



**Universidad
Europea MADRID**

Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un caso de Inflexibilidad Psicológica

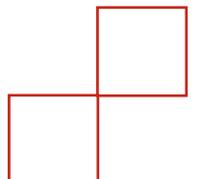
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Laura Camacho Fernández

Tutoras: Sara Gracia Gómez

Marta San Antolín Gil

28 Febrero 2022



ÍNDICE

Resumen	3
1. Introducción	4
1.1 Breve recorrido teórico sobre la inseguridad emocional	4
1.2 Relación de la sintomatología depresiva y la inseguridad emocional	5
1.3 Prevalencia de la sintomatología depresiva	5
1.4 Tratamientos eficaces para la sintomatología depresiva	5
1.5 El modelo transdiagnóstico.....	7
1.6 Breve introducción a la ACT.....	8
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	11
3. Estrategias de Evaluación.....	12
4. Formulación clínica del caso	15
4.1 Hipótesis de origen y mantenimiento.....	17
4.2 Objetivos terapéuticos.....	20
5. Tratamiento	21
6. Valoración del tratamiento	26
6.1 Adherencia al tratamiento	27
6.2 Consecución de objetivos	27
7. Discusión y conclusiones.....	30
7.1 Limitaciones	33
7.2 Estudios futuros	34
7.3 Conclusiones	35
8. Referencias bibliográficas	37
Anexo	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. Análisis funcional del caso clínico	19
--	----

Resumen

Se presenta un caso de inseguridad emocional, autoexigencia y sintomatología depresiva, interpretado como un problema de inflexibilidad psicológica. La paciente de 27 años se sentía desarraigada en Berlín y fusionada con una serie de pensamientos que cuestionaban su valía, por lo que tendía a la evitación experiencial y al control de sus eventos privados, olvidándose así de seguir la dirección de su vida valiosa. El tratamiento terapéutico ha sido planteado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Para el proceso de evaluación se ha llevado a cabo una entrevista no estructurada guiada por el análisis funcional y orientada a evaluar los procesos del hexaflex, empleando a su vez diversos instrumentos de evaluación (AAQ-II, CFQ, Diana de Valores). El principal objetivo de ACT es implementar un patrón de conducta más flexible, aplicando para ello diferentes estrategias terapéuticas como la desesperanza creativa, la defusión cognitiva, el yo como contexto, el compromiso con los valores y el control como problema, mediante el uso de diversas metáforas y ejercicios experienciales. Tras trece sesiones de intervención, aún no concluida, se puede observar como la paciente elige libremente atender y aceptar los eventos privados desagradables mientras lleva a cabo acciones coherentes con sus valores, y experimenta distancia entre sus pensamientos y ella misma.

Palabras clave: ACT, Inflexibilidad Psicológica, Inseguridad Emocional, Sintomatología Depresiva.

Abstract

A case of emotional insecurity, self-demanding and depressive symptomatology is presented, interpreted as a problem of psychological inflexibility. The 27-year-old patient felt uprooted in Berlin and merged with a series of thoughts that questioned her worth, so she tended to experiential avoidance and control of her private events, thus forgetting to follow the direction of her valuable life. The therapeutic treatment has been approached from Acceptance and Commitment Therapy. For the assessment process, an unstructured interview guided by functional analysis and oriented to evaluate the hexaflex processes has been carried out, using different assessment instruments (AAQ-II, CFQ, Diana of Values). The main objective of ACT is to implement a more flexible behavioral pattern, applying different therapeutic strategies such as creative hopelessness, cognitive defusion, self as context, commitment to values and control as a problem, through the use of various metaphors and experiential exercises. After thirteen sessions of intervention, not yet concluded, it can be observed how the patient freely chooses to attend to and accept unpleasant private events while carrying out actions consistent with her values, and experiences distance between her thoughts and herself.

Keywords: ACT, Psychological Inflexibility, Emotional Insecurity, Depressive Symptomatology.

1. Introducción

1.1 Breve recorrido teórico sobre la inseguridad emocional

Partiendo de la idea de que actualmente no hay una definición consensuada y compartida en la literatura sobre el concepto de seguridad-inseguridad psicológica, se ofrecen una serie de definiciones desde diferentes enfoques teóricos.

Los primeros autores en identificar el concepto de seguridad/inseguridad psicológica fueron Maslow et al. (1945). Estos autores realizaron una descripción y diferenciación de ambos conceptos (ver Tabla 1), sin embargo, se emplea con frecuencia el término seguridad psicológica como sentimiento de seguridad y ausencia de miedo y ansiedad, y, por el contrario, la inseguridad psicológica como sentimiento de anticipación de riesgo o peligro para uno mismo.

Para Taormina y Sun (2015) *“la inseguridad psicológica es un estado indeseable en el que la persona es demasiado sensible y se siente fácilmente herida por los comportamientos emocionalmente molestos de otras personas”* (p.183). Estos autores descubrieron que la inseguridad psicológica y la confianza interpersonal son variables opuestas entre sí, es decir, correlacionan negativamente entre ellas: a más inseguridad psicológica menor confianza interpersonal.

Bowlby (1958) en su teoría del apego, sostiene que los humanos tendemos a establecer fuertes vínculos afectivos con al menos un cuidador principal. Esta relación permite al individuo desarrollarse social y emocionalmente, y experimentar un sentimiento de seguridad. Demir (2008) observó que la seguridad emocional es una de las características más importantes en las relaciones amorosas adultas que precedían la felicidad, éstas se convierten en la principal figura de apego sustituyendo a los miembros familiares; durante el proceso de apego el sentimiento de seguridad desempeña un papel crucial.

Desde otro enfoque, la *teoría de seguridad emocional del niño* (Cummings y Davies, 1995; Cummings et al., 2012) define la seguridad emocional como un proceso de regulación desde una perspectiva familiar, que regula y es regulada por las interacciones niño-familia. Según dicha teoría los

conflictos matrimoniales predicen la inseguridad emocional en los niños, y a su vez, dicha inseguridad, se relaciona con problemas de adaptación (Cummings y Davies, 1995; Cummings et al., 2010).

1.2 Relación de la sintomatología depresiva y la inseguridad emocional

Diferentes investigaciones apoyan la idea de que la sintomatología depresiva, entre otros trastornos psicológicos, está vinculada a la inseguridad emocional (Alegre et al., 2014; Yu et al., 2021), y que además, dicha inseguridad puede ser predictora del desarrollo de problemas futuros de internalización (Cummings et al., 2012).

1.3 Prevalencia de la sintomatología depresiva

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017), valora mediante el cuestionario PHQ-8 (Brief Patient Health Questionnaire Depression Module) la presencia y severidad de sintomatología depresiva en la población española. La ENSE (2017) obtuvo como resultado que más del 15% de la población mayor de 15 años presentó sintomatología depresiva, siendo dicha prevalencia el doble en mujeres que en hombres.

1.4 Tratamientos eficaces para la sintomatología depresiva

De los tratamientos más eficaces para la sintomatología depresiva destacan los farmacológicos y los psicológicos (Pérez y García, 2001). De Maat et al. (2006) obtuvieron en su meta-análisis resultados similares en ambos tratamientos a corto plazo; sin embargo, a largo plazo, resultaron ser más eficaces los tratamientos psicológicos, presentando una menor tasa de abandonos y recaídas. Los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la sintomatología depresiva incluyen la Terapia Cognitiva Conductual, la Terapia Interpersonal, la Terapia de Solución de Problemas, la Activación Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Cuijpers, Andersson et al., 2011; Echeburúa et al. 2010; Bohlmeijer et al., 2011)

a) Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Es un modelo de tratamiento psicológico que sostiene que la existencia de pensamientos y creencias distorsionadas y/o conductas disfuncionales son las que causan y/o mantienen malestar. Dichos tratamientos están basados en la modificación de eventos privados, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas, para así, reducir los síntomas. Es un modelo centrado en el problema (Polo y Díaz, 2011; Fullana et al., 2012). Gortner et al. (1998) concluyeron que la TCC es efectiva en el tratamiento de la sintomatología depresiva, siendo incluso superior a otras psicoterapias.

b) Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Es un tipo de TCC basada en los principios de la teoría del aprendizaje social: las personas reaccionan y mantienen el control de su vida en base a la valoración que realizan de las situaciones sociales y a las habilidades de afrontamiento que poseen para manejar dichas situaciones (Areán, 2000). Por ello, tiene como objetivo dotar a las personas de unas habilidades de afrontamiento adaptativas. Nezu (1986) y Nezu y Perri (1989) demostraron que la reducción de la sintomatología depresiva de la muestra estaba unida al incremento en las habilidades de solución de problemas.

c) Terapia Interpersonal (TIP)

Es una intervención psicológica breve y estructurada, desarrollada específicamente para el tratamiento de la depresión, basada en la teoría interpersonal. Dicha teoría destaca la vital relevancia que las relaciones interpersonales tienen sobre la configuración de la personalidad y la psicopatología de los individuos. Jarrett y John-Rush (1994), y posteriormente Cuijpers, Geraedts et al. (2011), obtuvieron resultados que avalaban la eficacia de la TCC y TIP para pacientes con sintomatología depresiva.

d) Activación Conductual (AC)

Es una terapia independiente para la depresión. Su objetivo es ayudar a las personas deprimidas a retomar su vida mediante estrategias de activación focalizadas para entrar en contacto con fuentes de refuerzo positivo, evitando así las conductas de evitación, retraimiento e inactividad que agravan la sintomatología depresiva (Jacobson et al., 2001). La AC es una terapia de tercera generación, ya que tiene en cuenta la filosofía contextual, situando los trastornos psicológicos en el contexto de las circunstancias

personales y no en los procesos internos; se basan en la idea de que todo ‘síntoma’ tiene una función (Álvarez, 2007). Diversos estudios han mostrado la efectividad de la AC en pacientes con sintomatología depresiva (Barraca, 2010).

e) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Es una psicoterapia respaldada científicamente y que forma parte de la “tercera generación de terapia conductual y cognitiva”, cuyo objetivo general es aumentar la flexibilidad psicológica en las personas. La ACT promueve la aceptación de los eventos privados desagradables mediante la atención plena y el compromiso a tomar acción con los valores propios, disminuyendo así la evitación experiencial. Cada vez son más las pruebas que apoyan que la evitación experiencial es un mecanismo implicado en la sintomatología depresiva y en otras psicopatologías (Hayes et al., 2004).

Son múltiples los estudios que muestran que la ACT reduce significativamente la sintomatología depresiva, manteniéndose dichos resultados en los posteriores meses de seguimiento (Bohlmeijer et al., 2011; Forman et al., 2007; Twohig y Levin, 2017). Recientemente, Bai et al. (2020) realizaron un meta-análisis actualizado sobre la eficacia de ACT para la sintomatología depresiva, donde obtuvieron que, tras la aplicación de ACT, la sintomatología depresiva disminuía significativamente.

1.5 El modelo transdiagnóstico

Recientemente, en la psicología clínica ha surgido un énfasis en el desarrollo de modelos transdiagnósticos que parten de la base de que los problemas psicológicos pueden compartir procesos patológicos comunes, y por tanto, persigue el desarrollo de protocolos integrados válidos para un conjunto de trastornos (Sandín, 2012). La inflexibilidad psicológica es un proceso transdiagnóstico y el concepto central de la ACT. La inflexibilidad psicológica es *“un patrón en el que el comportamiento está excesivamente controlado por los propios pensamientos, sentimientos y otras experiencias internas, o para evitar estas experiencias, a expensas de acciones más eficaces y significativas”* (Levin et al., 2014, p.2).

La inflexibilidad se compone de seis subprocesos básicos interrelacionados y superpuestos, conocido como *hexaflex*, a saber: la *evitación experiencial*, proceso por el cual los individuos evitan, escapan o controlan la presencia de eventos privados desagradables, limitando con ello su vida; la *falta de contacto con el momento presente*, con el aquí y ahora; la *confusión de valores personales* y la falta de *compromiso* con ellos, es decir, no vivir tu vida de forma coherente con tus valores; el *yo contenido*, caracterizado por la tendencia a no diferenciar entre el acto de tener un pensamiento, el pensamiento, y la persona que se está dando cuenta de ello; y la *fusión cognitiva*, proceso por el cual el individuo se queda atrapado por la literalidad de las funciones verbales, no se distingue ni del contenido ni del proceso de pensar y sentir, sino que se identifica con ellos (Luciano y Valdivia, 2006).

