psicológico y el estrés postraumático (Beaumont et al., 2012), ofreciendo una vía para la mejora a través de la compasión y la autocompasión. Finalmente, la CFT, se ha aplicado con éxito en el manejo de problemas con componentes psicósomáticos tales como alteraciones dermatológicas, y el acné crónico (Hudson et al., 2020; Khan & Bilal, 2023).

Finalmente, Shapira y Mongrain (2010) explora ejercicios de autocompasión en individuos sin diagnóstico clínico, mostrando efectos positivos en el bienestar y la reducción del estrés y la autocrítica.

En resumen, la creciente evidencia sugiere que la CFT no solo es una opción viable para la depresión y otros trastornos emocionales, sino que su aplicación se extiende con éxito a diferentes contextos, como sería en este caso al DCA, donde la gestión de las secuelas emocionales, cognitivas y sociales se vuelve crucial. Es más, la combinación de la CFT con la TCC ha mostrado mejoras significativas en los niveles de autocompasión, lo cual puede facilitar el afrontamiento emocional tras experiencias traumáticas. La CFT puede actuar sobre emociones difíciles como la vergüenza, la culpa y la autocrítica, que en ocasiones no pueden ser abordadas completamente por la TCC tradicional (Beaumont et al., 2012).

#### **1.4.4. Aplicaciones en el DCA.**

En el campo de la neurología, la CFT también ha sido empleada para ayudar a individuos con trastornos neurológicos y lesiones cerebrales (Ashworth et al., 2011). A pesar de lo expuesto, el estudio de la CFT en las áreas de salud mental se ha centrado en gran

medida en poblaciones adultas sin DCA. Por lo que, aunque con resultados prometedores, la investigación sobre la efectividad de la CFT en población con DCA todavía es escasa (O'Neill, 2011).

Por ejemplo, en el estudio de O'Neill y McMillan (2012) se examinó si el uso de imágenes compasivas puede mejorar la empatía en individuos con DCA. En consonancia con esta propuesta, Anson y Ponsford (2006) encontraron que las estrategias de afrontamiento emocional tienen un impacto directo en la adaptación psicosocial tras un DCA, siendo las estrategias evitativas y autocríticas asociadas a mayores niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima. Asimismo, Cicerone et al. (2006) destacan la efectividad de las intervenciones cognitivas en la mejora del funcionamiento ejecutivo, la atención y la memoria en personas con DCA, lo cual puede potenciar el efecto de terapias como la CFT al facilitar mayor conciencia emocional y capacidad de regulación. En esta misma línea, Lane et al. (2000) subrayan el papel central de la corteza prefrontal en la regulación emocional, aportando una base neurobiológica al uso de estrategias compasivas como vía para modular experiencias afectivas negativas en personas con alteraciones neurológicas.

Finalmente, en un estudio pionero, Ashworth et al. (2014) analizaron el impacto terapéutico de la CFT en un grupo de doce pacientes con DCA en el Reino Unido, a través de un programa que combinó intervenciones individuales y grupales. Los resultados mostraron mejoras significativas en la sintomatología emocional, con reducciones en los niveles de ansiedad, depresión y autocrítica, así como un aumento en la capacidad de autovalidación. Es más, a nivel cualitativo, se realizaron entrevistas que reflejaron tres temas principales: la presencia de dificultades psicológicas persistentes, el desarrollo progresivo de una sensación de seguridad y confianza, y la incorporación de una nueva mirada compasiva hacia uno mismo.

Estos descubrimientos sugieren que la CFT no es solo segura y adecuada para población con DCA, sino que también representa una estrategia terapéutica útil para facilitar la adaptación emocional tras un DCA, contribuyendo a un abordaje más integrador dentro de la rehabilitación neuropsicológica (Ashworth et al., 2014).

Pese a los hallazgos prometedores, la investigación científica sigue señalando la necesidad de realizar estudios que permitan establecer con mayor precisión la eficacia de la CFT en distintas poblaciones clínicas (Braehler et al., 2013; Leaviss & Uttley, 2015; McManus et al., 2018). En el caso del DCA, los estudios que aplican directamente este enfoque son prácticamente inexistentes en población española. De hecho, diversos estudios como los de Craig et al. (2020)

ponen de manifiesto la escasez de investigaciones centradas en terapias como la CFT en población con DCA.

A la luz de lo anterior, resulta necesario seguir investigando la aplicabilidad y eficacia de la CFT en personas con DCA a través de enfoques metodológicos integradores. En particular, se destaca la utilidad de metodologías mixtas, entendidas como el uso combinado de estrategias cuantitativas y cualitativas dentro de un mismo diseño de investigación (Ashworth et al., 2011; Ashworth et al., 2014; Beaumont et al., 2012; Braehler et al., 2013; García Campayo et al., 2016; McManus et al., 2018). Este tipo de enfoque resulta especialmente pertinente en contextos clínicos complejos como el del DCA, ya que permite no solo medir la eficacia de la intervención mediante indicadores objetivos, sino también captar las experiencias subjetivas de los pacientes y los procesos de cambio terapéutico implicados (Anson & Ponsford, 2006; Ashworth et al., 2011; Beaumont et al., 2012; Braehler et al., 2013; McManus et al., 2018). Como señalan Ashworth et al. (2011) y Braehler et al. (2013), los componentes emocionales y relacionales que aborda la CFT requieren una aproximación que combine datos medibles con una comprensión profunda del cambio psicológico vivido por las personas, algo que difícilmente puede lograrse con métodos exclusivamente cuantitativos (González Rodríguez, 2012).

Por todo ello, el presente estudio, busca profundizar sobre la utilidad de la CFT en personas con DCA con el fin de avanzar hacia intervenciones más eficaces y humanizadas, que respondan mejor a las necesidades emocionales de esta población.

### **1.5. Objetivo del presente estudio.**

#### *Objetivo general*

Explorar cómo una intervención por CFT afecta al bienestar psicológico percibido por personas que sufren un DCA.

#### *Objetivos específicos*

- a) Explorar si una intervención basada en CFT afecta a la autocompasión percibida en personas con DCA.
- b) Investigar cómo la autocompasión se relaciona con el bienestar emocional, la autocrítica y autovalidación en personas con DCA tras una intervención de CFT.

H1. Se espera que la CFT influya positivamente con el bienestar general.

H2. Se espera que la CFT influya positivamente con la autocompasión percibida.

H3. Se espera que la autocompasión percibida se asocie positivamente con el bienestar general y autovalidación pero negativamente con la autocrítica.

### **1.6. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)**

Esta investigación refiere principalmente dos ODS propuestos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Agenda 2030, contribuyendo a iniciativas globales orientadas al bienestar humano y al desarrollo sostenible (ONU, 2015). Por un lado, se alinea con el ODS 3 (Salud y bienestar), ya que evalúa el impacto de la CFT sobre el bienestar psicológico percibido y sobre los niveles de autocompasión en personas que han sufrido un DCA. A través de la implementación de la CFT, se busca promover un estado psicológico más saludable, fomentando el desarrollo de recursos internos como la compasión. En consonancia con lo anterior, el estudio apoya el acceso a una atención psicológica más personalizada, compasiva y adaptada a las necesidades específicas de esta población. Por otro lado, la investigación se relaciona con el ODS 4 (Educación de calidad), al proporcionar herramientas y conocimientos actualizados que enriquecen la formación clínica de profesionales de la salud mental en el abordaje del DCA mediante la CFT.

## **2. MÉTODO**

Este trabajo es un estudio de casos (N = 3), observacional, de medidas repetidas (pre y post tratamiento) y con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). Para ello, se han utilizado diversas escalas psicométricas descritas en los siguientes apartados, y un diario de registro experiencial.

### **2.1. Consideraciones éticas**

El estudio fue aprobado y autorizado por el Comité Ético de la Universidad Europea de Valencia (código 2025-113). Previa a su inicio, las participantes fueron informadas acerca de los objetivos del estudio. Así mismo, las participantes consintieron por escrito y de una forma voluntaria su participación en el estudio (ver Anexo 1).

### **2.2. Participantes**

La muestra consistió en tres mujeres con un promedio de edad  $M = 55.67$ . Fueron reclutadas en el centro de ALENTO – Asociación de Daño Cerebral – ubicado en Vigo (Pontevedra). Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la participación en el estudio: ser mayor de 18 años, haber sido diagnosticada con DCA, presentar secuelas psicológicas vinculadas a alteraciones emocionales o del estado de ánimo y poseer capacidades cognitivas preservadas o compensadas que permitieran comprender y participar activamente en la intervención, según valoración neuropsicológica previa realizada por el equipo clínico de referencia. En este sentido, se consideró que las tres participantes mantuvieran un funcionamiento cognitivo moderadamente preservado en atención, memoria, comprensión, velocidad de procesamiento de la información y funciones ejecutivas (como la organización, la planificación y el razonamiento). Asimismo, se constató que conservaran intactas las habilidades de lenguaje oral y lectoescritura. Se excluyeron aquellas personas con deterioro cognitivo grave, alteraciones conductuales desorganizadas, síntomas psicóticos activos o dificultades comunicativas graves que dificultaran el seguimiento adecuado de la terapia.

### 2.2.1. Descripción clínica

Las tres participantes presentan un diagnóstico de DCA secundario a un ictus (tipo de ACV): presencia de signos clínicos de desarrollo rápido de una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Martínez González, 2018). Los informes clínicos indicaron que las tres participantes se encontraban en pleno uso de sus facultades mentales para la realización del presente estudio, así como para tomar decisiones acerca de lo que concierne al mismo. En general, los efectos de la lesión tuvieron mayor repercusión en el área física y en el área psicológica vinculada con el ámbito emocional, véase Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Descriptivos demográficos y clínicos de las participantes*

Caso	Edad	Diagnóstico	Año de ictus	Convivencia familiar	Año primer contacto en centro	Autopercepción inicial
1. BMP	53	DCA secundario a ictus	2020	Pareja e hija	2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ánimo bajo.</li> <li>• Ansiedad ante la adversidad.</li> <li>• Dificultad para aceptar cambios.</li> </ul>

2. MCAV	60	DCA secundario a ictus	2015	Hermana e hija	2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labilidad emocional.</li> <li>• Hipersensibilidad ad.</li> <li>• Tendencia a la rumiación.</li> <li>• Aislamiento.</li> </ul>
3. PDR	54	DCA secundario a ictus	2017	Pareja e hijos	2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasividad comunicativa.</li> <li>• Dificultad para expresar necesidades.</li> </ul>

**Caso 1, B.M.P:** mujer de 53 años. Actualmente convive con su marido e hija, cuyas edades son 56 y 22 años, respectivamente. Antes del DCA, comunica ser una persona sociable y de buen humor. En el año 2020 tuvo una lesión cerebral provocada por un ictus, lo que generó graves secuelas físicas y psicológicas, en concreto, en el área afectiva. Un año después comienza a acudir al centro de día tres veces por semana con el objetivo de profundizar en su rehabilitación cognitiva y psicoterapéutica. En la valoración psicológica realizada por el centro se observó sintomatología compatible con un cuadro ansioso-depresivo, manifestando un estado de ánimo bajo, pensamientos de incapacidad para afrontar la situación y ansiedad ante la vivencia de situaciones estresantes. Aún así, tras el DCA, la participante se autodefine como una persona tranquila, sin miedos significativos y con capacidad para no obsesionarse con las preocupaciones cotidianas. Cabe señalar que, antes de la intervención actual, no había trabajado la compasión como estrategia terapéutica.