Tanto la inflexibilidad psicológica como la evitación experiencial contribuyen al desarrollo, mantenimiento y exacerbación de numerosos trastornos psicológicos. Se ha detectado la evitación experiencial como base en los trastornos depresivos, de ansiedad, de consumo de sustancias y de alimentación. Los comportamientos de evitación pueden verse reforzados a corto plazo por el alivio inmediato de aquellos pensamientos y sentimientos que causan malestar, sin embargo, a largo plazo se convierten en estrategias inflexibles y rígidas (Levin et al., 2014)

1.6 Breve introducción a la ACT

Dentro de las terapias de tercera generación, destaca la ACT por ser la más completa de las terapias contextuales. La ACT pone el énfasis en la aceptación y alteración de la función de los eventos privados en lugar de la evitación o reducción de éstos, para generar un comportamiento más flexible (Hayes et al., 2014). De hecho, desde la ACT, se postula que la evitación experiencial es el origen o mantenimiento de los problemas psicológicos, entendiendo dicha evitación como un modo de funcionamiento inflexible y limitante (Luciano y Valdivia, 2006).

La ACT busca crear en sesión diversas interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia de sus eventos privados para ayudarlo a comportarse de forma coherente con sus valores personales, al tiempo que se desarrolla la flexibilidad psicológica (Luciano y Valdivia, 2006). Para lograr cambiar el patrón de conducta de evitación experiencial y de fusión cognitiva, ACT recurre a tres métodos

fundamentales como son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. A través de estas herramientas se rompe la excesiva literalidad del lenguaje, permitiendo así atender a las sensaciones de forma plena (Hayes et al., 2009).

Diversas revisiones apoyan la evidencia y eficacia de la ACT para una amplia gama de problemas psicológicos, desde los trastornos más graves, como psicosis y trauma (Spidel et al., 2018), depresión e ideación suicida (Walser et al., 2015), dolor crónico (Wetherell et al., 2011), trastornos de ansiedad y trastornos del espectro del TOC (Bluett et al., 2014), hasta en población no clínica (Stenhoff et al., 2020). Se han obtenido resultados similares de la ACT en diferentes grupos étnicos, clases sociales y regiones geográficas, lo cual es otro apoyo científico para esta terapia (Hayes et al., 2006).

Tasa de abandono en ACT

Ong et al. (2018) realizaron un meta-análisis de las tasas de abandono en la ACT. No encontraron diferencias significativas entre la tasa de abandono en la ACT y la tasa en otras psicoterapias, obteniendo una tasa del 15,8% en una muestra exclusiva de la ACT y del 16% en una muestra inclusiva. Identificaron la experiencia del terapeuta como moderador significativo del abandono de la ACT: a mayor experiencia menor tasa de abandono.

Papel del terapeuta en ACT

Hayes et al. (2000) exponen en una serie de puntos cuál es la actitud que debe adoptar el terapeuta de ACT: no hay que luchar con lo que el paciente experimenta; no hay que rescatar a los pacientes de sus dificultades; no hay que aceptar lo razonable que pueda ser algo sino su utilidad; hay que convertir los obstáculos en oportunidades: si el paciente se siente atrapado, frustrado, confuso, etc., hay que aprovecharnos de ello, es lo que necesita trabajarse y lo está experimentando en el momento presente; si el propio terapeuta se siente frustrado, confuso, asustado o atrapado, ambos están en la misma barca y el trabajo se humanizará; es más importante hacer lo que dices que decir lo que hay que hacer; no se discute con el paciente; no hay que protegerse a uno mismo poniéndose por encima del paciente; hay que poner el foco en la función que cumple la conducta, no en su forma o frecuencia.

Evidencia empírica de la ACT en pacientes con sintomatología depresiva e inseguridad emocional

García (2000) aplicó la ACT a un caso de evitación experiencial, donde la paciente no estaba dispuesta a conectar con sus eventos privados, además presentaba inseguridades y falta de valía. Se trabajó desde la ACT y desde la AC con el objetivo de conseguir la aceptación de las experiencias privadas en lugar de la evitación, y el compromiso con sus valores. En las evaluaciones pre tratamiento, la paciente obtuvo puntuaciones de depresión severa, evitación experiencial media-alta y rumia alta, sin embargo, en las evaluaciones post tratamiento, obtuvo puntuaciones de depresión ausente y evitación experiencial y rumia baja, mostrando una notable mejoría. Estos resultados permiten generar acumulación casuística de respuesta favorable a las terapias AC y ACT en casos clínicos de bajo estado de ánimo e inseguridades.

Actualmente, Yu et al. (2021) han realizado un estudio longitudinal siguiendo la misma línea de investigación que Cummings et al. (2012), expuesta anteriormente, asumiendo que la inseguridad emocional es un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de desarrollar problemas de salud mental. Han aplicado atención plena en una población de adolescentes, y han comprobado, entre otras cuestiones, que la inseguridad emocional y la alta sensibilidad al rechazo se asociaron positivamente con la depresión, la ansiedad y el estrés, sin embargo, se asociaron negativamente con la atención plena. Obtuvieron que la estrategia mindfulness, a largo plazo, disminuía la sensibilidad al rechazo, y con ello, la inseguridad emocional y la sintomatología depresiva.

Tomando como referencia el modelo transdiagnóstico, y partiendo de la idea de que detrás de los problemas psicológicos se encuentra un patrón de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial, en el presente estudio de caso único se ha aplicado la ACT por su evidencia y eficacia para un sinnúmero de problemáticas psicológicas en diversos contextos, con el objetivo general de aumentar la flexibilidad psicológica de la paciente.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Datos del paciente

La paciente es una mujer de 27 años, de nacionalidad española. Actualmente reside en Berlín. Allí conoció a su pareja, llevan 1 año y medio juntos. Ha estudiado humanidades, era guía turística, actualmente trabaja en restauración. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 6 años. Tiene un hermano menor. Mantiene buena relación familiar, sobre todo con su madre y su hermano. Tiene un nivel sociocultural/económico medio. No constan diagnósticos ni tratamientos psicológicos y farmacológicos previos. Se asegura el anonimato de la paciente; ha firmado un consentimiento informado.

Motivo de consulta del paciente

La paciente refiere “estar de bajón”, “sentirse sola”, echar de menos a su familia. Se siente desarraigada en Berlín, siente que le faltan herramientas para gestionar estas emociones y sensaciones, se debate entre volver a Ibiza a trabajar en la empresa familiar con más seguridad pero con menos independencia, o quedarse en Berlín y buscar otra vida más independiente. Quiere abordar las inseguridades que presenta respecto a su trabajo (“no sé si realizo bien mi trabajo”), su pareja (“la ex de mi pareja es mejor que yo”), su familia (“no quiero ser como mi padre”), las relaciones sociales (“qué van a pensar de mí”), y el qué hacer con su vida. Quiere adquirir una serie de herramientas para gestionar sus emociones, la toma de decisiones y la autoexigencia.

Motivo de consulta a nivel clínico

Tomando como referencia el modelo transdiagnóstico, la paciente experimenta los seis aspectos centrales que definen la inflexibilidad psicológica:

Evitación experiencial. La paciente está en continua lucha con aquellos pensamientos y emociones que para ella son desagradables, como la tristeza y melancolía por estar lejos de su familia, entre otros. No acepta sus eventos privados, intenta evitarlos, por ejemplo, consumiendo alcohol.

Falta de contacto con el presente. No está en contacto con el momento presente, con aquello que está experimentando en Berlín, con su pareja... sino que dedica gran parte de su tiempo a anticipar posibles consecuencias sobre el trabajo, la pareja, la familia o las relaciones con los compañeros de trabajo: “echo de menos a mi familia”, “si me voy se romperá nuestra relación”, “no tengo que quedarme callada con mis compañeros”.

Fusión cognitiva y yo contenido. Está tan fusionada con sus pensamientos del tipo “debería ser más productiva”, “no puedo estar parada sin hacer nada”, que adopta un patrón de conducta inflexible de autoexigencia descontextualizada que se ve reflejado en la necesidad de estar continuamente activa y el abandono en su autocuidado, seguido de un sentimiento de tristeza, rabia e impotencia si no realiza aquello que le dice su mente.

Confusión y no compromiso con sus valores. Presenta a su vez un conflicto entre valores, y por ello tiene dificultad en la toma de decisiones: se debate entre continuar en Berlín, sintiéndose así más independiente, o volver a España, sintiéndose así más segura.

3. Estrategias de Evaluación

El proceso de evaluación se llevó a cabo mediante una **entrevista no estructurada**, en la cual el terapeuta mantiene una actitud flexible y realiza preguntas abiertas que permiten una recogida de información más extensa y exacta. No se elaboró un guion previo de preguntas, sin embargo, la entrevista fue guiada por el hexaflex para evaluar todos los procesos que componen la flexibilidad psicológica: atención al momento presente, clarificación y compromiso con los valores, yo como contexto, defusión cognitiva y aceptación psicológica. Durante dicha entrevista se aplicaron diferentes técnicas de evaluación, descritas a continuación.

El **genograma** es una representación gráfica donde se incluye la información básica de al menos tres generaciones de la familia del individuo, así como las relaciones familiares que existen entre ellos (Compañ et al., 2012). Estos datos pueden aportar una gran cantidad de información al caso, como, por

ejemplo, cómo han afectado las figuras de su entorno familiar en el problema del paciente, o cómo ha afectado el problema del paciente en sus relaciones familiares. Se llevó a cabo en la primera sesión.

La **metáfora del jardín** (Anexo 1) es una estrategia de evaluación en la que el paciente debe situar los valores de diferentes áreas de su vida y evaluar su comportamiento frente a éstas, además de identificar los obstáculos que le impiden realizar acciones valiosas, que son, normalmente, eventos privados aversivos (Luciano y Wilson, 2002). Para ello se emplea la metáfora como un paralelismo: las plantas del jardín son las áreas valiosas de su vida, el paciente es el jardinero encargado de cuidar ese jardín (valores) y las “malas hierbas” son las barreras que se le presentan y que no le permiten realizar de forma correcta su labor de jardinero. Los principales objetivos de esta metáfora son la clarificación de valores y el compromiso con ellos. Además, mediante el concepto de “malas hierbas” se promueve la desesperanza creativa y con ello la búsqueda de soluciones alternativas como la aceptación de los eventos privados desagradables, fomentando así la flexibilidad psicológica del paciente. La metáfora se introdujo en la primera sesión de evaluación tras conocer el motivo de consulta de la paciente y se ha ido retomando en las siguientes fases de evaluación, intervención y valoración de la terapia. Es un instrumento clínicamente útil en ACT y sus propiedades psicométricas están en desarrollo (Martínez et al., 2006).

La **Diana de Valores** es una herramienta clínicamente útil tanto para la evaluación de los valores personales del paciente como para la evaluación del tratamiento llevado a cabo. Este instrumento consta de tres partes. En la primera parte el paciente tiene que identificar sus valores personales en diferentes áreas (relaciones sociales, trabajo, crecimiento personal/salud y ocio) y representar mediante un tablero (“El Blanco”) si en el momento presente está viviendo una vida en consonancia con sus valores o no (Anexo 2). En la segunda parte debe identificar los obstáculos que le impiden vivir de forma coherente con sus valores, y puntuar del 1 al 7 cómo de poderoso es el obstáculo. Por último, en la tercera parte, tiene que elaborar un plan de acción que le dirija a vivir una vida valiosa (Lundgren et al., 2012).

En este caso, en la segunda sesión se le pidió a la paciente leer la diana de valores como tarea para casa y en la tercera y siguientes sesiones se comenzó a trabajar con ella. Se utiliza dicho ejercicio con

el objetivo de clarificar los valores personales de la paciente y como estrategia de evaluación pre tratamiento. En prácticamente todas las sesiones se ha recurrido o mencionado la diana de valores, con el objetivo de recordar sus valores y evaluar el plan de acción que estaba llevando a cabo entre sesiones, sirviendo también como medida de evaluación inter tratamiento. La diana de valores ha mostrado buena estabilidad temporal y validez de constructo (Lundgren et al., 2012).