**Caso 2, M.C.A.V:** mujer de 60 años. Convive con su hermana e hija, cuyas edades son 58 y 22 años, respectivamente. Antes de la lesión, refiere ser una persona risueña, con actitud entusiasta y con ganas de superarse a sí misma. En el año 2015 sufrió un ictus que supuso una gran interferencia en su área personal y relacional. El daño generó cambios significativos en el plano físico y psicológico. De esta forma, comienza a acudir al centro de día diariamente en 2018, con el fin de avanzar en su rehabilitación física y psicoterapéutica. En la valoración psicológica realizada por el centro, se identificó una leve perturbación del estado de ánimo, con presencia de ansiedad y depresión (irritabilidad, apatía, anhedonia, pesimismo). Además, se refirió una mayor labilidad emocional, distanciamiento social y sentimientos frecuentes de culpa, ira o tristeza. Desde el DCA, manifiesta una mayor hipersensibilidad sensorial y emocional. Después del DCA, la participante se define como una persona introvertida, reservada y seria. Prefiere estar sola o en compañía de amigos muy íntimos. Verbaliza que

“suele dar muchas vueltas a los problemas” y que siente dificultad para relacionarse con los estados emocionales negativos. Por último, no consta trabajo previo en estrategias relacionadas con la compasión.

**Caso 3, P.D.R:** mujer de 54 años. Actualmente vive con su marido y tres hijos, de edades de 57, 30, 25 y 22 años, respectivamente. Antes de la lesión, se define como una persona tranquila, sociable, complaciente con los demás. Considera que le cuesta decir “no” y expresar sus deseos por miedo a recibir una respuesta negativa. En el año 2017 sufrió un ictus que generó cambios significativos en su esfera personal. Siendo más relevante en el plano físico. De esta forma, comienza a asistir diariamente al centro de día en 2019, con la intención de mejorar en su propia autonomía y rehabilitación física. En cuanto a la valoración psicológica realizada por el centro no se observó sintomatología depresiva y/o ansiosa destacable. Sin embargo, tras el DCA se identifican cambios en su estilo relacional, predominando con mayor énfasis un estilo comunicativo pasivo y una tendencia a evitar situaciones que le generen malestar emocional. Finalmente, tampoco se había abordado previamente el trabajo con estrategias centradas en la compasión.

### **2.3. Instrumentos**

Self-Compassion Scale (SCS) por Neff (2003) en su adaptación al español (García-Campayo et al., 2014). Esta escala evalúa el nivel de autocompasión a través de 26 ítems distribuidos en seis subescalas. Por un lado, se encuentran las subescalas de: 1) autoamabilidad (ej. «Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito»), 2) humanidad compartida (ej. «Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana»), 3) mindfulness (ej. «Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio»). Por otro lado, 4) juicio personal (ej. «Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a»), 5) aislamiento (ej. «Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso») y 6) sobreidentificación (ej. «Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia»). Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1 = "casi nunca" hasta 5 = "casi siempre"). Puede obtenerse un índice global de autocompasión, invirtiendo previamente los ítems de las subescalas negativas (juicio personal, aislamiento y sobreidentificación) (ver Anexo 2).

Self-Criticism and Self-Reassurance Scale (FSCRS) por Gilbert et al. (2004) en su adaptación al español (López-Cavada & Jódar Anchía, 2017). Esta escala evalúa las dimensiones de autocritica y autovalidación a través de 22 ítems. Por un lado, la dimensión de autocritica

hace referencia al rechazo o desprecio hacia uno mismo (ej. «Hay una parte de mí que siente que no soy suficientemente bueno»). Por otro lado, la dimensión de autovalidación valora la capacidad de la persona para ofrecerse apoyo, comprensión y amabilidad ante las dificultades (ej. «Soy amable conmigo mismo y me apoyo»). La puntuación obtenida en cada una permite identificar tanto el nivel de autocritica como el nivel de autovalidación percibidos por las participantes. Las respuestas se recogen mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0 indica "nada, absolutamente no" y 4 "extremadamente" (ver Anexo 3).

Ryff's Psychological Well-Being Scales (PWB) por Ryff (1989) en su adaptación al español (Díaz et al., 2006). Esta escala evalúa seis dimensiones del bienestar psicológico a través de 39 ítems: autoaceptación (ej. «En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo»), relaciones positivas (ej. «No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar»), autonomía (ej. «Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida»), dominio del entorno (ej. «Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga»), propósito en la vida (ej. «Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad») y crecimiento personal (ej. «En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo»). Las respuestas se recogen mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1 = "totalmente en desacuerdo" hasta 5 = "totalmente de acuerdo") (ver Anexo 4).

Diario de registro clínico o diario de intervención. Se trata de una herramienta cualitativa de recogida de datos para el registro de observaciones, verbalizaciones espontáneas, reacciones emocionales y dinámicas grupales ocurridas en sesiones de CFT (Asano et al., 2022; Craig et al., 2020).

#### **2.4. Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo a lo largo de siete semanas, estructuradas en tres fases diferenciadas: evaluación base (pre-intervención), intervención terapéutica CFT y evaluación post-intervención (ver Tabla 3). La primera semana se dedicó a la evaluación inicial mediante las escalas psicométricas. Posteriormente, se desarrolló la fase de intervención, consistente en quince sesiones grupales de CFT, distribuidas a lo largo de cinco semanas y organizadas en cuatro etapas progresivas (psicoeducación y alianza terapéutica, diálogo interno y regulación emocional, entrenamiento en habilidades compasivas e integración conductual). Para la realización del programa y desarrollo de las sesiones se tuvo en cuenta la estructura del proceso psicoterapéutico propuesta por McManus et al. (2018). De la misma forma, el contenido de las actividades llevadas a cabo en cada sesión estuvo orientado por la influencia

de Gilbert (2010). Finalmente, en la última semana se realizó la evaluación post-intervención, que incluyó la administración de las escalas psicométricas y devolución a partir del registro cualitativo. Esta fase concluyó con el cierre formal de la intervención.

**Tabla 3.**

*Estructura del programa de la CFT*

<b>Fase</b>	<b>Etapa / Sesiones</b>	<b>Contenidos y objetivos principales</b>
<b>Evaluación base</b>	Sesión inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del grupo y del programa.</li> <li>• Explicación de los objetivos del estudio.</li> <li>• Administración inicial de instrumentos psicométricos.</li> </ul>
<b>pre-intervención</b> (Semana 1)	(Sesión 0)	
<b>Intervención</b>	Primera etapa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar alianza terapéutica.</li> <li>• Contextualización del proceso terapéutico.</li> <li>• Psicoeducación sobre el origen y funciones de las emociones.</li> <li>• Introducción al modelo de los tres sistemas de regulación emocional.</li> <li>• Diferenciación entre el cerebro emocional y racional.</li> <li>• Exploración del área emocional mediante preguntas guiadas.</li> </ul>
<b>terapéutica CFT</b>	(Sesiones 1 a 3)	
(Semana 2 a 6)	Segunda etapa (Sesiones 4 a 8)	
	Tercera etapa (Sesiones 9 a 12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo con el diálogo interno y lenguaje ante situaciones difíciles.</li> <li>• Reflexión sobre autocrítica y autocorrección compasiva.</li> <li>• Integración teórico-práctica de los conceptos aprendidos.</li> <li>• Introducción a mindfulness y atención plena para regular emociones.</li> <li>• Desarrollo de habilidades prácticas para la autocompasión.</li> </ul>
	Cuarta etapa	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en cualidades y atributos de la compasión.</li> <li>• Ejercicios de imaginación compasiva: lugar seguro, color compasivo.</li> <li>• Creación del ideal compasivo y pensamiento compasivo.</li> <li>• Fomento de la compasión hacia los demás mediante dinámicas grupales.</li> <li>• Fortalecimiento de relaciones interpersonales.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación de aprendizajes y estrategias prácticas.</li> </ul>

	(Sesiones 13 a 15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Énfasis en el plano conductual: cartas y conductas compasivas.</li> <li>• Fomento del autoconocimiento y análisis de defensas personales.</li> <li>• Promoción de cualidades compasivas: coraje, sabiduría, responsabilidad y fuerza.</li> </ul>
<b>Evaluación post-intervención</b> (Semana 7)	Sesión final	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de los instrumentos psicométricos.</li> <li>• Evaluación final del proceso y espacio para feedback grupal.</li> <li>• Devolución verbal de observaciones cualitativas al grupo y al equipo técnico.</li> <li>• Cierre emocional y despedida del grupo.</li> </ul>

### 3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados, primero de forma sintetizada y posteriormente desglosando las variables diana por cada participante.

#### 3.1. Síntesis de resultados globales.

En la Tabla 4, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables diana – bienestar psicológico, autocompasión, autocrítica y autovalidación – en los momentos pre y post intervención. Estos resultados se acompañan de la Figura 1, que muestra un gráfico de barras donde se representan las medias obtenidas en ambos momentos para cada una de las variables. En el análisis de estos descriptivos, se observó que los niveles de bienestar psicológico, tanto en el momento pre como en el post, se situaron dentro de un rango alto, con un ligero aumento en su porcentaje tras la intervención. Por su parte, la autocompasión también se mantuvo en un nivel alto antes de la CFT. No obstante, se observó un ligero descenso en su puntuación tras la intervención. En cuanto a la autocrítica, los resultados reflejaron un descenso claro, pasando de un nivel moderadamente bajo en el momento pre a un nivel aún más reducido en el postest. Por último, la autovalidación se mantuvo en un rango moderadamente alto en ambos momentos de la intervención.