La **línea de vida** es un instrumento en forma de tabla temporal que consiste en recapitular y resaltar aquellos momentos de cambio, eventos o experiencias significativas que han ido sucediendo en la vida de la persona desde el nacimiento hasta la actualidad, e incluso se pueden proyectar expectativas y eventos que se desea que tengan lugar en el futuro. Otro objetivo de este instrumento es la evaluación de los patrones de respuesta de la persona en situaciones difíciles ante eventos privados desagradables, es decir, la evaluación de sus estilos de afrontamiento (Villegas, 2013).

El **“Cuestionario de Aceptación y Acción- II”** (AAQ - II; Bond et al., 2011) es de los instrumentos psicométricos más utilizados para medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Esta última versión del cuestionario consta de 7 ítems que se responden mediante una escala Likert de 7 opciones, siendo la opción número 1 “completamente falso” y la 7 “completamente cierto”. Se ha utilizado la versión española, la cual cuenta con buena consistencia interna (alfa entre 0.75 y 0.85) y buena validez de constructo, validez externa y validez discriminante (Ruiz et al., 2013; ver Anexo 3). Se le administró en la primera sesión como medida de evaluación pre tratamiento, y en la sesión número diez se le volvió a administrar como medida de evaluación inter tratamiento, evaluando así tanto el progreso de la paciente como la eficacia del proceso terapéutico.

El **“Cuestionario de Fusión Cognitiva”** (CFQ) es un autoinforme que, como su propio nombre indica, mide la fusión cognitiva. El cuestionario consta de 7 ítems que se responden mediante una escala Likert de 7 opciones, siendo “nunca” la respuesta número 1 y “siempre” la respuesta número 7. Se ha utilizado la versión española (Romero-Moreno et al., 2014; ver Anexo 4); cuenta con buena consistencia interna (alfa de 0.87) y buena fiabilidad test-retest, así como buena validez discriminante (Gillanders et al., 2014). Se le administró a la paciente en la primera sesión como medida de evaluación pre

tratamiento, y en la sesión número diez se le volvió a administrar como medida de evaluación inter tratamiento evaluando así tanto el avance de la paciente como el transcurso del proceso terapéutico.

4. Formulación clínica del caso

A continuación se analizan los resultados de las pruebas de evaluación. Del **genograma** cabe destacar que sus padres se divorciaron cuando ella tenía 6 años. Su madre y su hermano viven en Ibiza, mantienen muy buena relación; se siente triste y sola al estar lejos de ellos. Su padre vive en Barcelona, mantienen buena relación; éste tiene un problema con el alcohol y la paciente está fusionada con el pensamiento “no quiero ser como mi padre” (yo contenido), le da miedo sentirse como él y para evitarlo se obsesiona con “ser sana”, se autoexige ir al gimnasio o restringir ciertas comidas.

En la **metáfora del jardín** incluyó a su pareja, su trabajo y el área social. Respecto a su pareja, refiere tener buena relación, llevan año y medio juntos. Él mantiene relación con su exnovia y esto le provoca muchos celos, está fusionada al pensamiento “su ex es mejor que yo”, el cual le crea inseguridades en la pareja. Considera que cuida esta relación. Respecto al trabajo, quiere aprender cosas nuevas. Considera que esta área no está muy cuidada. Respecto al área social, quiere buscar piso para disfrutar de un ambiente más familiar. Considera que esta área está poco cuidada. Tras estos resultados, se puede comprobar la falta de compromiso que la paciente tiene con sus valores.

Refiere querer ser una persona sana y no parecerse a su padre, y sin embargo, en ocasiones ingiere grandes cantidades de alcohol y otras drogas; es otro indicador de la falta de compromiso con sus valores.

Cuando se le plantean los obstáculos que aparecen en su día a día, menciona las inseguridades con su pareja, familia y compañeros de trabajo. Al estar centrada en esas “malas hierbas” descuida las áreas importantes de su vida; por ejemplo, al enredarse en el pensamiento “no voy a ser capaz” no presta la atención necesaria en la ejecución de su trabajo.

Además de estar fusionada cognitivamente con estas inseguridades, está continuamente pendiente de lo que puede pasar en el futuro (“si me voy nuestra relación acabará”) y de las evaluaciones sobre ella (“qué van a pensar de mí”), es decir, presenta una falta de contacto con el momento presente.

En la **Diana de Valores** ha clarificado sus valores (ver Anexo 5) y ha marcado cómo de lejos o cerca está situada de su vida valiosa.

Identifica como obstáculos la autoexigencia, incomodidad, obsesión por estar sana o ser creativa, atender a lo que piensan los demás, inseguridades, pensamientos intrusivos y el estar más al servicio de otros que al suyo propio. Indica una puntuación entre 4 y 5 sobre el grado en el que estos obstáculos le impiden vivir de forma coherente con sus valores, siendo 1 “no me lo impide en absoluto” y 7 “me lo impide completamente”.

En la **línea de vida** destaca como desagradable el divorcio de sus padres, ir a trabajar a Berlín y la ruptura de la pareja de su madre; las principales estrategias de afrontamiento ante estos sucesos han sido la evitación experiencial: salir a hacer footing, distracción, llanto.

La puntuación en **AAQ-II** fue de 22 (puntuaciones promedio sin problema clínico: 18-23; con problema clínico: >29). Da la mayor puntuación (4 sobre 7 – “a veces cierto”) al ítem número 7: “mis emociones me causan problemas en la vida”. Los cuestionarios son un apoyo para afianzar la visión y evaluación no instrumentalizada del terapeuta. Aunque la puntuación que obtiene en el AAQ-II pertenece al rango “sin problema clínico”, mediante la entrevista se comprueba que en múltiples ocasiones la paciente no acepta sus eventos privados desagradables, sino que los evita, por ejemplo, beber para calmar la inseguridad cuando se relaciona con sus compañeros de trabajo, escuchar música o limpiar para encubrir la tristeza, etc.

Además de las conclusiones que se obtienen mediante la entrevista de la presencia de fusión cognitiva, en el **CFQ** obtiene una puntuación de 33 (puntuaciones promedio sin problema clínico: 20-24; con problema clínico: >29), que indica un nivel elevado de fusión cognitiva. Los ítems que puntúa más alto son: 6 sobre 7 (“casi siempre”) en “tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica” y 7 sobre 7 (“siempre”) en “tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos”.

4.1 Hipótesis de origen y mantenimiento

Como **circunstancias de adquisición del problema**, se puede puntualizar que la paciente comienza a sentirse desarraigada, sola y triste cuando vuelve a Berlín tras sus vacaciones en Ibiza. A estos sentimientos de melancolía se le suma la incomodidad que siente en Berlín, refiere no gustarle su idioma, clima y tradiciones. Por el contrario, cuando está en España con su familia esta sensación de soledad y tristeza cesa.

Una de sus principales preocupaciones es el debate entre volver a Ibiza con su familia, o quedarse en Berlín y ser más independiente. La paciente responde fusionada con una serie de reglas verbales autoexigentes sobre cómo debería ser (“no debo ser como mi padre”, “debo ser una persona independiente”, “debo ser más productiva”, “debo estar bien sola”), decidiendo así quedarse en Berlín, olvidando sus valores y su propio bienestar. Toda esta falta de contacto con reforzadores positivos (tener a la familia cerca, clima mediterráneo, idioma conocido) generan en la paciente cierta sintomatología depresiva. El mayor reforzador que le retiene en Berlín es su pareja; él también es español pero no quiere volver, preocupación con la que también está fusionada al anticipar qué pasará con la relación si ella se va. Su pareja mantiene relación con su expareja y esto le provoca muchos celos, está fusionada con la idea “ella es mejor que yo” (yo contenido), sintiéndose aún más insegura y triste.

La paciente responde ante estas situaciones con la evitación experiencial de esas emociones de tristeza, soledad, bloqueo, vergüenza, autoexigencia, etc., por ejemplo sale a dar un paseo, escucha música o se pone a limpiar; dichas acciones reducen su malestar a corto plazo, reforzándose así esta manera de actuar y aumentando su patrón de conducta inflexible. Es tal el nivel de autoexigencia, que nota que si no realiza esas reglas verbales (por ejemplo, si no está haciendo ninguna actividad) se siente perdida y quiere hacer algo para no sentirlo, otra respuesta de evitación que se ve reforzada por la reducción de su malestar y la confirmación de sus reglas (por ejemplo, “ser productiva”).

Como se ha podido comprobar, adopta un patrón conductual inflexible y autoexigente, lo cual desencadena en una infinidad de inseguridades ya que actúa anticipando el posible error o incumplimiento de aquellas reglas inflexibles que ella misma se impone. Como **variables de**

mantenimiento, podemos mencionar las diferentes estrategias de evitación que pone en marcha para no tomar contacto con las sensaciones desagradables, reduciendo así su malestar sólo a corto plazo, como son: beber más cantidades de alcohol para amortiguar su incomodidad y vergüenza frente a sus compañeros de trabajo y las posibles evaluaciones negativas, salir a pasear para ocultar la tristeza, realizar acciones para no sentirse culpable ante sus reglas verbales rígidas (hacer tareas para “ser productiva”), etc.

La anticipación de posibles eventos futuros y el no contacto con el presente (“qué pensarán de mí”, “no voy a ser capaz”) son reforzados por la sensación de control que le provocan. La creencia rígida y exigente “si me voy a Ibiza seré menos independiente” refuerza la idea de quedarse en Berlín y la fusión con dicha regla verbal, sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, se olvida de la vida valiosa que le gustaría vivir y de su bienestar, que, junto a la falta de contacto con reforzadores positivos, mantiene su bajo estado anímico. Toda esta información se puede ver resumida en la siguiente tabla.

Tabla 2

Análisis funcional del caso clínico

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
<p><u>Lejanos</u></p> <p>Patrón de conducta rígido y autoexigente</p> <p><u>Variables precipitantes</u></p> <p>Ir a Berlín a trabajar</p> <p><u>Próximos</u></p> <p>Externos</p> <p>Cuando su novio habla con su ex</p> <p>Cuando está con sus compañeros de trabajo</p> <p>Cuando está lejos de su familia</p> <p>Cuando está sin hacer nada</p> <p>Internos</p> <p>Estar a disgusto en Berlín (tristeza, lejos de la familia, idioma desconocido)</p> <p>Estar incómoda con compañeros de trabajo</p> <p>Recuerdos de su familia y de España</p> <p><u>Estímulos delta:</u></p> <p>Estar cómoda en España con su familia</p> <p>Estar feliz con su pareja en Berlín</p>	<p>Fusión a las reglas verbales: “debo ser productiva”, “debo ser independiente”, “debo sentirme bien sola”, “mi relación se va a romper si me voy a España”, celos con su pareja (“ella es mejor que yo”), preocupación por la realización de su trabajo (“no voy a ser capaz”), preocupación por la evaluación negativa (“que van a pensar de mi”), “no debo ser como mi padre” → Patrón de conducta rígido y autoexigente, y falta de contacto con el presente</p> <p>Evitación experiencial: salir a pasear cuando se siente desarraigada en Berlín para no sentir, beber alcohol cuando se siente incómoda en encuentros sociales, no parar de hacer cosas para no sentir que no es productiva.</p> <p>Sentimientos desagradables: soledad, vergüenza, bloqueo, culpa, tristeza, melancolía, desarraigo en Berlín</p> <p>Dificultad en la toma de decisión: volver a España o quedarse en Berlín</p>	<p>A corto plazo:</p> <p>Sensación de control (R +)</p> <p>Reducción del malestar (R -)</p> <p>Confirmación de sus reglas verbales (R +) y alivio tras cumplirlas (R -)</p> <p>A largo plazo:</p> <p>Culpabilidad si no cumple sus reglas verbales</p> <p>Permanencia de la sintomatología depresiva (tristeza, soledad)</p> <p>Incremento de la preocupación y las inseguridades</p> <p>Mayor falta de contacto con el momento presente</p> <p>Mayor fusión con sus pensamientos (“debo ser productiva”)</p> <p>Permanencia de conductas de evitación experiencial y no afrontamiento de los eventos privados</p> <p>No dirección hacia sus valores (no dedicarse tiempo)</p> <p>Con todo ello: mayor inflexibilidad psicológica</p>

Al comenzar la terapia, sus objetivos eran abordar las inseguridades, gestionar la rabia, la tristeza y los celos, y obtener herramientas para tomar decisiones en su vida. De forma consensuada, tras explicarle la filosofía de ACT mediante la metáfora del coche en ruta (Anexo 8) señalando la importancia de identificar qué obstáculos aparecen, parar y decidir qué solución/acción llevar a cabo ante esos obstáculos y continuar en la dirección valiosa, y tras evaluar que el principal problema de la paciente es la inflexibilidad psicológica, se reformularon los objetivos terapéuticos.

4.2 Objetivos terapéuticos

- A nivel general, se pretende alterar la función de los eventos privados de la paciente fomentando así una mayor flexibilidad psicológica.
- Como objetivos más específicos, se pretenden alcanzar los seis subprocesos que componen la flexibilidad psicológica
 - **Aceptación psicológica.** Elegir libre y voluntariamente la aceptación de los eventos privados desagradables, como por ejemplo, la tristeza, la melancolía, la duda. Estar dispuesta a experimentar, sin resistir y sin resignarse, los eventos privados que surjan.
 - **Contacto con el presente.** Estar en contacto con el momento presente, en el aquí y el ahora con cualquier contenido, haciendo lo que le importa. Por ejemplo, vivir el momento presente con su pareja en lugar de centrar su atención en la anticipación de eventos futuros (“si me voy se romperá la relación”) o en los eventos pasados (“su exnovia es mejor que yo”).
 - **Clarificación de valores.** Discriminar cómo quiere ser con los demás y con ella misma, y cómo quiere que sea su vida; detectar las áreas de su vida que son importantes para ella. Diferenciar las metas (acciones concretas) de los valores (acciones constantes).
 - **Compromiso con los valores.** Compromiso con la acción en la trayectoria valiosa elegida. Actuar entorno a sus valores, que sean la guía de su vida.
 - **Defusión cognitiva.** Desliteralizar y distanciarse de las funciones verbales de los eventos privados, tomando perspectiva de los mismos. Por ejemplo, tomar distancia con el pensamiento rígido “debería ser más productiva”.

- **Yo como contexto.** Tomar perspectiva de los eventos privados diferenciando el acto de tener un pensamiento del pensamiento y de la persona que se está dando cuenta de ello. Distanciarse, por ejemplo, de los “yo soy así”, dándose cuenta de que sus pensamientos, emociones, roles... no son ella, sino que ella es más que eso.

5. Tratamiento

En el presente caso clínico se ha aplicado la ACT. Es un tratamiento que contempla el malestar como válido e inherente al ser humano, centrado en flexibilizar los patrones rígidos de conducta aceptando las situaciones y eventos privados desagradables en lugar de evitarlos o escapar de ellos, que guía a cada persona a actuar en su dirección valiosa a pesar de los posibles obstáculos. Para conseguir dichos objetivos se han utilizado diferentes estrategias de ACT, como la desesperanza creativa, el control como problema, la defusión cognitiva, el yo como contexto y el compromiso y contacto con los valores. Además, se ha trabajado con el uso de metáforas, que son analogías del problema, paradojas, que muestran las trampas verbales, y ejercicios experienciales que son exposiciones a aquellos eventos privados que causan malestar.

En el presente trabajo se van a describir 13 sesiones de un proceso terapéutico todavía no finalizado. Las sesiones han sido semanales, de una hora de duración y vía online puesto que la paciente reside fuera de Madrid. A partir de la sesión número 12 se espaciaron las sesiones, la siguiente sesión se llevó a cabo a los quince días por los progresos de la paciente. En la sesión número 13 (y última sesión que se va a comentar en el estudio) evaluando el gran avance de la terapia, se decidió consensuadamente tener una sesión de seguimiento pasado un mes.

En la **primera sesión** se le proporciona una explicación sobre el proceso terapéutico mediante la metáfora de los dos escaladores (Anexo 6) y la metáfora del espejo de barro (Anexo 7), promoviendo la actitud activa de la paciente, así como un consentimiento informado (ver Anexo 13). Se utilizaron diferentes técnicas de evaluación como la línea de vida, la metáfora del jardín y el genograma, descritas

anteriormente, y se aplicaron los cuestionarios AAQ – II (Bond et al., 2011) y CFQ (Romero-Moreno et al., 2014).

En la **segunda sesión** se exploran las diferentes formas que tiene de sacar las malas hierbas de su jardín y tras ello, se le plantea la metáfora del coche en ruta (Anexo 8), promoviendo así la elección de aceptar y atender sus eventos privados en lugar de escapar. Se le plantea el control como problema transmitiéndole la diferencia entre el control del mundo exterior (si quiero apagar la luz, le doy al interruptor) y el control del mundo interior, que no es posible ya que si quiero dejar de pensar en algo no puedo; se destaca que el control es el problema y no la solución. Se habla de la evitación experiencial (sostenida por la fusión cognitiva y avalada por la cultura), y se le invita a que comience a fiarse de lo que le dice su experiencia que funciona. Como tarea para casa, se le invita a tomar contacto con cómo le han ido hasta ahora las soluciones/estrategias que ha llevado a cabo, promoviendo así la apertura a nuevos repertorios conductuales (estrategia conocida como desesperanza creativa).

En la **tercera sesión** se comienza a trabajar la diana de valores, en primer lugar, la clarificación de valores en el área relacional y de trabajo. Se realiza un ejercicio fisicalizante sobre las sensaciones físicas y cognitivas que le aparecieron en una fiesta con sus compañeros de trabajo, donde sintió bloqueo y vergüenza y bebió más rápido para calmar estas sensaciones. En primer lugar se le indica que mantenga una postura de meditación para centrarse en su cuerpo y en el presente, se le propone que localice en su cuerpo dónde se sitúan estas sensaciones y después que lo saque fuera, promoviendo así la defusión cognitiva. Una vez fuera, se le indica que lo cosifique, que le dé forma, color... y a continuación, se le pregunta qué quiere hacer con esa figura, a lo que responde: “quitármela de encima”. Puesto que su elección es la evitación, se le propone que deje estar a esa “figura” enfrente de ella, aunque sea desagradable, para así poder actuar de una manera diferente en lugar de luchar contra ella, trabajando la aceptación y la desesperanza creativa. Se le hace la pregunta “¿quién se está dando cuenta de que está ahí esa figura? para favorecer el yo como contexto y la defusión cognitiva, y que note que ella no es esa figura. Como tarea para casa se le invita a cosificar las emociones desagradables y elegir libremente que esas figuras le acompañen en su dirección valiosa.

En la **cuarta sesión** se trabaja la culpabilidad. Se evalúan las estrategias que emplea para relacionarse con la culpa, observando que tiende a evitarla, por lo que se procede a realizar un ejercicio experiencial de autocompasión que tiene como objetivo la aceptación de emociones y acciones en consecuencia, fiarse de su experiencia y notar que tratarse mal no funciona. Durante este ejercicio se le indica prestar atención a su cuerpo y sus sensaciones físicas del momento presente, y posteriormente, imaginar que pudiera desdoblarse y formar una imagen de sí misma enfrente de ella. Esta nueva imagen sería su “yo culpable”, se le invita a fijarse en cómo es su postura, su expresión, sus sentimientos... y se le pregunta qué cree que necesita esa persona. Se le pide que imagine también a su “yo amable”, y se invita a que su “yo amable” ofrezca a su “yo culpable” todo lo que éste necesita. Tras ponerle en contacto con su experiencia descubre que la autoexigencia es una estrategia que no le ha funcionado. Por otro lado, termina de clarificar sus valores en la diana (esparcimiento y crecimiento personal) y comienza a realizar su plan de acción valioso para las diferentes áreas de su vida (ver Anexo 12). Como tarea para casa se le pide trabajar la autoamabilidad y comenzar a realizar las acciones de su plan valioso.

En la **quinta sesión** para trabajar los celos se empleó la metáfora del invitado indeseado (Anexo 9). Se le indicó que pusiera un nombre a su mente para defusionarse con ella, y se le propuso que el invitado indeseado fuera su mente. Con este ejercicio se promovió la aceptación psicológica (dejar que el invitado esté en la fiesta), el atender al momento presente (atender a la fiesta), la defusión cognitiva (su mente es sólo una parte de ella) y la clarificación y compromiso con sus valores (centrarse en disfrutar de la fiesta y hacer lo que ella quiera sin estar luchando con el invitado). Ya que presenta una tendencia a fusionarse con sus pensamientos se le ofrecen otras estrategias de defusión cognitiva para debilitar el poder verbal y distanciarse de éstos y de su contenido verbal, como puede ser añadir “o no” cuando tenga un pensamiento que le evalúe, decirse “bla bla bla” en forma de burla cuando aparezca el pensamiento, o decirse “puede que sí o puede que no” y, no decidirse por ninguna de las dos. Como tarea para casa se le propone poner en práctica estas estrategias para no enredarse con sus pensamientos.

En la **sexta sesión** a la paciente le entran dudas sobre la metodología de la terapia, concretamente, sobre los ejercicios de aceptación, queriendo recurrir de nuevo a la evitación experiencial

de los eventos privados desagradables (“¿qué sentido tiene aguantar la incomodidad si no me gusta?”). Para redirigir su atención a la terapia y explicarle la funcionalidad de esta, se empleó la metáfora del espejo de barro (Anexo 7) y se analizaron los dos lados de la moneda, es decir, se le puso en contacto con su experiencia para que eligiera qué precio quería pagar, si estaba dispuesta a evitar el malestar y el coste que eso suponía, o bien, si quería elegir algo diferente y encaminarse a sus valores, asumiendo el coste que eso conlleva. Rellena “El blanco” (Anexo 2) de la Diana de Valores, ejercicio que también sirve como medida de evaluación pre tratamiento. Indica también cuáles son sus principales obstáculos: autoexigencia, incomodidad, inseguridad, pensamientos intrusivos y miedo a sentirse juzgada. Como tarea para casa se le invita a pensar en las acciones que puede realizar para dirigirse al centro de su diana aun existiendo esos obstáculos.

En la **séptima sesión** se trabaja el dilema sobre volverse a España o quedarse en Berlín. Se le invita a defusionarse de sus pensamientos poniendo el foco en sus valores a través de la metáfora del lobo y la casa (Anexo 10). Se rompe con el esquema ‘si me siento bien hago actividades’, implantando otro nuevo que pone el foco en la acción independientemente del pensamiento ‘actúo independiente de cuales sean mis pensamientos o emociones’. Realiza una lista de pros y contras de la decisión de irse a España. Para ayudar a defusionarse con este dilema, se externaliza el problema como yo observador (“si otra persona estuviera en esa situación, ¿qué le dirías?”). Como tarea para casa se le propone un ejercicio de defusión cognitiva que consiste en escribir en un papel el pensamiento desagradable que aparezca y guardarlo en el bolsillo, de tal manera que sepa que el pensamiento está con ella pero no le impida seguir hacia su dirección valiosa.

En la **octava sesión** se le hace reflexionar sobre qué le dice su experiencia y no su mente. Se retoma la diana de valores y al hablar sobre ello se derrumba, se siente sola y abrumada, por lo que se procede a hacer un ejercicio experiencial que promueve la aceptación de las emociones y sensaciones desagradables, el yo como contexto, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente y el compromiso con los valores. El ejercicio consiste en experimentar diferentes sensaciones desagradables, localizarlas en el cuerpo y atenderlas, sostenerlas, y de forma alternante, cambiar el foco de atención a la respiración del momento presente; otro de los objetivos es que la persona diferencie esas sensaciones de

ella misma, y que esas sensaciones le acompañen, pero no le paralicen. Se comenta con la paciente los pasos que está haciendo y los que puede hacer para volver a España. Como tarea para casa, se le propone realizar este ejercicio al menos 3 veces a la semana, y si lo ve necesario, realizar las diferentes estrategias de defusión cognitiva que se han ido viendo a lo largo de la terapia.