**Tabla 4.**

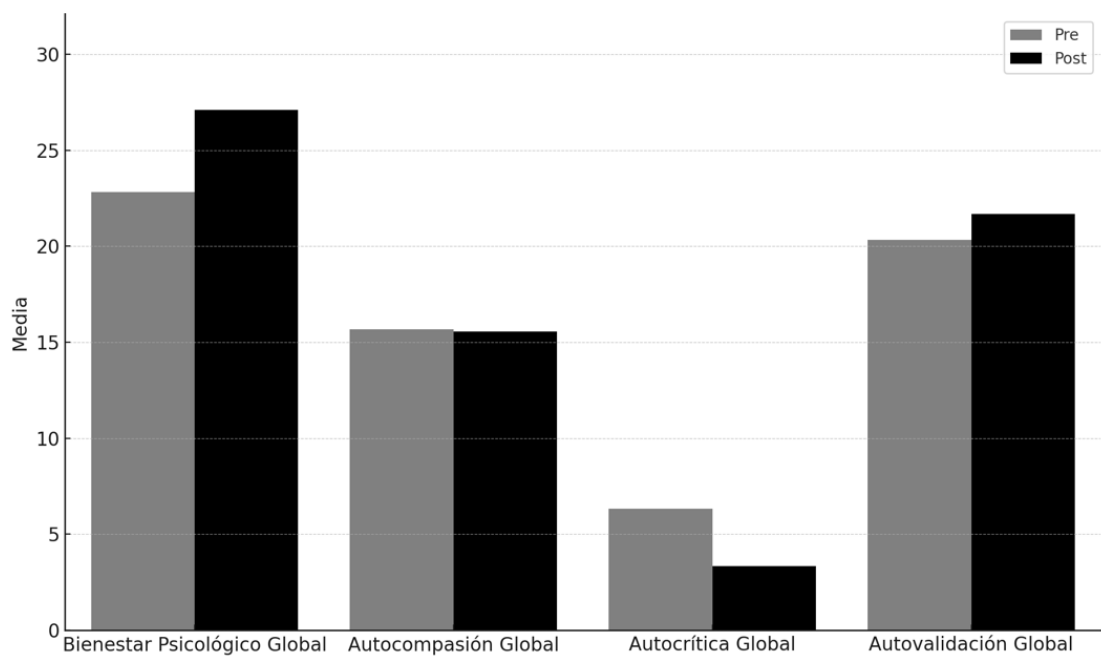
*Estadísticos descriptivos globales pre y post intervención de las variables medidas*

	Momento de medición	Media	DT	Porcentajes descriptivos
<b>Bienestar</b>	<b>Pre</b>	22.83	5.41	70.25%

Psicológico	Post	27.11	2.09	83.42%
Autocompasión	Pre	15.67	3.28	72.31%
	Post	15.55	2.55	71.79%
Autocrítica	Pre	6.33	5.62	22.61%
	Post	3.33	3.21	11.90%
Autovalidación	Pre	20.33	10.50	63.54%
	Post	21.67	9.07	67.71%

Figura 1.

*Medias pre y post de las variables diana*



Con objetivo de explorar las relaciones entre estas variables, se presenta la Tabla 5, que muestra las correlaciones de Spearman entre el bienestar psicológico global, la autocompasión global, la autocrítica global y la autovalidación global. Esta tabla permitió identificar cómo se asociaban estas dimensiones entre sí de forma general, independientemente del momento de evaluación.

Tabla 5.

*Correlaciones de Spearman globales pre y post intervención entre las variables medidas*

	Bienestar Psicológico	Autocompasión	Autocrítica	Autovalidación
<b>Bienestar Psicológico</b>	—			
<b>Autocompasión</b>	0.771	—		
<b>Autocrítica</b>	-0.600	-0.371	—	
<b>Autovalidación</b>	0.829*	0.771	-0.829*	—

Nota. \*  $p < .05$

De esta forma, las puntuaciones sugirieron que los niveles de autovalidación correlacionaban de forma positiva y significativa con los niveles de bienestar psicológico. Es decir, cuando hay reconocimiento, apoyo, comprensión y trato amable consigo mismo, el estado emocional parece tender hacia un estado más positivo. Por el contrario, las puntuaciones elevadas en autocrítica correlacionaban de forma negativa con los niveles de autovalidación, lo que sugiere que a mayor puntuación en autovalidación, menor puntuación en autocrítica, y viceversa. La dirección negativa de la correlación reflejó una asociación inversa entre ambas variables, lo cual indica que las participantes que tienden a validar sus propias experiencias internas presentan, en general, niveles más bajos de autocrítica.

### 3.2. Análisis de resultados individualizados.

A continuación, se presenta un análisis detallado de los resultados obtenidos por cada participante, desglosado por variable.

#### 3.2.1. Bienestar psicológico.

En líneas generales, se observó una evolución positiva sobre el bienestar psicológico percibido por las participantes, tras la aplicación de la CFT (ver Tabla 6). Sin embargo, los resultados también reflejaron diferencias entre las participantes (ver Figura 2).

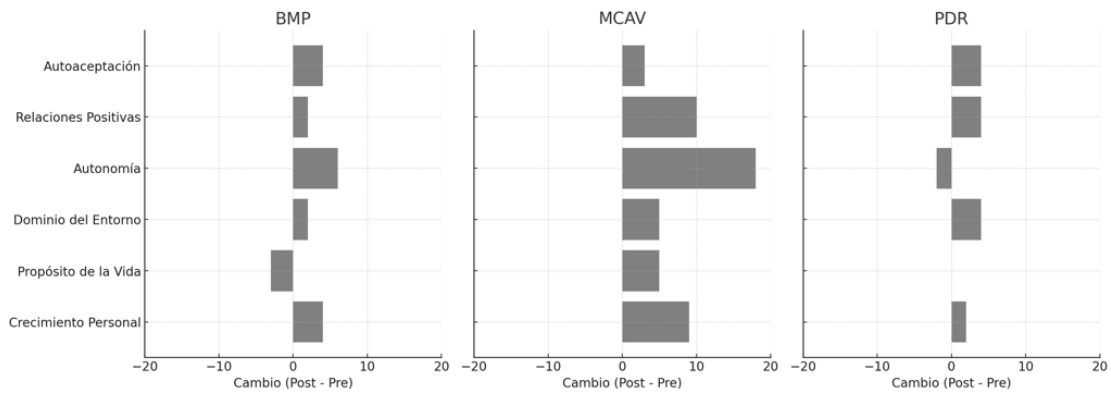
**Tabla 6.**

*Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de bienestar psicológico*

	Caso	Mpre	Mpost	Diferencia (post-pre)
<b>Bienestar Psicológico</b>	1. BMP	24.33	26.83	2.50
	2. MCAV	16.83	25.17	8.34
	3. PDR	27.33	29.33	2.00

**Figura 2.**

*Cambio por subdimensión de bienestar psicológico (PWB) post – pre por participante*



En líneas generales, se observó en el bienestar psicológico una tendencia global hacia el cambio positivo tras la intervención, aunque con marcadas diferencias individuales. En este sentido, M.C.A.V. destacó por presentar valores elevados en todas las dimensiones del bienestar, lo que contrastó con los casos de B.M.P. y P.D.R., quienes mostraron una evolución más estable. Pese a esta variabilidad, se identificaron elementos comunes relevantes, siendo las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal, aquellas que reportaron una mejora en todas las participantes tras la CFT. Por el contrario, subescalas como autonomía y propósito de la vida reflejaron una evolución más dispar entre las participantes.

### 3.2.2. Autocompasión.

De forma global, las puntuaciones en la escala de autocompasión no siguieron un patrón ascendente consistente. De hecho, todas las participantes mostraron una disminución en su puntuación total tras la intervención (ver Tabla 7). En concreto, se observaron cambios más heterogéneos entre los distintos casos y las subdimensiones evaluadas (ver Figura 3).

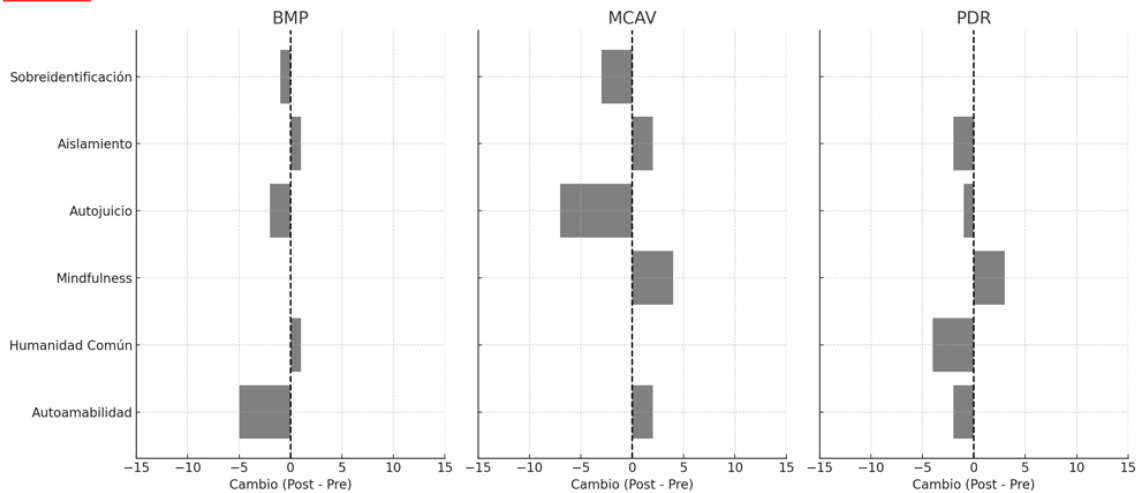
**Tabla 7.**

*Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de autocompasión.*

	Caso	Mpre	Mpost	Diferencia (post-pre)
<b>Autocompasión</b>	1. BMP	17.50	16.50	-1.00
	2. MCAV	14.00	13.67	-0.33
	3. PDR	18.67	17.67	-1.00

**Figura 3.**

*Cambio por subdimensión de autocompasión (SCS) post – pre por participante*



De forma general, la variable de autocompasión tendió hacia un descenso global tras la intervención. No obstante, las subdimensiones de esta escala evolucionaron de forma distinta en dirección e intensidad. Por un lado, se observó como las puntuaciones en autojuicio y sobreidentificación presentaron una notable disminución post-intervención en todas las participantes, siendo especialmente relevante el descenso en los valores del autojuicio, que pasó de ser una de las subescalas más elevadas en el pretest a reducirse visiblemente en el postest. En este sentido, la puntuación en la subescala del autojuicio presentó similitudes con la dimensión de autocrítica de la FSCRS, aludiendo ambas a la tendencia a juzgarse y exigirse de forma severa. De esta forma, ambas dimensiones coincidieron en una notable reducción en sus valores en la mayoría de los casos tras la intervención. Por otro lado, la subescala de autoamabilidad guarda una estrecha relación con la dimensión de autovalidación de la FSCRS, ya que ambas recogen actitudes de aceptación, comprensión, consuelo y apoyo hacia uno mismo. Desde esta perspectiva, se observó como el aumento en la puntuación de autoamabilidad postest en M.C.A.V. se correspondió así, con la mayor puntuación en la dimensión de autovalidación tras la intervención, evidenciando de este modo una correspondencia entre ambas escalas. Por último, la puntuación en mindfulness se mantuvo estable en el caso de B.M.P. entre ambos momentos, mientras que en M.C.A.V. y P.D.R. experimentó un aumento positivo tras la CFT.

### 3.2.2. Autocrítica y autovalidación.

De forma global, las puntuaciones en la escala de autocrítica y autovalidación mostraron una evolución desigual tras la intervención (ver Tabla 8), con variaciones específicas en cada caso (ver Figura 4).

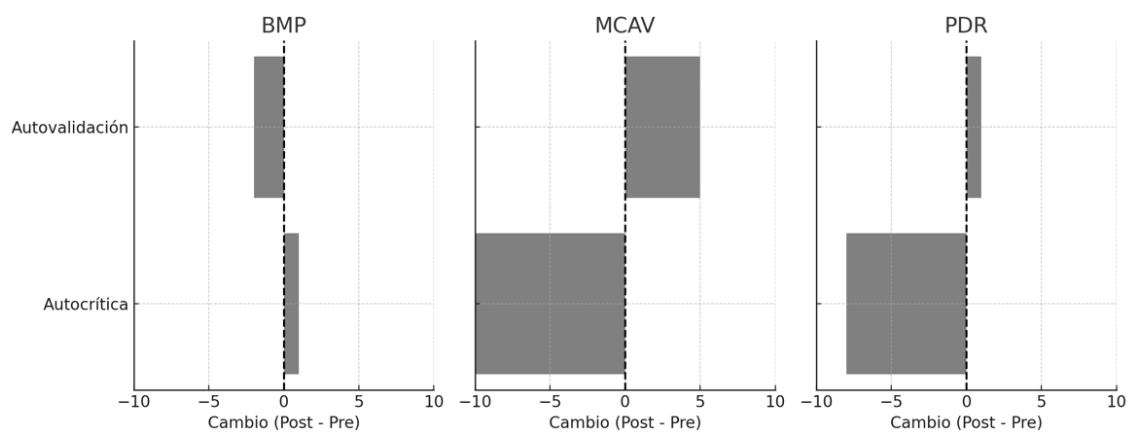
**Tabla 8.**

*Estadísticos descriptivos por participante pre y post intervención de autocrítica y autovalidación*

	Caso	Mpre	Mpost	Diferencia (post-pre)
<b>Autocrítica</b>	1. BMP	1.50	2.00	0.50
	2. MCAV	12.50	7.00	-5.50
	3. PDR	5.00	1.00	-4.00
<b>Autovalidación</b>	1. BMP	20.00	18.00	-2.00
	2. MCAV	10.00	15.00	5.00
	3. PDR	31.00	32.00	1.00

**Figura 4.**

*Cambio por subdimensión de autocrítica y autovalidación (FSCRS) post – pre por participante*



En B.M.P., la puntuación en autocrítica experimentó un ligero aumento en el momento post, lo que indica que esta dimensión no se redujo tras la CFT. De igual manera, la capacidad de autovalidación parece que también disminuyó tras la intervención.

En M.C.A.V., la puntuación en autocrítica descendió notablemente en el posttest. Por su parte, la puntuación en autovalidación también se incrementó ligeramente.

En P.D.R., las puntuaciones indicaron una evolución favorable. Por un lado, se observó una reducción considerable en la autocrítica tras la intervención. Por otro lado, la puntuación en autovalidación experimentó un ligero incremento tras la CFT.

### **3.3. Resultados cualitativos.**

En este apartado, se recogen las percepciones y experiencias expresadas por las participantes a lo largo del proceso terapéutico, registradas de forma sistemática en un diario clínico de intervención. Esta información cualitativa ha sido organizada en tablas individuales

por participante, estructuradas según las distintas fases del programa terapéutico, con el fin de ofrecer una visión más completa y contextualizada del impacto subjetivo de la intervención.

**Tabla 9.**

*Registro cualitativo del proceso terapéutico de B.M.P. según fases de intervención*

Fase de intervención	Contenido cualitativo
<b>Evaluación base pre-intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de comenzar la intervención, B.M.P. se mostraba implicada, con una actitud abierta y colaborativa. Se describía como autoexigente y con autocrítica moderada, aunque reconocía haber reducido su dureza tras el DCA.</li> <li>• A nivel emocional, se autopercibía con buena capacidad de regulación y conciencia emocional, aunque afectada por el aplanamiento emocional derivado del DCA.</li> <li>• Se mostraba preparada para iniciar el proceso de intervención.</li> </ul>
<b>Primera etapa (Ses. 1–3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartía su experiencia sobre el cambio personal tras el DCA.</li> <li>• Reconocía haber sido más autoexigente consigo misma antes de la lesión.</li> <li>• Verbalizaba tener buena relación con sus emociones, sin tendencia a la rumiación (i.e. <i>“no soy una persona que le dé vueltas a las cosas”</i>).</li> <li>• Al inicio de la intervención, B.M.P. ya identificaba logros en la gestión emocional, como mantener una actitud de aceptación ante situaciones adversas y no recurrir a la rumiación. De hecho, verbalizó que <i>“aceptaba lo que ocurría e intentaba continuar”</i>, incluso desde antes de la lesión, ya mantenía ese punto de vista ante los desafíos vitales.</li> </ul>
<b>Segunda etapa (Ses. 4–8)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocía su estilo autocrítico pero racional (i.e. <i>“soy autoexigente, pero no me dejó llevar por las emociones”</i>).</li> <li>• Se involucró en las prácticas de mindfulness y autoinstrucciones positivas.</li> <li>• Participaba en imaginación aunque presentaba cierta dificultad para evocar memorias pasadas y sus emociones correspondientes (i.e. <i>“me cuesta recordar cosas de cuando era pequeña o incluso adolescente”</i>).</li> <li>• Alta relajación observada en ejercicios.</li> </ul>
<b>Tercera etapa (Ses. 9–12)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participó con colaboración, pero más distante emocionalmente.</li> <li>• En el ejercicio de color compasivo expresó calma, ligereza y tranquilidad aunque se observó un rostro plano emocionalmente.</li> <li>• Le costaba recuperar situaciones difíciles del pasado y conectar emocionalmente con ellas.</li> <li>• En la práctica de pensamientos compasivos, mostró dificultad para identificar pensamientos negativos, expresando que no suele tenerlos, pero sí los reconoce en su entorno (i.e. en su marido).</li> <li>• Se observó menor implicación y mayor distracción con el móvil en tareas de reflexión personal.</li> </ul>
<b>Cuarta etapa (Ses. 13–15)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fue capaz de recuperar y verbalizar recuerdos difíciles relacionados con el DCA sin desbordarse emocionalmente, mostrando procesamiento emocional adaptativo.</li> <li>• Comentó que es capaz de vivir de forma funcional sin revivir constantemente los momentos traumáticos, pero que, cuando lo hace,</li> </ul>

Fase de intervención	Contenido cualitativo
	<p>puede conectar con esas emociones sin que le afecten en exceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tras los ejercicios practicados en las anteriores sesiones y el avance de la CFT, en esta etapa, B.M.P. expresó: <i>“ahora identifico mejor cuándo tengo pensamientos negativos y puedo conectar más con mis emociones”</i>.</li> </ul>
<b>Evaluación post-intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoró el proceso como útil y positivo.</li> <li>Expresó sentirse más consciente de sus pensamientos negativos y de su impacto emocional.</li> <li>Reconoció crecimiento personal, mayor apertura emocional y capacidad de observación de su mundo interno.</li> <li>Se mostró agradecida por lo aprendido y por haber podido trabajar sus emociones desde un enfoque diferente.</li> </ul>

**Tabla 10.**

*Registro cualitativo del proceso terapéutico de M.C.A.V. según fases de intervención*

Fase de intervención	Contenido cualitativo
<b>Evaluación base pre-intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de comenzar la intervención, M.C.A.V. presentaba una elevada sensibilidad emocional, acompañada de un diálogo interno autocrítico y pensamientos autodevaluativos frecuentes (i.e. <i>“no puedo ser más tonta”</i>).</li> <li>Se sentía culpable por su situación y muy centrada en sus síntomas físicos. Reportaba continuo dolor intenso en sus piernas.</li> <li>A nivel emocional, se autopercibía con gran dificultad para contener o modular sus emociones. Presentaba culpa constante por su situación física tras el DCA.</li> <li>Mostraba una disposición ambivalente: interés por mejorar, pero gran vulnerabilidad emocional que dificultaba la regulación inicial.</li> </ul>
<b>Primera etapa (Ses. 1–3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manifestaba autocrítica intensa y malestar físico sostenido (i.e. <i>“mi dolor no se va nunca”</i>).</li> <li>Alta verbalización de malestar físico y emocional, con énfasis en la desesperanza (i.e. <i>“siento que no va a cambiar nada de lo que me pasa”</i>).</li> <li>En esta etapa, se comenzó a practicar técnicas de respiración diafragmática y escaneo corporal, debido al alto malestar físico y emocional que presentaba M.C.A.V.</li> <li>A pesar de su desbordamiento inicial, comenzó a experimentar momentos puntuales de alivio mediante dichas prácticas breves de relajación.</li> <li>En la tercera sesión, expresó: <i>“me sentí un poco más tranquila después del ejercicio”</i>.</li> </ul>
<b>Segunda etapa (Ses. 4–8)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comenzó a mostrar mejor manejo del dolor, especialmente en prácticas guiadas como el escaneo corporal: <i>“al principio me dolía más, pero luego sentí menos tensión en las piernas”</i>.</li> <li>En esta etapa, llegó a conectar con emociones difíciles del pasado, incluyendo culpa y frustración.</li> <li>Tras conectar con dichas emociones, M.C.A.V. llegó a verbalizar: <i>“me duele recordar, pero también me ayuda a soltar”</i>, reflejando así una mayor</li> </ul>

Fase de intervención	Contenido cualitativo
	<p>apertura emocional a partir de esta segunda etapa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mostró cambios positivos en sus respuestas emocionales, con menor desbordamiento emocional.</li> </ul>
<p><b>Tercera etapa</b> (Ses. 9–12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participó de forma activa en los ejercicios compasivos. De hecho, en el ejercicio del “color compasivo”, M.C.A.V. describió este color experimentado como <i>“una manta cálida que me calma”</i>.</li> <li>Desarrolló su rol compasivo con gran implicación emocional y corporal. Por ejemplo, en imaginación compasiva llegó a expresar: <i>“me vi diciéndome cosas que nunca me había dicho, como que merezco descansar”</i>.</li> <li>En esta etapa, también compartió experiencias traumáticas familiares de forma más contenida.</li> <li>Se observó procesamiento emocional más compasivo, es decir, mostró mayor capacidad para identificar un discurso autocrítico basado en culpa y vergüenza y sustituirlo por un diálogo más amable (i.e. <i>“ahora intento hablarme sin juzgarme tanto”</i>).</li> </ul>
<p><b>Cuarta etapa</b> (Ses. 13–15)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En esta etapa, recibió apoyo del fisioterapeuta en las sesiones de rehabilitación física, incorporando los ejercicios de relajación que se entrenaron en las sesiones de CFT.</li> <li>Mostró una mejor regulación emocional ante el dolor, tanto en las sesiones de fisioterapia como en las propias de CFT, con verbalizaciones como: <i>“cuando respiro profundo, no desaparece el dolor, pero me siento menos tensa”</i>.</li> <li>Se observó que el uso de la respiración y visualización corporal con instrucciones guiadas, le ayudó a manejar de forma más racional situaciones difíciles. De esta forma, expresó que ante situaciones desagradables o incómodas, como revisiones médicas, a partir de dicha práctica de atención plena y respiración, disminuía tanto la tensión y rigidez corporal como el malestar emocional, generados ante tales escenarios.</li> <li>De esta forma, expresaba sentirse más tranquila en momentos que antes la desbordaban.</li> </ul>
<p><b>Evaluación post-intervención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expresó una mayor conciencia emocional y mayor tolerancia al malestar.</li> <li>Reconoció su diálogo interno autocrítico (i.e. <i>“ahora me doy cuenta cuando me hablo mal”</i>).</li> <li>Aumentó su capacidad de introspección y comprensión del proceso terapéutico.</li> <li>Mostró agradecimiento por haber podido <i>“poner en palabras cosas que nunca había dicho”</i>.</li> </ul>

**Tabla 11.**

*Registro cualitativo del proceso terapéutico de P.D.R. según fases de intervención*

Fase de intervención	Contenido cualitativo
<p><b>Evaluación base</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de comenzar la intervención, P.D.R. se presentaba como una persona positiva, resiliente y con elevada autoconfianza.</li> </ul>

Fase de intervención	Contenido cualitativo
<b>pre-intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No refería dificultades emocionales, aunque su discurso incluía frases extremistas y rigidez emocional (i.e. <i>"Siempre estoy bien"</i>).</li> <li>Mostraba desconexión con sus emociones negativas y una actitud defensiva frente a la vulnerabilidad.</li> <li>Aunque verbalmente aseguraba bienestar, emergían indicios sutiles de malestar emocional, como tensión corporal al hablar de sus relaciones familiares.</li> </ul>
<b>Primera etapa (Ses. 1–3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expresaba que presentaba una autocrítica moderada.</li> <li>En esta primera etapa, expresó vínculos difíciles con su madre. Comenzó a relatar que su madre fue una persona muy crítica con sus acciones. Relataba una crianza marcada por un ataque negativo constante hacia sus intereses, objetivos y decisiones (i.e. <i>"nada de lo que hacía era suficiente"</i>).</li> <li>Notable capacidad para desvincularse y tomar distancia emocional tras la evocación de recuerdos aversivos, pero también conciencia incipiente de esos mecanismos de defensa (i.e. <i>"no suelo pensar en eso, no me afecta"</i>).</li> <li>Logró entrar en calma con ejercicios de relajación y atención plena, verbalizando: <i>"por fin sentí que mi cuerpo se soltaba un poco"</i>.</li> </ul>
<b>Segunda etapa (Ses. 4–8)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participó en los ejercicios entrenados en esta etapa con implicación activa.</li> <li>Mostró una mejora en el reconocimiento de pensamientos automáticos negativos (i.e. <i>"me exijo porque siento que si no lo hago, fallo"</i>).</li> <li>Aumentó su conciencia sobre cómo ha usado la autosuficiencia como defensa frente a la vulnerabilidad (i.e. <i>"no hay nada que me afecte"</i>).</li> </ul>
<b>Tercera etapa (Ses. 9–12)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aunque le costaba verbalizar emociones, logró conectar con ellas en prácticas más profundas como el "color compasivo" y en el "yo compasivo".</li> <li>Colaboraba en ejercicios, aunque persistían las dificultades para identificar sus pensamientos negativos.</li> <li>En esta etapa, empezó a aceptar emociones negativas como parte inherente del proceso terapéutico y de su experiencia humana, mostrando una mayor apertura al reconocimiento del malestar sin negarlo o minimizarlo.</li> </ul>
<b>Cuarta etapa (Ses. 13–15)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al trabajar sobre la activación del sistema de amenazas, P.D.R. comenzó a reconocer e identificar posibles peligros ficticios que pudieran ocurrir en relación con las personas de su entorno. En concreto, sobre sus hijos y su rol como madre.</li> <li>Identificaba pensamientos automáticos amenazantes (i.e. <i>"no puedo equivocarme porque soy su referente"</i>) y lograba generar pensamientos alternativos más funcionales (i.e. <i>"puedo cometer errores y aún así seguir siendo un modelo valioso para mis hijos"</i>).</li> <li>Comentaba que presentaba dificultades físicas para la redacción de cartas compasivas. No obstante, valoraba el proceso reflexivo que conllevaba.</li> <li>En esta última etapa, se observó que aunque a P.D.R. le costaba verbalizar lo que sentía, es decir, poner en palabras sus emociones, sí estaba más conectada emocionalmente con lo que vivía durante las sesiones.</li> </ul>
<b>Evaluación post-intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mostró más abierta emocionalmente y capaz de expresar sus sentimientos.</li> </ul>

---

Fase de intervención	Contenido cualitativo
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconoció los beneficios de la intervención, especialmente en términos de autorregulación emocional.</li><li>• Aumentó su autoconciencia y capacidad de observación interna.</li><li>• Se debilitaron mecanismos defensivos como la negación o el <i>“siempre estoy bien”</i>.</li><li>• Reconoció por primera vez <i>“dificultades emocionales que siempre había evitado pensar”</i> y mostró gran predisposición a continuar con el proceso terapéutico.</li></ul>

---

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio ha tenido como objetivo explorar la influencia de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) en personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA), mediante un diseño de estudio de casos. Una de las principales contribuciones del estudio ha sido la combinación de datos cuantitativos y cualitativos, que permiten reflexionar sobre varios aspectos clínicos.

Los hallazgos obtenidos evidenciaron una mejora global en el bienestar psicológico percibido por las tres participantes tras la intervención, lo que sugiere un efecto favorable de la CFT en esta dimensión. Esto corrobora la primera hipótesis del estudio donde se esperaba que la CFT influyera positivamente en el bienestar general. Además, este resultado es congruente con investigaciones previas que destacan la relevancia de las intervenciones psicoterapéuticas adaptadas tras un DCA para promover la regulación emocional y la percepción de bienestar (Ashman et al., 2014; Ashworth et al., 2014; Dams-O'Connor et al., 2023).

En relación con el primer objetivo específico (a), que proponía explorar si la CFT influía en la autocompasión percibida, los resultados cuantitativos mostraron que cada participante respondió de manera distinta a la intervención. Si bien no se observó un aumento generalizado en los niveles globales de autocompasión tras la intervención, en dirección opuesta a lo que se esperaba en la hipótesis H2 (se esperaba que la CFT influyera positivamente en la autocompasión percibida), sí se identificaron mejoras relevantes en determinadas subescalas como humanidad compartida o mindfulness en algunos casos. Por ejemplo, fue el caso de M.C.A.V. donde se observó la mayor puntuación en mindfulness tras la CFT. En contraste, se observaron dificultades para cultivar la autoamabilidad en participantes con estilos personales más evitativos o autoexigentes, como en B.M.P. y P.D.R. Una posible explicación radica en las propias características emocionales de las participantes. Puesto que, en perfiles con mecanismos disociativos, el proceso de desarrollar autocompasión puede

implicar resistencias particulares. De esta forma, poder identificar y sostener el sufrimiento propio como ajeno, así como tratarse con amabilidad, requiere atravesar barreras defensivas o dinámicas autocríticas intensas que no siempre se resuelven a corto plazo. Por tanto, es posible que la intervención haya facilitado una mayor conciencia emocional y ciertos cambios puntuales, pero que aún se encuentren en una etapa inicial del proceso. Estos resultados apuntan a la necesidad de tiempos más prolongados o de una mayor profundización para que la práctica compasiva se consolide de forma integrada y sostenida (Asano et al., 2022; Ashworth et al., 2014; Craig et al., 2020; Gilbert & Proctor, 2006; Leaviss & Uttley, 2015).

Respecto al segundo objetivo específico (b), centrado en investigar cómo se relaciona la autocompasión con el bienestar emocional, la autocrítica y la autovalidación, los datos mostraron relaciones parciales pero coherentes con la hipótesis H3, donde se esperaba que la autocompasión percibida influyera positivamente en el bienestar general y en la autovalidación, pero negativamente en la autocrítica. Mientras que en uno de los casos (B.M.P.) la autocrítica aumentó y la autovalidación descendió, lo cual se desvía del patrón esperado, las otras dos participantes reflejaron una disminución clara en autocrítica y un aumento en autovalidación, lo que respalda parcialmente la hipótesis planteada. Estas variaciones pueden deberse, como se discutirá a continuación, a diferencias individuales en la apertura emocional, historia de vida o estilo de afrontamiento.

Los datos cualitativos recabados a través de los registros clínicos permitieron contextualizar y matizar los hallazgos cuantitativos, enriqueciendo la comprensión del impacto de la CFT en esta población.

En el caso de B.M.P., los resultados cualitativos revelaron una mayor capacidad para procesar emocionalmente recuerdos difíciles sin desbordamiento, lo que sugiere un avance en integración emocional (García Campayo et al., 2016). De la misma forma, la CFT también evidenció una mayor conciencia de su autocrítica y una dificultad sostenida para conectar emocionalmente en fases avanzadas de la intervención. Su estilo más racional y defensivo, ya observado en la evaluación inicial, parece haber limitado la integración profunda del enfoque compasivo (Braehler et al., 2013; Leaviss & Uttley, 2015). Este patrón coincide con la literatura que advierte que personas con mecanismos de defensa rígidos o apegos evitativos pueden requerir procesos terapéuticos más prolongados para consolidar los beneficios de la CFT (McManus et al., 2018; Lucre & Corten, 2013).