En la **novena sesión** comenta que aunque está centrada en realizar pequeños pasos para irse de Berlín, a veces le surgen dudas. Se emplea la metáfora del autobús (Anexo 11) donde se identifica como conductora del autobús que continúa su camino elegido a pesar de que le acompañe el pasajero de las dudas. Se recurre a esta metáfora para trabajar diferentes inseguridades y emociones de la paciente, como por ejemplo, cuando al estar con su pareja aparece la pena por tener que separarse (“el pasajero de la pena”). Se continúa con la diana de valores, en este caso se completa su plan de acción (ver Anexo 12). Se le recuerdan las diferentes estrategias de defusión que puede emplear y se le recuerda el hacer más caso a la experiencia que a la mente. Como tarea para casa se le propone que ponga en práctica aquello con lo que se comprometa consigo misma durante la semana. Se le menciona la metáfora de conducir para hacerle ver que con la practica cada vez le irán saliendo mejor los ejercicios e incluso de forma automática.

En la **décima sesión** se validan las emociones, son vivencias útiles que señalan aspectos que le importan. Durante esta sesión presenta bastantes dudas sobre su relación de pareja y se procede a clarificar los valores y un posible plan de acción en el área de pareja. Se practica con ella la visualización de las hojas del río, ejercicio que trabaja la defusión cognitiva, la aceptación psicológica y la atención plena. Como tarea para casa se le invita a poner en marcha aquello con lo que se comprometa a hacer durante esa semana respecto a los valores de la pareja y a continuar tomando decisiones poniendo en práctica la visualización de las hojas del río.

En la **undécima sesión** refiere haber puesto en marcha durante la semana diferentes estrategias de defusión de manera satisfactoria salvo cuando la emoción es la culpa, para ello se realiza un ejercicio fisicalizante en el que se trabaja la defusión cognitiva, el yo como contexto, la atención al presente y la aceptación psicológica. Como tarea para casa se le indica practicar los ejercicios fisicalizantes y rellenar los

dos cuestionarios de evaluación que rellenó al principio de la terapia, que son AAQ – II (Bond et al., 2011) y CFQ (Romero-Moreno at., 2014).

La primera parte de la **duodécima sesión** se dedica a la evaluación inter tratamiento, en primer lugar se comentan con la paciente los cuestionarios de evaluación para la aclaración o el desarrollo de ciertas respuestas. Posteriormente, sitúa en la diana de valores en qué posición se encuentra respecto al centro de la diana en cada una de las cuatro áreas. Para comentar el avance de la terapia y de la paciente, se compara “el blanco” que rellenó en las primeras sesiones (medida pre tratamiento) con “el blanco” rellenado actualmente (medida inter tratamiento), cuyas diferencias serán comentadas en el siguiente apartado (valoración del tratamiento). Se observa que el área más descuidada sigue siendo la de esparcimiento y señala como obstáculo la autoexigencia. Piensa que le cuesta porque “ella es así”, comprobando así que sigue fusionada con esta regla verbal y con el yo como contenido, por lo que se procede a realizar un ejercicio como “yo observador”. Se le guía a prestar atención a los diferentes roles, partes del cuerpo, emociones y pensamientos que experimenta en diferentes ocasiones, promoviendo así el yo como contexto y la defusión cognitiva. En 15 días deja Berlín y se le propone que realice un plan para cuando vaya a Barcelona. Como tarea para casa se le propone practicar el “yo observador”.

En la **decimotercera sesión** la paciente refiere haber puesto en práctica múltiples de las estrategias vistas durante la terapia. Se emplea de nuevo la metáfora del coche en ruta para recordar que en nuestro camino siempre pueden aparecer problemas pero tenemos las herramientas para gestionarlo de la mejor manera. Se lleva a la práctica un ejercicio fisicalizante y se le propone ver esas sensaciones desagradables con perspectiva de cariño. Para finalizar la sesión se anticipan posibles dificultades que pueden surgir al irse a vivir con su padre a Barcelona y cómo se quiere posicionar ante ellos. Puesto que ha conseguido la mayoría de los objetivos, la próxima sesión será de seguimiento al mes siguiente, la cual no será expuesta en el presente trabajo.

6. Valoración del tratamiento

La valoración de la efectividad y eficiencia de la presente intervención se va a llevar a cabo mediante el análisis de la adherencia al tratamiento y de la consecución de los objetivos.

6.1 Adherencia al tratamiento

A pesar de que las sesiones hayan sido vía online se observa buena adherencia al tratamiento y fuerte vínculo terapéutico. Como punto a favor destaca el poder verse terapeuta – paciente “cara a cara”, sin mascarilla (Covid-19), permitiendo así mostrar las expresiones faciales que tanta información dan al receptor. Por otro lado, la paciente ha seguido el curso de la intervención sin mostrar barreras hacia la terapia. En la sexta sesión le entraron dudas sobre la metodología que seguía la terapia, sobre todo presentó disconformidad con la aceptación psicológica de los eventos privados desagradables, sin embargo, tras la realización de varios ejercicios vivenciales, descritos anteriormente, y la puesta en contacto con las consecuencias de la evitación experiencial y el alejamiento de los valores, exponiéndole la elección sobre qué precio estaría dispuesta a pagar, la paciente volvió a confiar en la terapia y no volvió a mostrar más disconformidad en las siguientes sesiones.

Otro de los aspectos que confirma la buena adherencia al tratamiento es la realización continua y constante de las tareas para casa. La paciente ha realizado las tareas que la terapeuta le proponía de cara a las sesiones siguientes, comentando en cada una de ellas qué estrategias le habían servido y qué otras le costaban más. En múltiples sesiones refirió que las estrategias terapéuticas le habían ayudado a “salir de la mente”, “parar la cabeza”, “no creer lo que dice mi mente”, “adoptar una forma más cariñosa de tratarme a mí misma”, “prestar atención a mis sensaciones como observador viéndolo desde otra perspectiva”, “detectar un pensamiento desagradable con el que me enredo e imaginar que era una hoja que se iba”, “gestionar mejor la tristeza y la pena”, “sentirme más consciente, eligiendo el camino que quiero llevar”, etc. Además, a lo largo de la terapia, iba poniendo en práctica las estrategias vistas durante este periodo aún sin indicación por parte de la terapeuta, señal de su gran implicación.

6.2 Consecución de objetivos

Para valorar la consecución de los objetivos, se procede a comparar los resultados de los cuestionarios AAQ-II y CFQ que se administraron en la primera sesión como medida pre-tratamiento con los que se obtuvieron en la undécima sesión como medida inter-tratamiento. Respecto al AAQ-II, se obtuvo una puntuación de 22 como medida pre y una puntuación de 20 como medida inter tratamiento,

ambas puntuaciones pertenecen a la categoría 'sin problema clínico (20-24)', sin embargo, se ha producido una ligera disminución. En los ítems 'evito o escapo de mis pensamientos' y 'mis preocupaciones obstaculizan mi superación', actualmente puntúa 'rara vez cierto' mientras que previamente a la terapia puntuó 'algunas veces cierto'. En el ítem 'mis emociones causan problemas en mi vida' actualmente puntúa 'algunas veces cierto' mientras que previamente puntuó 'a veces cierto'.

En cuanto al CFQ, como medida pre-tratamiento se obtuvo una puntuación de 33, que indicaba problema clínico (>29), sin embargo, como medida inter-tratamiento se obtiene una puntuación de 23, indicando tanto la ausencia de problema clínico (20-24) como una gran mejoría de la paciente la cual ha conseguido defusionarse cognitivamente de sus eventos privados. En el ítem 'me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer' previamente puntuó 'alguna vez' y actualmente 'muy rara vez'. En el ítem 'tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica', puntuó 'casi siempre' y actualmente puntúa 'alguna vez'. En el ítem 'me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos' puntuó 'alguna vez' y actualmente puntúa 'rara vez'. En el ítem 'tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos' se muestra la mayor diferencia, previamente puntuó 'siempre' y actualmente puntúa 'alguna vez'. En el ítem 'es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mi librarme de ellos', previamente puntuó 'frecuentemente' y ahora 'rara vez'.

Otro de los instrumentos de evaluación que miden la consecución de los objetivos, y con ello, la eficiencia y efectividad del tratamiento, es "El blanco" de la diana de valores. Comparando la medida pre con la medida inter-tratamiento, se observa un acercamiento hacia el centro de la diana en todas las áreas, es decir, ahora actúa de forma más coherente con sus valores. En el área del trabajo pasa de situarse previamente a la terapia entre el 4º y 5º círculo a situarse entre el 1º y 2º círculo. En el área de crecimiento personal y salud pasa de situarse en el 3º círculo a situarse entre el 1º y 2º círculo. En el área de relaciones se aprecia el mayor cambio, de situarse en el extremo de la diana (7º círculo) pasa a situarse entre el 2º y 3º círculo, muy próximo al centro. Se observa que el área más descuidada sigue siendo esparcimiento, situándose previamente entre el 4º y 5º círculo, y actualmente entre el 3º y 4º círculo; la paciente señala como principal obstáculo la autoexigencia, piensa que le cuesta porque "ella es así",

comprobando que sigue fusionada con esta regla verbal y con el yo como contenido, aspecto en el que hay que seguir trabajando.

Si analizamos los seis vértices del hexaflex, podemos señalar que, previamente a la terapia, la paciente tendía a la evitación experiencial, por ejemplo, beber de más para calmar la vergüenza que sentía ante sus compañeros de trabajo o no parar de hacer actividades para así no detenerse a sentir sus emociones o pensamientos desagradables, sin embargo, actualmente, elige libremente que los eventos privados desagradables estén con ella, se detiene a escuchar lo que le está indicando su cuerpo, presta atención a esas emociones en lugar de luchar con ellas.

Tras la evaluación psicológica al inicio de la terapia (entrevista y CFQ) se comprobó que la paciente estaba muy fusionada con ciertas reglas verbales y con la literalidad de éstas, por ejemplo, con la idea “no puedo estar sin hacer nada” o “si me voy nuestra relación se va a romper”, sin embargo, actualmente, se compromete a disfrutar, entre otros, de momentos de ocio y descanso en los que no realiza ninguna actividad, siguiendo así sus valores, o en lugar de enredarse con las inseguridades hacia su pareja las deja estar y disfruta los momentos que pasan juntos, conectado con el presente, en esta área y en el resto. Para defusionarse cognitivamente emplea las estrategias que la terapeuta le ha ido ofreciendo a lo largo de la terapia.

Previamente a la terapia, la paciente no era capaz de distinguir entre el pensamiento, el contenido de éste y la persona que se estaba dando cuenta de ese pensamiento, por ejemplo, expresaba pensamientos del tipo “yo soy así” o “no soy suficiente”. Mediante diversos ejercicios experienciales, la paciente se ha ido dando cuenta en el transcurso de la terapia que esos tipos de pensamientos no son ella, pueden formar parte de ella, pero ella es mucho más. Ahora es capaz de experimentar su yo como un contexto a partir del cual puede observar los pensamientos, vivencias, etc., sin sobreidentificarse con ellas.

En cuanto a la clarificación y el compromiso con sus valores, en los inicios de la terapia, se comprueba que no atendía todo lo que le gustaría a sus áreas valiosas, sino que se centraba más en sus inseguridades y en cumplir con sus reglas verbales que en aquello que realmente era importante para

ella. Por ejemplo, para ella es importante expresar su opinión a sus amigos a pesar de los miedos y la vergüenza y sin embargo hacía todo lo contrario, callarse al pensar y anticipar “qué van a pensar de mí”. A lo largo de la terapia, la paciente ha tenido más en cuenta sus valores y ha actuado en consonancia con ellos, por ejemplo, ha decidido volver a España ya que el estar a gusto en la ciudad que vive y estar cerca de su familia era muy importante para ella, anteponiendo así sus valores a sus reglas verbales del tipo “tengo que ser independiente”.

Otro aspecto favorable a destacar es que la propia paciente es consciente de su progreso y mejoría, refiere poner en práctica en su día a día muchas de las estrategias vistas durante la terapia, darle prioridad a la experiencia y no a la mente, se siente más consciente eligiendo el camino que quiere llevar y más consciente de lo que le pide el cuerpo, no se enreda con sus pensamientos sino que los deja estar, siente que tiene herramientas para gestionar sus emociones. Refiere que hacer la terapia le ha ayudado a priorizar y a decidirse y centrarse en lo que realmente quiere.

7. Discusión y conclusiones

Después de 13 sesiones durante 4 meses de intervención (aún no finalizada), se observan en la paciente grandes mejoras y diferencias respecto a su comportamiento inicial, ligado al aumento de estrategias de afrontamiento con las que cuenta actualmente gracias a la terapia.

El motivo de consulta principal era el malestar que le provocaba su comportamiento autoexigente e inseguro, y la tristeza y el sentimiento de soledad que sentía en Berlín. Tras el análisis del caso, cabe destacar algunos aspectos relevantes que se pueden relacionar con gran parte de la literatura científica mencionada en la introducción.

En cuanto a la inseguridad emocional, se apoya la idea que demostró Demir (2008) sobre que las relaciones amorosas se convierten en la principal figura de apego en la etapa adulta, desempeñando un papel crucial en el sentimiento de seguridad. En este caso, uno de sus principales pilares es su pareja, además, al estar lejos de su familia éste es su mayor figura de apego en Berlín y le genera mucha

inseguridad el poder romper la relación si ella regresa a España, principal motivo por el cual no había tenido en cuenta sus valores durante este tiempo a pesar de no encontrarse cómoda en Berlín.

Además, según la teoría de seguridad emocional del niño (Cummings et al., 2012), los conflictos matrimoniales predicen la inseguridad emocional en los niños, y puesto que los padres de la paciente se divorciaron cuando ella tenía 6 años, una de las hipótesis puede ser que los conflictos matrimoniales que haya podido presenciar en su niñez le generasen inseguridad emocional, manteniéndose hasta la edad adulta.

En el presente caso clínico, la paciente estaba continuamente enredada en pensamientos que cuestionaban su valía, generándole así gran cantidad de inseguridades y falta de contacto con el momento presente (“qué van a pensar de mí”, “no seré capaz”). Ante los sentimientos y emociones desagradables que le provocaban dichas inseguridades, tendía a evitar ciertas situaciones, experiencias y emociones, separándose así de vivir una vida coherente con sus valores; esta falta de refuerzos positivos podría estar relacionada con su bajo estado de ánimo.

Todos estos datos aportan apoyo científico a diversas investigaciones mencionadas previamente, como las investigaciones de Alegre et al. (2014) y Yu et al. (2021) que sostienen que la inseguridad emocional está vinculada con la sintomatología depresiva, las investigaciones de Hayes et al. (2004) que demuestran que la evitación experiencial es un mecanismo implicado en la sintomatología depresiva, y las investigaciones de Levin et al. (2014) que se basan en la idea de que los comportamientos de evitación a largo plazo se convierten en estrategias inflexibles y rígidas.

Además, tras la evaluación psicológica a través de la observación y la entrevista, y el CFQ, se obtiene una puntuación elevada en fusión cognitiva y yo como contenido, es decir, la paciente se identifica literalmente con sus pensamientos y sensaciones, sobre todo, con aquellos relacionados con la autoexigencia, detallado en el análisis funcional.

Tras la evaluación psicológica a lo largo de la terapia, y siguiendo la filosofía de la ACT, se comprobó que la paciente mostraba un patrón de comportamiento inflexible, cumpliendo así con todos

sus subprocesos: evitación experiencial, falta de contacto con el presente, confusión de sus valores y no compromiso con ellos, fusión cognitiva y yo como contenido (Luciano y Valdivia, 2006).

La intervención psicológica de este caso clínico se ha basado en la puesta en práctica de las estrategias de la ACT. Mediante 'la desesperanza creativa', se ha conseguido que la paciente fuera consciente de aquellas estrategias de afrontamiento que no le han servido hasta el momento actual, y de los costes que dichos afrontamientos estaban teniendo para ella. Tras darse cuenta de ello, la paciente ha ido explorando y practicando otras estrategias alternativas más funcionales para ella, centradas en gran medida en la aceptación de los eventos privados desagradables y la elección libre de sentirlos sin luchar con ellos. Mediante 'el control como problema' la paciente se da cuenta que el querer controlar sus pensamientos y emociones es el problema en sí, y no la solución.

Mediante 'la defusión cognitiva' la paciente ha conseguido despegarse de la literalidad del contenido de sus pensamientos o emociones, cambiando el foco de atención a lo que le dice su experiencia y no a lo que le dice su mente. Mediante 'el yo como contexto' la paciente ha obtenido la capacidad de no sobreidentificarse con sus eventos privados, sino experimentar su yo como un contexto a partir del cual puede observar dichos pensamientos o sensaciones. Por último, mediante 'el compromiso y contacto con los valores' la paciente ha aprendido a priorizar aquello que realmente es importante para ella ante sus "deberías" o sus reglas autoexigentes e inseguridades, centrándose, además, en disfrutar el momento presente, el aquí y el ahora. Ha resuelto una de sus mayores indecisiones: volver o no a España, eligiendo regresar, guiándose por sus valores.

Además, se le ha expuesto a la paciente multitud de metáforas y ejercicios experienciales. Dichas técnicas han calado en la paciente, ayudándole a comprender cuáles eran sus verdaderos problemas y todos los costes que estaba pagando al comportarse de una manera tan rígida, principalmente, el abandono de sus valores personales.

Se podría decir, entonces, que hasta el momento (sesión número 13), la paciente ha conseguido los objetivos propuestos al inicio de la intervención, lo cual indica el éxito de la terapia.

Por otro lado, cabe destacar la labor de la terapeuta ACT de ayudar a separar a la paciente de un patrón de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial, y a su vez, moldear un patrón de conducta flexible, como demostró Törneke et al. (2015). Se ha centrado en conseguir que la paciente fuese capaz de discriminar su propia conducta y el resultado de ésta, que experimentase y fabricase un espacio diferencial entre ella y sus eventos privados, y que siguiera su dirección valiosa dispuesta a recibir y atender plenamente cualquier emoción o pensamiento que surja en el proceso. Tanto la labor de la terapeuta como la actitud activa de la paciente han desencadenado en una magnífica alianza terapéutica y adherencia al tratamiento, y por consiguiente, en unos exitosos resultados de la terapia. Estos datos apoyan la investigación de Safran y Muran (2005) que demuestran la importancia e implicación que tiene la alianza terapéutica en los cambios que experimenta el paciente durante la terapia.

7.1 Limitaciones

Una de las limitaciones del presente estudio es la incongruencia que se presenta entre los resultados obtenidos en AAQ-II al inicio de la terapia y los datos objetivos obtenidos mediante la entrevista clínica, ambas consideradas medidas de evaluación de la evitación experiencial. En AAQ-II la paciente obtiene una puntuación de 22 “sin problema clínico”, sin embargo, a lo largo de las diferentes evaluaciones llevadas a cabo desde el principio hasta el final del proceso terapéutico a través de la observación y la entrevista, se observan numerosas conductas cuyas funciones son la evitación experiencial (ver Tabla 2).

Por otro lado, como ya se ha comentado anteriormente, transcurrió un mes entre la sesión número siete y la número ocho por motivos personales de la paciente. Al volver a sesión, la paciente refirió sentirse atascada e incapaz de tomar decisiones, y señaló que debería haber ido a terapia durante estas semanas. En este caso, se podría haber evaluado la dependencia hacia el tratamiento, por qué sentía esa necesidad de haber tenido terapia durante estas semanas, así como evaluar el porqué del retroceso, ya que comentó que durante ese tiempo no consiguió centrarse ni en la experiencia ni en su cuerpo, objetivos que anteriormente había conseguido.

7.2 Estudios futuros

Para estudios futuros, sería interesante resolver las limitaciones que han tenido lugar en este estudio, como por ejemplo, evaluar no solo la adherencia al tratamiento sino también la dependencia a éste.

Las principales medidas de evaluación de la evitación experiencial son el Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ; Gámez et al., 2011) y el AAQ-II (Bond et al, 2011). Diferentes estudios relativamente recientes demuestran la superioridad del MEAQ sobre el AAQ – II para medir la evitación experiencial/flexibilidad psicológica (Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018). Estos resultados se deben a la elevada correlación que se observa entre el AAQ-II y las medidas de neuroticismo, indicando así la presencia de problemas de validez convergente y discriminante en el AAQ-II; por el contrario el MEAQ demuestra una discriminación adecuada del neuroticismo, además de presentar una mayor correlación con Mindfulness, contando entonces con una buena validez convergente y discriminante.

Partiendo de la base de que el modelo ACT separa específicamente la tendencia a experimentar eventos privados desagradables (neuroticismo) de la falta de voluntad para experimentar dichos eventos (evitación experiencial) y teniendo en cuenta que en el presente caso se observan incoherencias entre los resultados del AAQ-II y la valoración de la psicóloga sobre la flexibilidad psicológica/evitación experiencial de la paciente, sería interesante para futuros estudios administrar a los pacientes el MEAQ en lugar del AAQ-II, o en su defecto, la Medida Breve de Evitación Experiencial (BEAQ; Gámez et al., 2014), que presenta resultados muy similares al MEAQ y es más breve.

Por otro lado, en futuros estudios se podría evaluar las experiencias familiares que la paciente recuerda de la época del divorcio de sus padres, si recuerda, por ejemplo, presenciar discusiones de sus padres, indagando sobre cómo le afectó este suceso en su momento o si cree que actualmente puede seguir afectándole de alguna manera y evaluar si en su niñez ya presentaba inseguridades. De esta manera, se aportarían datos nuevos sobre la teoría de seguridad emocional del niño de Cummings y

Davies (1995), comprobando así la hipótesis de que los conflictos matrimoniales pueden predecir la inseguridad emocional de los hijos.

Bai et al. (2020) realizaron un meta-análisis recientemente sobre la eficacia de la ACT para la sintomatología depresiva, donde obtuvieron que los efectos de ACT se mantenían a los tres meses de seguimiento, pero disminuían pasados los seis meses. Por tanto, para futuros estudios también sería interesante analizar, además del tratamiento, los efectos de ACT los meses posteriores a la terapia, mediante sesiones de seguimiento a los tres meses, a los seis meses, y al año de terminar la terapia.

7.3 Conclusiones

El caso clínico expuesto ha mostrado un desenlace satisfactorio y exitoso tras la aplicación de ACT. Las conductas problema principales de la paciente eran excesivas inseguridades y autoexigencias, y bajo estado de ánimo; respuestas que quedan funcionalmente enmarcadas como procesos de evitación experiencial.

Tanto los resultados de las medidas de evaluación inter-tratamiento AAQ- II, CFQ y “El Blanco” de la Diana de Valores, como los comentarios y práctica de estrategias terapéuticas efectuadas por la paciente durante las últimas sesiones de la terapia, vienen a dar apoyo a los procesos de cambio propuestos por ACT.

Cabe destacar el viraje tan profundo que ha hecho la paciente durante la terapia: disminución de la fusión cognitiva y el grado de control que intentaba ejercer sobre sus eventos privados, prestar más atención al momento presente y a sus valores personales, y abandonar la lucha y la evitación experiencial de sus eventos privados por la aceptación psicológica voluntaria de éstos. Es preciso señalar la gran implicación práctica de los ejercicios experienciales como estrategias terapéuticas mediante las que se consigue que los usuarios entren en contacto con aquellos eventos privados que tienden a evitar; a través de dichos ejercicios consiguen exponerse y sentir aquellos eventos privados que temen, debilitando así su señal de amenaza (Barraca, 2007).

Con todo ello, se observa como adopta un patrón de conducta más flexible y a su vez como disminuye el grado de interferencia que las inseguridades y la autoexigencia producían en su vida, pudiendo concluir así que se han alcanzado los objetivos terapéuticos propuestos.

Los resultados obtenidos coinciden con los de la literatura científica, por ejemplo, con los estudios de García (2000) y Yu et al. (2021) que sostienen que, tras la aplicación de la ACT los pacientes adoptan un patrón de conducta más flexible, reduciéndose así tanto la inseguridad emocional como la sintomatología depresiva.

Por consiguiente, todos estos resultados nos permiten albergar optimismo y confianza en las posibilidades de esta terapia tan novedosa y demostrada eficaz para un sinnúmero de trastornos psicológicos, además de sugerirnos algunas consideraciones teóricas al respecto de la génesis y el mantenimiento de las inseguridades, las autoexigencias y el bajo estado de ánimo.