En contraste, M.C.A.V. presentó un perfil emocionalmente más reactivo, que inicialmente se expresaba en forma de diálogo interno severamente autocrítico. A lo largo de la intervención, esta participante mostró una transformación notable hacia una narrativa más flexible y adaptativa, lo que sugiere un fortalecimiento del discurso interno positivo frente a la autocrítica y una reconstrucción más compasiva de su experiencia vital tras el DCA (Beaumont et al., 2012; Dams-O'Connor et al., 2023). Estos cambios se reflejaron también en una mayor autovalidación y en un incremento en la conexión con prácticas de mindfulness. Tal y como señalan Gilbert et al. (2004) y Kelly y Carter (2014), el desarrollo de la autocompasión desempeña un papel fundamental en la regulación emocional, facilitando una respuesta más adaptativa ante el sufrimiento propio.

En el caso de P.D.R., el patrón de evolución fue más estable y moderado. Desde el inicio se describía como una persona resiliente, positiva y con una percepción elevada de bienestar, lo cual podría haber limitado la magnitud del cambio medido. Además, su estilo defensivo – marcado por la autosuficiencia y la negación del malestar – también pudo haber modulado la expresión y el reconocimiento de mejoras internas a lo largo del proceso. No obstante, cualitativamente se evidenciaron pequeños avances en la conciencia emocional, así como una mayor capacidad para reconocer pensamientos automáticos negativos y autocríticos. Este caso refleja cómo el estilo de afrontamiento previo —en este caso, más evitativo— influye en la velocidad y profundidad del cambio terapéutico (Lane et al., 2000; López de Arroyabe & Calvete, 2013).

Asimismo, el análisis cualitativo reveló que las tres participantes identificaron el DCA como el evento más disruptivo de sus vidas, asociado a una pérdida significativa de autonomía, cambio de rol social y emociones intensas como culpa, frustración o miedo. Sin embargo, cada una expresó su malestar desde un estilo emocional distinto: desde el perfeccionismo y autoexigencia racionalizada (B.M.P.), la reactividad e hipersensibilidad emocional y física (M.C.A.V.), hasta la negación afectiva y evitativa (P.D.R.). Esta heterogeneidad ilustra la variabilidad en los procesos de adaptación al DCA, incluso bajo una misma intervención terapéutica.

En cuanto a las relaciones sociales, todas las participantes señalaron una reducción en los vínculos de amistad, aunque también refirieron apoyo familiar como un recurso protector. En esta línea, se identificaron mejoras en el aislamiento, perteneciente a la escala de autocompasión (SCS) en el caso de P.D.R., lo cual resulta coherente con la información recogida en el diario de registro clínico, donde se reflejó señales de reconexión emocional en

el caso de esta participante. Según O'Neill y McMillan (2012), el trabajo con imágenes compasivas puede ayudar a reducir el distanciamiento afectivo, facilitando el acceso a emociones bloqueadas en personas con DCA. Asimismo, desde la perspectiva de la CFT, el aislamiento constituye uno de los componentes centrales que perpetúan el sufrimiento humano, y su abordaje terapéutico requiere cultivar sentimientos de humanidad compartida y validación emocional (García Campayo et al., 2016; Gilbert, 2015).

Esta variación descrita en los objetivos anteriores, se ve influenciada por el contexto terapéutico. En línea con Rogers – quien subrayó que la aceptación incondicional facilita el cambio – la CFT propicia un contexto terapéutico validante que potencia la autoconciencia sin activar sobreidentificación o evitación (Gilbert, 2015). Este encuadre es especialmente relevante en DCA, donde la alteración de la empatía compromete a la autorregulación emocional (O'Neill, 2011).

En este sentido, es importante señalar la heterogeneidad en la respuesta terapéutica. Se observan variaciones en la magnitud de los efectos según las características personales y psicológicas de cada participante. El caso de M.C.A.V. ilustra cómo el entrenamiento en compasión puede modular la hipersensibilidad emocional descrita en O'Neill (2011). De la misma forma, la paciente presentaba un marcado patrón autocrítico, que tras la intervención llevada a cabo se redujo de forma notable. Además, se revelaron mejoras especialmente en autovalidación y mindfulness. En cambio, el caso de P.D.R., cuya historia personal refleja un estilo de afrontamiento más evitativo y disociativo, presentó mejoras más modestas y selectivas, lo que pone de manifiesto la influencia del perfil psicológico previo en los efectos terapéuticos (Lane et al., 2000; López de Arróyabe & Calvete, 2013).

En conclusión, estas diferencias individuales señalan la necesidad de adaptar el enfoque compasivo a las particularidades clínicas de cada paciente, considerando su historia de vida, estilo de apego y estrategias previas de afrontamiento. De esta forma, la integración del diario de registro clínico junto con los datos cuantitativos, permitió una comprensión más profunda de estos procesos psicológicos. Por lo que, se destaca la inclusión de registros cualitativos con el objetivo de enriquecer la comprensión del proceso terapéutico, revelando así dinámicas internas que no siempre son captadas por los instrumentos estandarizados.

## **5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación revela importantes implicaciones clínicas. En primer lugar, la FEDACE (2009b) ya resaltaba la importancia de la psicoterapia en los procesos de rehabilitación. En consonancia con ello, los datos obtenidos en este estudio amplían esta recomendación,

demostrando que la integración de la CFT en programas de rehabilitación psicológica para personas con DCA puede considerarse un componente indispensable dentro de un modelo de atención holística. La integración de este enfoque terapéutico en la intervención convencional contribuye tanto a la mejora emocional como al fortalecimiento del sentido de identidad y a la adaptación funcional posterior al DCA.

En segundo lugar, los resultados del presente estudio reflejan la necesidad de diseñar intervenciones adaptadas a las diferencias individuales de cada paciente. Por ejemplo, en la presente investigación se encontró que el perfil de P.D.R. mostró un patrón defensivo disociativo. De acuerdo con el estudio de Valdivieso-Jiménez y Macedo-Orrego (2018), para aquellos casos que presentan dichos mecanismos defensivos, se sugiere un mayor énfasis en intervenciones de tipo *bottom-up*, es decir, aquellas que actúan desde el cuerpo hacia la mente, como la respiración compasiva o la atención plena a las sensaciones corporales. Estas estrategias no requieren procesamiento cognitivo complejo y permiten trabajar directamente sobre los niveles más básicos del sistema nervioso, regulando en primer lugar la actividad del sistema límbico y la ínsula, responsables de la reactividad emocional y de ciertos fenómenos disociativos. Este enfoque de abajo hacia arriba ayuda a restablecer la sensibilidad interoceptiva (la capacidad de sentir lo que ocurre dentro del cuerpo), lo que reduce la disociación y crea una base fisiológica más estable. De este modo, cuando posteriormente se introducen estrategias *top-down* (de arriba hacia abajo), como la visualización compasiva o la reestructuración cognitiva, estas resultan más eficaces, ya que el sistema nervioso se encuentra en un estado más receptivo y conectado emocionalmente (Acabchuk et al., 2021; Parma et al., 2024).

En tercer y último lugar, la presente investigación realza la importancia de continuar con la formación de terapeutas en esta innovadora disciplina. Dada la escasez de profesionales especializados en CFT en el ámbito del DCA, se recomienda impulsar la capacitación descrita por Kolts (2023).

Una propuesta de mejora ante líneas futuras de investigación sería la creación y el diseño de ensayos aleatorizados coordinados entre varios centros clínicos, para lograr muestras más grandes y representativas. Asimismo, se plantea la presencia de seguimientos a 6-12 meses para valorar la estabilidad y la consistencia de los cambios producidos tras la intervención. De la misma forma, combinar el uso de autoinformes con biomarcadores (variabilidad de la frecuencia cardíaca, RM-f funcional) y observación conductual, aumentará la precisión de medida.

## 6. LIMITACIONES DE LOS HALLAZGOS

El trabajo actual presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, destacar que al ser un estudio con tamaño muestral reducido ( $N = 3$ ) donde todas las participantes fueron mujeres, con etiología homogénea (ictus) y procedentes de un único centro, se produce una restricción en su validez externa. Esto implica que la generalización de los resultados es discreta. Futuros estudios pueden ampliar el tamaño de la muestra e incluir una mayor diversidad de perfiles, incorporando participantes de distintos géneros, edades, etiologías del DCA o niveles de afectación, con el objetivo de investigar si los efectos de la intervención varían según estas características. De la misma forma, sería interesante utilizar otros diseños metodológicos, donde se combinara la integración de instrumentos estandarizados y escalas cualitativas, enriqueciendo el proceso terapéutico. No solo teniendo en cuenta las diferentes modalidades metodológicas para recoger la información vulnerable, sino ampliando así también los momentos de medición, puesto que el uso exclusivo de mediciones pre-post puede haber captado solo parcialmente la evolución emocional de las participantes, omitiendo cambios graduales o fluctuaciones puntuales que tuvieron lugar durante el proceso terapéutico. Este enfoque puntual en el tiempo asume que los efectos de la intervención se manifiestan de manera lineal y sostenida hasta el momento final de evaluación, lo cual no siempre refleja la complejidad real del cambio psicológico, especialmente en intervenciones que apelan a dimensiones emocionales profundas como la autocompasión o la autocrítica. En este sentido, una mejora metodológica sustancial habría sido la inclusión de Ecological Momentary Assessments (EMA), una estrategia que consiste en recoger datos repetidos a lo largo del día o de la semana, ej. encuestas o datos biométricos (por ejemplo, mediante dispositivos móviles o formularios digitales). Este tipo de medición permitiría monitorear de forma más precisa y ecológica las variaciones emocionales cotidianas, y facilitar la identificación de patrones individuales de respuesta ante ciertos contenidos o prácticas terapéuticas. De esta forma, se consideraría una propuesta prometedora el uso e inclusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) tras el creciente desarrollo de las mismas. Especialmente, la integración de la Realidad Virtual (RV) en este tipo de enfoques terapéuticos y ante una gran variedad de poblaciones. El entorno inmersivo que puede ofrecer la RV permitiría crear experiencias más vivenciales y controladas, facilitando el entrenamiento en habilidades clave como la autocompasión, regulación emocional o conexión con figuras y roles compasivos. Por ejemplo, mediante escenarios guiados, los participantes podrían visualizar y relacionarse con versiones

compasivos de sí mismos o recibir apoyo simbólico en situaciones emocionalmente difíciles, potenciando así la implicación emocional. Además, el uso de las TICs podría incrementar la accesibilidad y adaptabilidad del tratamiento, permitiendo intervenciones más personalizadas y sostenidas en el tiempo.

En segundo lugar, con objetivo de medir los cambios producidos tras la intervención se recurre de forma exclusiva a la presencia de autoinformes (SCS, FSCRS, PWB). En DCA pueden concurrir alexitimia o anosognosia que distorsionen la percepción emocional propia, interfiriendo en la precisión del efecto. De la mano de este último punto, se evidencia la importancia de evaluar la severidad del déficit cognitivo, la anosognosia, así como el estilo de apego con instrumentos específicos, con objeto de proporcionar una explicación más precisa sobre la heterogeneidad de la respuesta.

En tercer y último lugar, cabe señalar que las tres participantes continuaron con su programa habitual de rehabilitación física y/o cognitiva en el centro durante el desarrollo de la intervención. Esta coexistencia de tratamientos puede suponer una variable no controlada que, aunque no invalida los resultados obtenidos, sí limita la posibilidad de atribuir los efectos observados exclusivamente a la intervención con CFT. Por ello, sería recomendable que futuras investigaciones pudieran incorporar un diseño que permitiera controlar o registrar más exhaustivamente otras intervenciones paralelas.

## **7. CONCLUSIONES**

En general, los resultados vislumbran que la CFT puede asociarse a una disminución de la autocrítica y a un aumento del bienestar psicológico en personas con DCA, replicando tendencias observadas en otros trastornos afectivos (Braehler et al., 2013; Gilbert & Proctor, 2006; Kelly & Carter, 2014; Noorbala et al., 2013). Además, muestra variabilidad inter-sujeto, subrayando la importancia de un abordaje flexible y basado en formulación de casos. Por último, refuerza la evidencia de que la rehabilitación holística del DCA se beneficia de intervenciones que aborden la dimensión afectiva, más allá de lo puramente cognitivo-conductual (Beaumont et al., 2012; FEDACE, 2009b; Tirapu, 2007).

Desde una perspectiva metodológica, el diseño de estudio de casos permite una aproximación enriquecedora y contextualizada, complementando la información cuantitativa con datos clínicos y narrativos relevantes. El uso combinado de instrumentos validados otorga rigor y solidez a las observaciones realizadas.

En este sentido, los resultados obtenidos no solo refuerzan la utilidad clínica de la CFT, sino que invitan a reflexionar sobre la necesidad de fomentar una formación continua en nuevos enfoques terapéuticos que integren de forma sensible y ética el sufrimiento humano. La compasión, más allá de ser un recurso clínico, representa una actitud terapéutica transformadora que permite abordar el malestar emocional desde un lugar de respeto, conexión y dignidad. Por lo que, incorporar este enfoque requiere no solo competencias técnicas, sino también una apertura constante a la escucha, la presencia y el encuentro humano.

Por ello, resulta fundamental que profesionales de la salud mental estén comprometidos con una actualización constante que no solo contemple avances científicos, sino que reconozca el valor de lo humano en el acto terapéutico. Puesto que, más allá de los datos, este tipo de intervenciones cobran un sentido profundamente humano: acoger con amabilidad, calidez y sensibilidad el dolor de quienes han atravesado experiencias tan drásticas, cambiantes y difíciles como un DCA. Acompañar con paciencia y comprensión ese camino largo, tedioso e incierto que sigue a una lesión, no es solo deseable, sino necesario. En un mundo que premia la inmediatez y lo efímero, poder detenerse, frenar y escuchar desde el corazón se convierte en un acto de humanidad esencial. Porque, en última instancia, como recordaba Carl G. Jung: “Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas. Pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana.”

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Acabchuk, R. L., Simon, M. A., Low, S., Brisson, J. M., & Johnson, B. T. (2021). Measuring mindfulness in psychological research: A review of instruments and a psychometric meta-analysis. *Health Psychology Review*, *15*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679857>
- Afakir, S., & Martínez, D. (2017). Intervención del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, *11*(número especial), 107–112. <https://doi.org/10.5209/RCCV.55223>
- Asano, K., Tsuchiya, M., Okamoto, Y., Ohtani, T., Sensui, T., Masuyama, A., Isato, A., Shoji, M., Shiraishi, T., Shimizu, E., Irons, C., & Gilbert, P. (2022). Benefits of group compassion-focused therapy for treatment-resistant depression: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, *13*, 903842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.903842>
- Anson, K., & Ponsford, J. (2006). Coping and emotional adjustment following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *21*(3), 248–259. <https://doi.org/10.1097/00001199-200605000-00005>
- Anil Kumar, & Wroten, M. (2023). *Agnosia*. In StatPearls. StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493156/>
- Ashman, T. A., Cantor, J. B., Tsaousides, T., Spielman, L. A., & Gordon, W. A. (2014). Comparison of cognitive behavioral therapy and supportive psychotherapy for the treatment of depression following traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *29*(6), 467–478. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000098>
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, *12*, 128–139.

- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2014). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(6), 922–939. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.939223>
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). ‘Being kinder to myself’: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31–43. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2011.27.1.31>
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199–214.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Potential effects of traumatic brain injury*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/traumatic-brain-injury/about/potential-effects.html>
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Felicetti, T., Giacino, J. T., Harley, J. P., Harrington, D. E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L., & Morse, P. A. (2006). *Cognitive interventions post acquired brain injury*. *Brain Injury*, 20(8), 807–827. <https://doi.org/10.1080/02699050701201813>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). *Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations*. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385–400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dams-O’Connor, K., Juengst, S. B., Bogner, J., Chiaravalloti, N. D., Corrigan, J. D., Giacino, J. T., Whiteneck, G. G., Kreutzer, J. S., Bombardier, C. H., Lange, R. T., Cifu, D. X., Dikmen, S. S., Machamer, J., Novack, T., Temkin, N., Dikmen, R., Bell, K. R., Dikmen, D. B., Clayton, C., ... Zafonte, R. (2023). Traumatic brain injury as a chronic disease: Insights from the United States Traumatic Brain Injury Model Systems Research Program. *The Lancet Neurology*, 22(6), 517–528. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00065-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00065-0)

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572–577.

Enguix Oliver, S., & Gallardo Paúls, B. (2014). El encuadre de los temas de salud: cobertura en prensa escrita del daño cerebral adquirido. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, *26*, 1–17.

Federación Española de Daño Cerebral. (2006). *Neuropsicología y daño cerebral* (Cuadernos FEDACE, Nº 2). <https://fedace.org/files/cuadernos/cuaderno2.pdf>

Federación Española de Daño Cerebral. (2009a). *Las personas con daño cerebral en España: Informe a partir de la EDAD 2008*. [https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2021-7/26-14-8-27.admin.Las\\_personas\\_con\\_Dao\\_Cerebral\\_en\\_Espaa.pdf](https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2021-7/26-14-8-27.admin.Las_personas_con_Dao_Cerebral_en_Espaa.pdf)

Federación Española de Daño Cerebral. (2009b). *Rehabilitación de las alteraciones conductuales derivadas del daño cerebral adquirido* (Cuadernos FEDACE, Nº 10). [https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-19-21-40.admin.10\\_alteraciones\\_conductuales.pdf](https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-19-21-40.admin.10_alteraciones_conductuales.pdf)

Fernández Martínez, E., Pérez Pérez, A. E., & Crespo Moinelo, M. C. (2021). Fundamentos teóricos, metodológicos y prácticos de la rehabilitación cognitiva en adultos con daño cerebral adquirido. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, *13*(2), e531.

Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *21*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>

Galián Paramio, E. (Coord.). (2013). *Convivir con el daño cerebral adquirido*. Editorial Síntesis.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

- García Campayo, J., Navarro, M., Modrego, M., Morillo, H., & Correa, M. (2016). Terapia de compasión basada en los estilos de apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57–69.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión. Características Distintivas*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- González Rodríguez, B. (2014). Alteraciones visuales, atencionales y perceptivas después de un daño cerebral adquirido: Aportaciones desde la neuropsicología. *Integración: Revista sobre discapacidad visual*, (64), 1-14. <https://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/nueva-estructura-revista-integracion>
- González Rodríguez, B. (Coord.). (2012). *Daño cerebral adquirido: Evaluación, diagnóstico y rehabilitación*. Editorial Síntesis.
- Godoy, S. V., Díaz, M. R., & Parra, J. V. (2020). Efectividad de un programa de intervención en cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11(2), 40–56.
- Guarino, L. (2017). Intervención psicológica en pacientes con daño cerebral adquirido. En A. Tapia y M. Franco (Eds.), *Intervenciones psicológicas en salud y educación: Propuestas desde posgrados mexicanos* (pp. 25–44). Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

- Hadi, F., Chiarovano, E., & Cousins, S. (2023). Vestibular agnosia: Toward a better understanding of its mechanisms. *Audiology Research*, 15(1), 15. <https://doi.org/10.3390/audiolres15010015>
- Heutink, J., Indorf, C., & Cordes, I. (2019). The rehabilitation of object agnosia and prosopagnosia: A review. *Restorative Neurology and Neuroscience*. <https://doi.org/10.3233/RNN-211234>
- Huertas Hoyas, E., Pedrero Pérez, E. J., Águila Maturana, A. M., García López-Alberca, S., & González Alte, C. (2015). Predictores de funcionalidad en el daño cerebral adquirido. *Neurología*, 30(6), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.01.001>
- Hudson, J., Thompson, A. R., & Emerson, L.-M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with dermatological conditions: A randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*, 182(4), 992–1000. <https://doi.org/10.1111/bjd.18386>
- Instituto de Mayores & Servicios Sociales. (2007). *Modelo de atención a las personas con daño cerebral* (1ª ed.). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008)*. <https://www.ine.es/prensa/np578.pdf>
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 285–303. <https://doi.org/10.1111/papt.12044>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301–313. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9201-8>
- Kolts, R. L. (2023). *Manual clínico de terapia centrada en la compasión* (F. Mora, Trad.; Ed. orig.: *CFT made simple. A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy*, 2016). Editorial Desclée de Brouwer.

- Khan, N., & Bilal, S. (2023). Effect of compassion-focused therapy on reducing skin shaming among young women with acne vulgaris. *The Therapist*, 7(2), 25–33. <https://www.thetherapist.com.pk/index.php/tt/article/view/99>
- Laithwaite, H., O’Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(05), 511–526.
- Lane, R. D., Fink, G. R., Chau, P. M., & Dolan, R. J. (2000). The role of the prefrontal cortex in the regulation of emotion and affective experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1000(1), 348–358. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05627.x>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- López de Arróyabe Castillo, E., & Calvete Zumalde, E. (2013). Daño cerebral adquirido: Percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y Salud*, 24(1), 27–35. <https://doi.org/10.5093/cl2013a4>
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387–400. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>
- Martínez González, E. (2018). Accidente cerebrovascular (ACV) o ictus: Factores de riesgo y manifestaciones clínicas. *Publicaciones Didácticas*, (96), 465–467. <https://core.ac.uk/display/235852427>
- Masel, B. E., & DeWitt, D. S. (2010). Traumatic brain injury: A disease process, not an event. *Journal of Neurotrauma*, 27(8), 1529–1540. <https://doi.org/10.1089/neu.2010.1358>
- McManus, J., Tsivos, Z., Woodward, S., Fraser, J., & Hartwell, R. (2018). Compassion focused therapy groups: Evidence from routine clinical practice. *Behaviour Change*, 35, 167–173. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.16>

- Montenegro Guerra, K., Aguilar García, I., González Navarro, I., & Mendoza Fernández, G. (2021). Fundamentos teóricos para la formación de habilidades del cuidador de pacientes con daño cerebral adquirido. *Humanidades Médicas*, 21(3), 711–727.
- Noorbala, F., Borjali, A., Ahmadian-Attari, M. M., & Noorbala, A. A. (2013). Effectiveness of Compassionate Mind Training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(3), 113–117. <https://www.researchgate.net/publication/259879001>
- O'Neill, M. (2011). *Can deficits in empathy after head injury be improved by compassionate imagery?* (Tesis doctoral, University of Glasgow). Glasgow Theses Service. <http://theses.gla.ac.uk/2868/>
- O'Neill, M. y McMillan, TM (2012). ¿Es posible mejorar los déficits de empatía tras una lesión cerebral mediante imágenes compasivas? *Rehabilitación Neuropsicológica*, 22 (6), 836–851. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.691886>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda-2030/>
- Parma, J., Shonin, E., & Van Gordon, W. (2024). Bottom-up therapeutic approaches for trauma: A narrative review of neurophysiological mechanisms. *International Journal of Mental Health and Neuroscience*, 12(2), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijmhn.2024.02.003>
- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.4) [Computer software]. <https://cran.r-project.org>
- Reséndiz-Juárez, A., Sánchez-Sosa, J. J., & García-Vázquez, M. R. (2017). Psicoeducación y apoyo psicológico a cuidadores de pacientes con daño cerebral: Una revisión. *Psicología Iberoamericana*, 25(1), 60–72.
- Ricaurte-Jijón, C. C., & Antón-Cedeño, A. M. (2018). *Daño cerebral adquirido: Acercamiento gnoseológico*. *Polo del Conocimiento*, 3(6), 242–254. <https://doi.org/10.23857/pc.v3i6.522>

- Ryff, C. D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377–389. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763>
- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*, 16(2), 189–211. Colegio Oficial de Psicólogos.
- The jamovi project. (2024). *jamovi* (Versión 2.6) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>
- Valdivieso-Jiménez, G., & Macedo-Orrego, L. (2018). Neurociencias y psicoterapia: mecanismo top-down y bottom-up. *Revista Neuropsiquiatría*, 81(3), 183–195. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3386>
- Van Heugten, C. M., & Wilson, B. A. (2021). Psychological interventions for people with acquired brain injury. In B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten, & T. Ownsworth (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook* (pp. 403–417). Routledge.
- Wiat, L., Burlaud, A., & Marteau, L. (2012). Family-centered approach in neurorehabilitation: A review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(4), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.04.002>

## 9. ANEXOS

### Anexo 1:

#### HOJA DE INFORMACIÓN

**Título del estudio:** Intervención terapéutica en personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA)

**Promotor:** Universidad Europea de Valencia

**Investigadores:** Inmaculada Granado López y Sergio C. Torres

**Centro:** Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar bajo el amparo de la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

#### ¿Cuál es el motivo de este estudio?

Con este estudio se pretende investigar la aplicación de un programa de actividades terapéuticas diseñadas para personas que sufren un daño cerebral adquirido. Para ello se administrarán algunos cuestionarios y recogerán datos sobre su bienestar.

#### RESUMEN DEL ESTUDIO:

El daño cerebral adquirido (DCA) conlleva una compleja casuística y repercusión a nivel global, puesto que interfiere a nivel personal, familiar y social. Esta condición de salud presenta una gran diversidad de secuelas que varían en el grado de severidad y afectación en los planos físico, sensorial, neuropsicólogo y relacional de la persona, así como de los principales cuidadores y familiares que le rodean. Es por ello que la optimización de intervenciones psicológicas resulta de gran relevancia para potenciar la reincorporación del paciente a las diversas esferas sociales y personales en los

cuales interactuaba el sujeto antes de la lesión. Este estudio pretender avanzar en esta línea.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO:** La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el profesional que le atiende ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento (si lo hubiere). En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

**¿Quién puede participar?** El estudio se realizará en ALENTO – Asociación de Daño Cerebral en Vigo, Pontevedra. El reclutamiento de los participantes será a través de comunicación interna, citándolos para una reunión de 30 minutos y explicándoles el motivo de la citación.

**¿En qué consiste el estudio y mi participación?** Su participación consistirá en realizar algunas actividades dirigidas, pensadas para mejorar el bienestar psicológico percibido y adquirir herramientas adecuadas para poner en práctica ante situaciones difíciles de la vida cotidiana. Esta intervención contará con 15 sesiones con una duración de 1 h y 30 min cada una que se desarrollará tres veces por semana durante un mes. Se requiere la cumplimentación de diversas escalas y cuestionarios breves en formato lápiz y papel.

**¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación?** Conocer las habilidades y capacidades emocionales y/o conductuales con las que cuentan las personas con daño cerebral adquirido. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que para la toma adicional de los registros necesarios no se incurre en ninguna acción nociva ni perniciosa.

**¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen?** Todos los datos relevantes para el estudio serán recogidos y almacenados cumpliendo con la normativa de protección de datos vigente. Nos aseguraremos de que toda tu información - sin restricciones - sea tratada de manera confidencial. El presente estudio llevará a cabo el tratamiento de los datos personales de acuerdo con el

Reglamento general de protección de datos (UE) 2016/679 y la Ley De Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 3/2018, de 5 de diciembre. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su profesional del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al profesional del estudio o colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

**¿Recibiré algún tipo de compensación económica?** No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. No obstante, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

**¿Quién financia esta investigación?** No hay financiación para este estudio.

**OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:** Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En

cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

**CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO:** Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Valencia, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

**PREGUNTAS:** Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

**INVESTIGADORES DEL ESTUDIO:** Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de contactar con nosotros: [inmagralo@hotmail.com](mailto:inmagralo@hotmail.com). En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Valencia.

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D. /D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años,  
con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_.  
He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al profesional responsable del estudio.

En Vigo, a día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y nº de colegiado del investigador  
paciente/participante

Firma y nº de DNI del

### **Anexo 2:**

#### ¿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.

### **Anexo 3:**

#### ESCALA DE FORMAS DE AUTO CRÍTICA/ ATAQUE Y DE FORMAS DE AUTO TRANQUILIZARSE

(Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, y Irons, 2004. Traducido por Carlos López-Cavada y Rafael Jódar Anchía, 2017).

Cuando las cosas van mal en nuestra vida o no funcionan como lo esperábamos, y sentimos que podríamos haberlo hecho mejor, a veces tenemos pensamientos negativos y auto-críticos. Esto puede llevar la forma de sentimientos de falta de valía, de inutilidad, e inferioridad, etc. Sin embargo, las personas pueden también probar a ser de apoyo consigo mismos. Debajo hay una serie de pensamientos y sentimientos que a veces las personas tienen. Lee atentamente cada frase y rodea el número que mejor describa cómo de verdadera es esa afirmación para ti.

Por favor, use la siguiente escala.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Nada, absolutamente no	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
------------------------------	---------	---------------	----------	----------------

Cuando las cosas me van mal:

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Me decepciono fácilmente conmigo mismo.   | 0 1 2 3 4 |
| 2. Hay una parte de mí que me critica.   | 0 1 2 3 4 |
| 3. Soy capaz de recordarme a mí mismo cosas positivas de mí.                                 | 0 1 2 3 4 |
| 4. Encuentro difícil controlar mi enfado y frustración hacia mí.                             | 0 1 2 3 4 |
| 5. Encuentro fácil perdonarme a mí mismo.  | 0 1 2 3 4 |
| 6. Hay una parte de mí que siente que no soy suficientemente bueno.                          | 0 1 2 3 4 |
| 7. Me siento agotado por mis pensamientos autocríticos.                                      | 0 1 2 3 4 |
| 8. Aún me gusta ser yo.  | 0 1 2 3 4 |
| 9. He llegado a estar tan enfadado conmigo mismo que quiero herirme o lesionarme a mí mismo. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Tengo un sentimiento de repulsión conmigo mismo.   | 0 1 2 3 4 |
| 11. Aún me puedo sentir digno de amor y aceptable.   | 0 1 2 3 4 |
| 12. He parado de cuidarme a mí mismo.  | 0 1 2 3 4 |
| 13. Encuentro fácil gustarme a mí mismo.   | 0 1 2 3 4 |
| 14. Recuerdo y me aflijo por mis fracasos.   | 0 1 2 3 4 |
| 15. A veces me digo cosas ofensivas a mí mismo.  | 0 1 2 3 4 |
| 16. Soy amable conmigo mismo y me apoyo.   | 0 1 2 3 4 |
| 17. No puedo aceptar fallos y contratiempos sin sentirme insuficiente.                       | 0 1 2 3 4 |
| 18. Pienso que merezco mi auto-crítica.  | 0 1 2 3 4 |
| 19. Soy capaz de mirar y cuidar de mí mismo.   | 0 1 2 3 4 |
| 20. Hay una parte de mí que quiere deshacerse de las partes que no me gustan.                | 0 1 2 3 4 |
| 21. Me animo/aliento para el futuro.   | 0 1 2 3 4 |
| 22. No me gusta ser yo.  | 0 1 2 3 4 |

**Anexo 4:**

### ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*
5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*
9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
15. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro

**18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí**

**19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad**

20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo

**21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general**

*22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen*

**23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida**

**24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo**

25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida

*26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*

*27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos*

28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria

29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida

30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida

**31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo**

**32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí**

33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo

34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está

35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo

*36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*

**37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona**

**38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento**

**39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla**

Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31.

Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32.

Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33.

Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39.

Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38.

Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

Los ítems inversos se presentan en letra cursiva. Los ítems seleccionados para la versión de 29 ítems se presentan resaltados en negrita.