8. Referencias bibliográficas

- Alegre, A., Benson, M. J., & Pérez-Escoda, N. (2014). Maternal warmth and early adolescents' internalizing symptoms and externalizing behavior: Mediation via emotional insecurity. *The Journal of Early Adolescence*, 34(6), 712-735.
- Álvarez, M. P. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 127(65), 761-781
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International journal of psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Compañ, V., Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., & Montesano del Campo, A. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 354-364.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1995). The impact of parents on their children: An emotional security perspective. *Annals of Child Development: A Research Annual*, 10, 167–208.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: Guilford.
- Cummings, E. M., George, M. R., McCoy, K. P., & Davies, P. T. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child development*, 83(5), 1703-1715.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578.
- Demir, M. (2008). Sweetheart, you really make me happy: Romantic relationship quality and personality as predictors of happiness among emerging adults. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 257-277.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.

- Encuesta Nacional de Salud de España (2017). *Salud Mental*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification, 31*(6), 772-799.
- Fullana, M. A., de-la-Cruz, L. F., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica, 138*(5), 215-219.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological Assessment, 26*(1), 35.
- García, R. F. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema, 12*(3), 445-450.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy, 45*(1), 83-101.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(2), 377.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Strosahl, K., Wilson, K., Pistorello, J., Dykstra, T. A., & Mccurry, S. M. (2000). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Unpublished manuscript*.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255.
- Jarrett, R. B., & John Rush, A. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry*, 57(2), 115-132.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 155-163.
- Luciano, M. C., & Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, M. C., & Wilson, K. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Pirámide, Madrid*.
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The bull's-eye values survey: a psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526.

- Martínez, O. G., Blarrina, M. B. P., Soriano, M. C. L., & Salas, S. V. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Maslow, A. H., Hirsh, E., Stein, M., & Honigmann, I. (1945). A clinically derived test for measuring psychological security-insecurity. *The Journal of general psychology*, 33(1), 21-41.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A.M. & Perri M.G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408- 413.
- Ong, C. W., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*, 104, 14-33.
- Pérez, M., & García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rochefort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior therapy*, 49(3), 435-449.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the "Cognitive Fusion Questionnaire". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 117-133.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). La alianza terapéutica. *Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261.
- Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L., & White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256-272.
- Taormina, R. J., & Sun, R. (2015). Antecedents and outcomes of psychological insecurity and interpersonal trust among Chinese people. *Psychological Thought*, 8(2), 173-188.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 254-272.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván*. Herder Editorial.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31.

- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 152*(9), 2098-2107.
- Yu, S., Shi, J., Huang, J., Fan, S., & Xu, W. (2021). Longitudinal relationship between emotional insecurity and adolescent mental health: The mediation of rejection sensitivity and moderation of dispositional mindfulness. *Mindfulness, 1-10*.

Anexo

Tabla 1

Diferenciación de los conceptos seguridad / inseguridad psicológica

Inseguridad	Seguridad
Sentimiento de rechazo, de no ser querido de ser tratado con frialdad y sin afecto, de ser odiado, de ser despreciado	Sensación de agrado o amor, de aceptación, de ser tratado con cariño
Sentimientos de aislamiento, soledad o estar fuera de sí, sentimientos de "singularidad"	Sentimientos de pertenencia, de estar en el mundo, de tener un lugar en el grupo
Percepción del mundo y de la vida como peligrosos, amenazantes, oscuros, hostiles o desafiantes	Percepción del mundo y de la vida como agradable, cálida, amistosa o benévola
Percepción de otros seres humanos como esencialmente malos, malvados o egoístas, y peligrosos, amenazantes, hostiles o desafiantes	Percepción de otros seres humanos como esencialmente buenos, agradables, cálidos, amistosos o benévolos
Sensación constante de amenaza y peligro. Ansiedad	Sentimientos de seguridad; escasos sentimientos de amenaza. Sin ansiedad.
Sentimientos de desconfianza; de envidia o celos hacia los demás; mucha hostilidad, prejuicios, odio	Sentimientos de amabilidad y confianza en los demás; poca hostilidad; tolerancia hacia los demás, afecto fácil hacia los demás
Tendencia a esperar lo peor; pesimismo generalizado	Tendencia a esperar que ocurra algo bueno; optimismo general
Tendencia a ser infeliz o a estar descontento	Tendencia a ser feliz o a estar contento
Sentimientos de tensión o conflicto, junto con diversas consecuencias de la tensión, por ejemplo, "nerviosismo", fatiga, irritabilidad, estómago nervioso y otros trastornos psicósomáticos. Inestabilidad emocional, incertidumbre e inconsistencia	Sensación de calma, tranquilidad y relajación. Sin conflictos. Estabilidad emocional

Tendencia a la introspección compulsiva, autoexamen, conciencia aguda de sí mismo	Tendencia a la extroversión. Capacidad de centrarse en el mundo, en el objeto o en el problema, en lugar de centrarse en sí mismo
Sentimientos de culpa y vergüenza, sentimientos de pecado, tendencias suicidas, desánimo	Autoaceptación, tolerancia de sí mismo, aceptación de los impulsos
Alteraciones de diversos aspectos de la autoestima, por ejemplo, ansia de poder y de estatus, ambición compulsiva, sobreagresión, obsesión por el dinero, prestigio, sobrecompetitividad; y/o lo contrario; tendencias masoquistas, sobredependencia, sumisión compulsiva, ingratitud, sentimientos de inferioridad, sentimientos de debilidad e impotencia	Deseo de fuerza o adecuación con respecto a los problemas más que de poder sobre otras personas. Autoestima firme, positiva y bien fundamentada. Sensación de fuerza. Coraje
Esfuerzo continuo, diversas tendencias neuróticas, inhibiciones, defensas, tendencias a la evasión, falsas metas, fijaciones en metas parciales. Tendencias psicóticas, delirios, alucinaciones, etc.	Carencia relativa de tendencias neuróticas o psicóticas. Sistemas de afrontamiento realistas
Tendencias egocéntricas e individualistas	"Interés social": cooperatividad, amabilidad, interés por los demás, simpatía.

Nota: Traducido al castellano de los autores originales Maslow, Hirsh, Stein y Honigmann (1945).

Anexo 1

Metáfora del jardín (Luciano y Wilson, 2002).

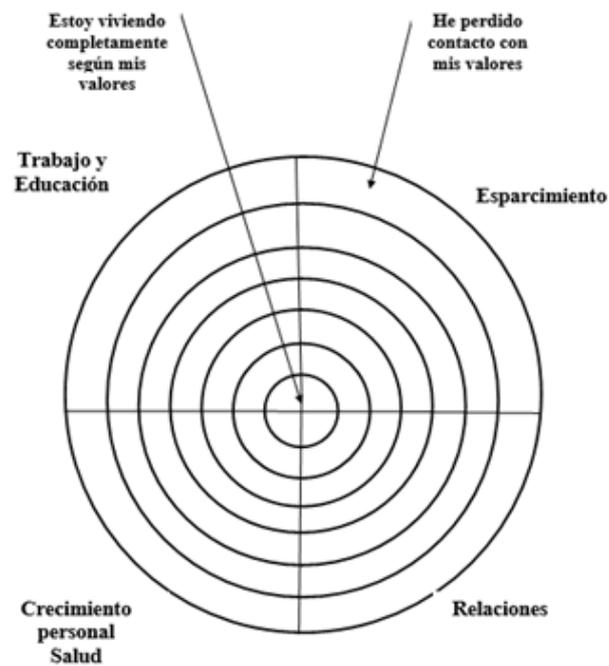
Imagina que eres un jardinero y esto (un espacio delante, la misma mesa...) es tu jardín. ¿Qué tendría tu jardín, si pudieras elegir? (...). ¿Y qué sería lo más importante para ti? (Que esté bien, bonito...). Como jardinero, sabrás que en ocasiones por más que pongamos de nuestra parte, no todas las plantas crecen como quisiéramos, a veces alguna enferma y muere, otras, por más que las cuidemos, no florecen como nos hubiera gustado... Y como todo jardín, este está también al aire libre, a cielo descubierto. Y en este cielo, hay pájaros autóctonos, que llevan toda la vida observando por la zona, y que pueden acercarse a conversar con el jardinero. Algunos pueden decir cosas bonitas, otras neutras, y hay algunos de estos pájaros que pueden decir cosas desagradables o amenazantes: “No serás capaz...”, “los jardines de alrededor tienen unas rosas mucho más bonitas que las tuyas...”, “nunca lograrás que te crezcan esos girasoles...” Ante ello, el jardinero se siente atacado por estos pájaros, de manera que se gira para tratar de expulsarlos. En ocasiones se discute con ellos, habla con ellos para convencerles de que se marchen. Otras veces hace cosas como tirarles algo para que se vayan... O puede llegar a acuerdos con ellos, cuando descubre que a veces, si hace lo que le ordenan, le dejan algo más tranquilo. Imagina que pasan 1, 2, 3 semanas... De esta lucha contra los pájaros. Y en algún momento, el jardinero puede girarse para ver el jardín. ¿Cómo lo va a encontrar? (Seco, pobre, destrozado...) Y, ¿Qué era lo más importante para el jardinero? Imaginemos ahora que este jardín fueran las cosas más importantes para ti, en tu vida. Y no solo las áreas, sino el quién eres tú en cada una de ellas; como hijo, amigo, pareja, profesional... ¿Cómo está el jardín? ¿Hay alguna parte que te llame especialmente la atención? Parece que has estado luchando mucho tiempo contra estos pájaros (eventos privados que intenta evitar). ¿Cómo dirías que va esta lucha? ¿Hay más, o hay menos pájaros con el tiempo? Al hacerlo, además, ¿Cómo está quedando el jardín? Y si el problema no está en el jardinero, en ti como persona, que haya algo mal que arreglar, ni en la existencia de esos pájaros... ¿Y si el problema está en que la estrategia que estás utilizando no resulta útil, ni para librarte de los pájaros, ni para tener el jardín que deseas? Lo cierto es que no creo posible que pueda ayudarte a eliminar esos pájaros de ahí, ni conozco nadie que pueda hacerlo. Sin embargo, creo que podemos trabajar para aprender a estar con esos pájaros, y centrar toda esa energía que has puesto hasta ahora para tratar de expulsarlos, en cultivar un jardín, una vida, que te llene y genere satisfacción (...)

Anexo 2

“El Blanco” de la Diana de Valores (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl y Melin, 2012).

EL BLANCO:

Revisa tus valores y luego marca con una X en cada área del tablero para representar donde estás en este momento. Una X en el blanco o diana (el centro del tablero) significa que estás viviendo completamente de acuerdo con tus valores en esta área de tu vida. Una X alejada del centro significa que estás más lejos en términos de vivir según tus valores.



Anexo 3

Cuestionario de Aceptación y Acción- II en versión española (AAQ-II; Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

AAQ-II (YUC)

19

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Completa- mente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuente- mente cierto	Casi siem- pre cierto	Completa- mente cierto
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.					1 2 3 4 5 6 7	
Evito o escapo de mis sentimientos.					1 2 3 4 5 6 7	
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.					1 2 3 4 5 6 7	
Mantengo el control de mi vida.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis emociones me causan problemas en la vida.					1 2 3 4 5 6 7	
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.					1 2 3 4 5 6 7	
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.					1 2 3 4 5 6 7	
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.					1 2 3 4 5 6 7	

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).

Anexo 4

Cuestionario de Fusión Cognitiva en versión española (CFQ; Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández, 2014)

APPENDIX

“Cuestionario de fusión cognitiva, versión en español”
(Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders
y Fernández-Fernández, 2014)

A continuación se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen utilizando la siguiente escala:

1= nunca; 2= muy rara vez; 3= rara vez; 4= alguna vez; 5= frecuentemente; 6= casi siempre; 7= siempre

Ítems	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional							
2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer							
3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica							
4. Lucho con mis pensamientos							
5. Me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos							
6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos							
7. Es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mí librarme de ellos							

Anexo 5

Clarificación de valores por parte de la paciente en la Diana de Valores (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl y Melin, 2012).

- **Área laboral/educativa:** ser responsable y organizada; poseer habilidades de comunicación; trabajar con el cuerpo; ser amable con la gente.
- **Área relacional:** ser honesta y generosa; expresar su opinión a pesar de los miedos y vergüenza; permitirse ser ella misma dando igual el lugar o grupo en el que esté; aunar grupos; apertura con sus amistades; mostrar vulnerabilidad; ser más empática.
- **Área de crecimiento personal/salud:** amabilidad consigo misma; permitirse tiempo para ella misma (meditación); sentirse estimulada intelectualmente; creatividad y contacto con la naturaleza; cuidar la alimentación y el descanso.
- **Área de esparcimiento:** darle más tiempo y calidad al ocio sin incluir alcohol y drogas; actitud más relajada; creatividad; disfrutar del descanso; estar en el presente y separarse de los “debería hacer...” o “tengo que ser productiva”.

Anexo 6*Metáfora de los dos escaladores (Wilson y Luciano, 2002)*

La vida y la terapia es como si nosotros fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separadas por un gran valle. Yo puedo ser capaz de ver una vía por la que subir su montaña, no porque la haya escalado antes, ni porque yo esté en la cima gritándole a usted por dónde tiene que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde dónde está usted.

Ésta es su terapia, pero, ¿y si fuera la mía?... Yo tengo mi propia montaña que subir, y entonces usted podría decirme algo sobre la senda por la que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sea más grande, mejor o más fuerte que usted. Es simplemente la ventaja de la perspectiva.

Por otro lado, hay cosas respecto a su montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que usted me diga. Por ejemplo, si la montaña que usted está tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente usted puede responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarle acerca de la senda que veo, no puedo subir su montaña por usted. En realidad, es usted quien tiene la tarea más difícil.

Anexo 7*Metáfora del espejo de barro*

¿Cómo es tu experiencia cuando intentas limpiar un espejo lleno de barro?

Primero se emborrona, pero después se acaba limpiando.

Esto es que pasa en la terapia, al principio puede verse todo borroso, puede doler, pero poco a poco se va viendo la luz, se aclara.

Anexo 8

Metáfora del coche en ruta (Hayes, 2021)

Imagina que estás sentado en un coche y conduces por una carretera solitaria. De repente, en medio de la nada, se enciende una luz de aviso. La presión del aceite es muy baja. Si lo ignoras y sigues conduciendo, corres el riesgo de dañar gravemente tu motor. Sabes que puedes conseguir una grúa, pero esto va a llevar un tiempo.

Mientras consideras tu siguiente paso, de repente recuerdas un truco sobre cómo puedes cortocircuitar la luz de advertencia. Esto no cambiaría nada del motor - seguiría sin aceite - pero la señal de baja presión ya no parpadearía en tu tablero, y podrías ignorarla más fácilmente. ¿Debe hacerlo? Apagar el semáforo no le servirá de nada. La luz es sólo el mensajero, y no el problema en sí mismo. En cambio, sería mejor que asimilares la información y te enfrentaras a la situación. Tu tablero de mandos no necesita ser tapado, y el salpicadero no lo es todo: todavía tienes un camino que ver y continuar.

Esto es fácil e intuitivo de entender cuando se trata de problemas externos como el mantenimiento del coche. Sin embargo, es mucho más confuso cuando los problemas ocurren internamente. Cuando nos enfrentamos a emociones difíciles como la ansiedad, la depresión, el estrés, la pena, la ira o la soledad, nos apresuramos a buscar el botón de apagado en nuestro tablero emocional en lugar de asimilar los mensajes que contienen. Tus emociones no son el problema, así que siente plenamente, abraza el cambio, avanza y aprende a conducir.

Anexo 9

Metáfora del invitado indeseado (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014)

Imagina que has decidido organizar una gran fiesta por tu cumpleaños. Has decidido hacerlo a lo grande, de modo que sacas tu agenda de contactos y empiezas a invitar a gente, diciendo que todos pueden venir, será una gran fiesta, pueden traer a sus amigos... les dices que todos serán bienvenidos. Llegado el día, empiezan a acudir las personas a las que has invitado, las que querías que vinieran, y alguna más que se ha apuntado de rebote, al leer ese "todos serán bienvenidos". Concretamente, te fijas en que hay un invitado que te da mala impresión, huele mal y tiene malos modales. Tratas de echarlo de la fiesta, pero en el momento en que vuelves a estar con tus amigos, ves que ya está de nuevo por ahí. Vuelves a pedirle que se vaya, consigues echarlo de la fiesta... pero al poco tiempo, le ves de nuevo merodeando. Puedes volver a echarlo, pero para asegurarte de que no vuelve a entrar, tendrías que quedarte pegado a la puerta durante toda la fiesta, dado que no para de entrar y salir gente... De modo que tienes dos opciones, si quieres asegurarte de que no moleste, tendrás que vigilarlo constantemente, y aun así, puede que en algún movimiento de gente se cuele, pero tendrás que pagar el precio de perderte tu propia fiesta. La otra opción, es dejar que ande a sus anchas mientras tú te dedicas a disfrutar de la gran fiesta que has organizado. ¿Dirías que estás siendo el anfitrión de tu fiesta, o te la estás perdiendo tratando de controlar a ciertos invitados (Eventos privados...)?

Anexo 10*Metáfora del lobo y la casa*

Imagina que vas por un camino hacia tu casa que está situada a lo lejos y en ella está todo lo que más te importa. En el camino te encuentras a un lobo que asusta mucho y te da mucho miedo, por lo que le das el bocadillo que llevas en tu mochila y así puedes pasar. Pero al día siguiente, vuelves a caminar y el lobo vuelve a aparecer, esta vez le das el bocadillo, tu botella de agua y tu bollo de chocolate... así día tras día, hasta que acabas dándole todo lo que tienes y a la vez estás más alejado de tu casa, de lo que te importa. ¿Qué es el lobo en tu vida? ¿Y los bocadillos?

Anexo 11

Metáfora del autobús (Wilson y Luciano, 2002)

Imagínate que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido, etc., incluso te insultan y desaniman, eres un mal conductor, un fracasado, nadie te quiere... Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquilo. Algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes y discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos del autobús. Así que resignado vuelves a su asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos. De esta forma, para que no te molesten y no sentirse mal empiezas a hacer todo lo que le dicen y a dirigir el autobús por dónde le dicen para no tener que discutir con ellos ni verlos. Haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida. Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle “gire a la izquierda”, sino que girarás a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen. Así, sin tardar mucho, empezarás a justificar sus decisiones de modo que casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que estás llevando el autobús por la única dirección posible. El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo “si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”. Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos pasajeros, pensamientos y sentimientos muy negativos, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso aceptas el trato y haces lo que le dicen para que te dejen tranquilo y se vayan al final del autobús donde no les puedas ver. ¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús! Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. El conductor eres tú.

Anexo 12

Plan de acción por parte de la paciente en la Diana de Valores (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl y Melin, 2012).

Trabajo/Educación

Centrarse en buscar ofertas de empleo que tengan que ver con la comunicación, con sus estudios; centrarse en lo que le gusta hacer; dando los tours, atender a lo que necesitan los turistas, aquello que quieren ver; seguir formándose, sacarse el carnet de guía turista oficial; estudiar lo que va a decir en los tours; para partir de una base segura, ser honesta y decir que X información no la sabe delante del grupo en el tour.

Esparcimiento

Sentarse a leer, tumbarse a ver la TV; espacio para hacer cosas creativas que le hacen sentir bien, relajada: plantar una planta, escribir, dibujar; realizar la acción a pesar de lo que le diga su cabeza; conectar con el presente; ir al gimnasio, montar en bicicleta y hacer natación, para desconectar, cuidarse, disfrutar; desconectar el fin de semana del trabajo; realizar un horario flexible día a día: crear una lista de sus obligaciones, no hacer las que no sean urgentes y así tener más tiempo de ocio.

Relaciones

Pedir ayuda; poder salir con amigos aunque no esté de muy buen humor; pensar que sus ideas son interesantes; intentar entender el punto de vista del otro poniéndose en su lugar, para desarrollar así la empatía; concentrarse en pensar “lo que piense otro de mí me da igual”, expresarse libremente; no querer hablar y quedarse sin hablar, no hay necesidad de hablar siempre; aunar grupos de amigos diferentes en un mismo plan.

Crecimiento Personal/ Salud

Observar su cuerpo y detectar cuándo necesita descansar; meditar y reflexionar tranquilamente; respecto a la alimentación, comer bien pero permitirse salirse de esa rutina en algunos momentos.

Anexo 13

Consentimiento informado para usuarios, de Grupo Enter Psicología (Madrid)

RECEPCIÓN DE USUARIOS

En cumplimiento de lo establecido en la normativa de protección de datos le informamos de los siguientes aspectos:

Identificación del Responsable de Tratamiento:

- Identidad: ENTER Servicio Integral de Psicología
- Dirección: Calle Mártires Concepcionistas, N 10, 1ª Derecha, 28006 Madrid
- Teléfono: 673 20 41 03
- Correo electrónico: enter@enterpsicologia.es

Finalidad del Tratamiento de sus datos personales:

En ENTER Servicio Integral de Psicología, tratamos sus datos personales con la finalidad de llevar a cabo, correctamente, la gestión y el seguimiento de los servicios solicitados por usted. Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial y profesional y cinco años más de acuerdo con las exigencias legales.

Legitimación para el tratamiento de sus datos:

La base legal para el tratamiento de sus datos es su consentimiento expreso.

Para el resto de tratamientos se solicitará el consentimiento del interesado.

Los datos sólo podrán ser utilizados para los fines expuestos en el anterior epígrafe, de acuerdo con los principios de transparencia y de limitación de la finalidad.

Comunicación o Cesión de datos y Transferencias Internacionales de Datos:

Los datos serán cedidos en aquellos casos en que así se exija legalmente a las entidades públicas con competencia en la materia.

Autorizo el tratamiento de mis datos para las finalidades anteriormente mencionadas.

Desde ENTER Servicio Integral de Psicología, se solicita el consentimiento expreso para la grabación de las sesiones con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación de las sesiones, le rogamos que nos lo comuniqué y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines de formación y desarrollo profesional.

Acepto la grabación de mis sesiones

Las grabaciones de las sesiones podrían ser cedidas a alumnos en prácticas o con el resto de terapeutas con fines formativos y de desarrollo profesional.

Acepto este tratamiento

Derechos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en ENTER Servicio Integral de Psicología estamos tratando datos personales que les conciernan, y en tal caso, **derecho de acceso** a sus datos personales, a los fines del tratamiento, y a las categorías de datos personales de que se trate.

Asimismo, tendrá derecho a solicitar la **rectificación** de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su **supresión** cuando, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos; se haya retirado el consentimiento en el que se basa el tratamiento o se oponga al tratamiento; los datos personales se hayan tratado de manera ilícita; o deban suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en el derecho de la Unión o de los Estados miembros.

Podrá solicitar la **limitación** del tratamiento de sus datos cuando, impugne la exactitud de los datos personales durante el plazo que permita al responsable verificar la exactitud de los mismos; el tratamiento sea ilícito y el interesado se oponga a la supresión de los datos personales y solicite en su lugar la limitación de su uso; el responsable ya no necesite los datos personales para los fines del tratamiento, pero el interesado los necesite para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones; o el interesado se haya opuesto al tratamiento, mientras se verifica si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los del interesado. En tales casos, únicamente conservaremos los datos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, usted podrá oponerse al tratamiento de sus datos. ENTER Servicio Integral de Psicología dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, y que haya facilitado, en un formato estructurado, y a transmitirlos a otro responsable del tratamiento sin que lo impida el responsable al que se los hubiera facilitado, cuando, el tratamiento este basado en el consentimiento; o le tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Cuando las personas afectadas ejerzan los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas, deberán comunicarlo por correo electrónico a la dirección enterpsicologia@gmail.com

Asimismo podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, especialmente cuando no haya obtenido la satisfacción en el ejercicio de sus derechos, a través de la sede electrónica en www.aepd.es.

Procedencia:

Los datos personales que tratamos en ENTER Servicio Integral de Psicología proceden del propio interesado.

Y en prueba de conformidad, quedo informado y presto mi consentimiento para los tratamientos informados.

En Madrid a _____ de _____ de 20__

Nombre y apellidos:

Teléfono:

DNI:

Dirección:

Código Postal:

Correo electrónico:

Firma:

