



## ESTUDIO DE CASO

# INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO ABORDADO DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autora:** Sylwia Sidor

**Tutora Clínica:** Silvia Cintrano de la Torre, Instituto Centta

**Tutora Académica:** Judit Tirado Muñoz

**Fecha de realización del trabajo:** 28 de febrero, 2023

**N.º de palabras:** 11.806

## Índice

Resumen .....	3
Abstract.....	3
1. Introducción .....	4
1.1. Conceptualización y Epidemiología del Dolor Crónico .....	4
1.2. Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales Asociados al Dolor Crónico .....	6
1.3. Tratamientos Psicológicos Eficaces para el Dolor Crónico .....	7
2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta .....	10
2.1. La Identificación del Paciente .....	10
2.2. Motivo de Consulta .....	11
3. Evaluación .....	11
3.1. Instrumentos de Evaluación: .....	11
3.2. Estrategia de Evaluación.....	14
4. Formulación del Caso .....	15
4.1. Historia del Problema .....	15
4.2. Análisis Funcional .....	18
4.2.1. Hipótesis de Origen .....	19
4.2.2. Hipótesis de Mantenimiento .....	20
4.3. Objetivos .....	22
5. Tratamiento .....	23
5.1. Procedimiento .....	23
5.2. Descripción de Sesiones .....	26
6. Valoración del Tratamiento.....	30
6.1. Adherencia al Tratamiento.....	30
6.1.1. Alianza Terapéutica .....	30
6.1.2. Disposición al Cambio.....	31
6.1.3. Consecución de Objetivos .....	32
7. Discusión y Conclusiones.....	36
7.1. Discusión .....	36
7.2. Limitaciones .....	40
7.3. Conclusiones .....	41
Referencias.....	43
Anexos.....	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados Pre obtenidos de las escalas: RSE, BAI, BDI-II, CAD y AAQ-II .....	15
Tabla 2. Identificación de Variables Disposicionales .....	18
Tabla 3. Cronograma del plan de tratamiento .....	25
Tabla 4. Resultados Pre-Post del cuestionario CAD.....	35
Tabla 5. Resultados Pre-Post del cuestionario AAQ-II .....	36

Índice de Figuras

Figura 1. Cadenas explicativas de la hipótesis de origen .....	19
Figura 2. AF de la conducta evitativa ante la posibilidad de salir de casa .....	20
Figura 3. AF de la conducta de sumisión con respecto a la pareja .....	21
Figura 4. AF del afrontamiento de la situación actual desde la postura del “niño”.....	22
Figura 5. Comparación de resultados Pre-Post de las escalas: RSE, BAI, BDI-II, CAD y AAQ-II.....	33

## Resumen

La multidimensionalidad del impacto del dolor crónico es una evidencia, afecta tanto la salud física como psicológica del paciente, extendiéndose al área social e incluso económica. El dolor lumbar crónico se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. En este trabajo se presenta el estudio de caso de inflexibilidad psicológica en un paciente con dolor crónico abordado desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuya eficacia quedó demostrada tanto en la entrega de tratamientos en formato presencial como online. Se realiza una breve exploración de los factores biopsicosociales interrelacionados con dolor crónico, identificando como los más comunes: la depresión, la ansiedad y el miedo que conduce a la persona hacia la evitación experiencial. Seguidamente, se explora el caso y la historia del problema, se procede a la evaluación y el análisis funcional que permiten el planteamiento de una intervención eficaz y personalizada. El objetivo principal del tratamiento se dirige a la potenciación de la flexibilidad psicológica, promoción de la defusión cognitiva y de la aceptación con la finalidad de disminuir la evitación experiencial. Los resultados obtenidos demuestran la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, aumento de la autoestima, la reducción de los niveles en la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial y la mejora en el afrontamiento del dolor. Se discuten los efectos del tratamiento y se analizan las fortalezas y debilidades.

*Palabras Clave:* ACT, dolor crónico, evitación experiencial, inflexibilidad psicológica.

## Abstract

The multidimensionality of the impact of chronic pain is evident, it affects both the physical and psychological health of the patient, extending to the social and even economic area. Chronic low back pain has become one of the leading causes of disability worldwide. This paper presents a case study of psychological inflexibility in a patient with chronic pain approached from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), whose efficacy was demonstrated both in face-to-face and online treatment delivery. A brief exploration of the biopsychosocial factors interrelated with chronic pain is carried out, identifying as the most common: depression, anxiety and fear that leads the person towards experiential avoidance. next, the case and the history of the problem are explored, the evaluation and functional analysis are carried out, which allow the approach of an effective and personalized intervention. The main objective of the treatment is aimed at enhancing psychological flexibility, promoting cognitive defusion and acceptance in order to reduce experiential avoidance. The results obtained show a decrease in anxious and depressive symptoms, an increase in self-esteem, a reduction in levels of psychological inflexibility and experiential avoidance, and an improvement in coping with pain. The effects of the treatment are discussed and the strengths and weaknesses are analyzed.

*Keywords:* ACT, chronic pain, experiential avoidance, psychological inflexibility.

## 1. Introducción

En 1979, la definición elaborada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial, o descrita en los términos de dicha lesión” (Raja et al., 2020), fue aceptada por la comunidad científica, el entorno sanitario y por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta definición a lo largo del tiempo se ha ido modificando, ha ido recibiendo críticas, una de ellas relacionada con la falta de inclusión de factores cognitivos y sociales (Pérez Fuentes, 2020). Otro argumento que señala sus limitaciones se refiere al dolor crónico, que puede ser una enfermedad con su propio curso, más que un síntoma (Raja et al., 2020). En consecuencia, ISAP en 2020 formuló una nueva definición de dolor: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial” (Raja et al., 2020). De forma que, estamos ante una definición viva cuya conceptualización está en constante evolución.

Es relevante añadir que las personas aprenden a construir el concepto del dolor mediante sus propias experiencias de vida y que el dolor, por ende, siempre representa una experiencia individual (Raja et al., 2020).

### 1.1. Conceptualización y Epidemiología del Dolor Crónico

Se refiere al dolor crónico, como el dolor que persiste más de 3 meses, atendiendo al sistema de clasificación del CIE-11 (OMS, 2021). El dolor crónico origina sufrimiento en las personas y es frecuente causa de discapacidad (Treede et al., 2019). En un estudio sobre la incidencia, la prevalencia y los **años vividos con discapacidad** (YLD, por sus siglas en inglés), realizado por Global Burden of Disease 2013, se determinó el dolor lumbar crónico como la causa principal de YDL a nivel mundial (GBD, 2015). Igualmente, años después Hartvigsen et al.

(2018) confirmaron el dolor lumbar crónico como la principal causa de discapacidad en el mundo.

La denominación de dolor lumbar viene dada por la localización del dolor (Hartvigsen et al., 2018). En una revisión se encontró que el dolor lumbar crónico tenía una prevalencia de 2,5 veces mayor en la población activa que no activa, sin embargo, no se identificaron claros motivos de esta ocurrencia (Jackson et al., 2016). En Europa se observó el dolor lumbar como la causa más común de las bajas médicas y jubilaciones anticipadas (Hartvigsen et al., 2018). En una revisión de 38 artículos sobre la experiencia personal del dolor lumbar crónico, se resaltó entre aspectos comunes la presencia del aislamiento social, desesperanza, pérdida de trabajo, pérdida del poder adquisitivo, decepción con los profesionales de la salud y la pérdida de expectativas con respecto a la mejora de la salud (MacNeela et al. 2015). Una investigación sobre la percepción subjetiva del dolor en pacientes con la degeneración de discos lumbares reveló que las mujeres, además de asociarse con la percepción de mayor intensidad del dolor, también se relacionan con menor desempeño de funciones como, caminar, girar, levantarse o sentarse (Gautschi et al., 2016).

Con respecto a la edad de los pacientes que sufren de dolor crónico, se ha encontrado que los grupos de pacientes mayores tienen una prevalencia superior que los jóvenes (Cohen et al., 2021; Mills et al., 2019). Los mismos autores informaron que las mujeres reportan con más frecuencia el dolor crónico que los hombres. Otro de los hallazgos demuestra una relación inversa entre la prevalencia del dolor crónico y los factores socioeconómicos (Cohen et al. 2021; Mills et al., 2019). Donde la privación socioeconómica de las personas no solo aumenta la probabilidad de experimentar el dolor crónico, sino incluso incrementa la posibilidad de experimentar el dolor con mayor intensidad (Mills et al., 2019). Cohen et al. (2021) en su estudio encontraron que la prevalencia del dolor crónico y de la discapacidad asociada era mayor en países con ingresos bajos que en los países con ingresos más elevados.

## **1.2. Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales Asociados al Dolor Crónico**

Desde el modelo biopsicosocial se concluye la existencia de una compleja interacción entre el dolor crónico y los factores biológicos, psicológicos y sociales. Se considera que el dolor crónico puede influir en la aparición de la depresión, ansiedad, falta de sueño y una situación social desfavorable. Igualmente, los factores de índole psicológico como, la depresión, ansiedad, deficientes estrategias de afrontamiento y catastrofización, entre otros, se relacionan con el desarrollo del dolor crónico (Cohen et al., 2021). Los autores Mills et al. (2019) consideran probable esta relación de bidireccionalidad entre la etiología y el dolor crónico y por consiguiente su relación con el empeoramiento de salud la mental. Turk and Okifuji (2002) resaltan desde la perspectiva biopsicosocial el importante papel que cumplen las creencias de los pacientes en el afrontamiento del dolor crónico. Las creencias que desempeñan un importante rol en el afrontamiento del dolor crónico refieren al significado de los síntomas, la capacidad de control del dolor, la repercusión del dolor en la vida y las preocupaciones relacionadas con la visión del futuro.

En cuanto al miedo y la ansiedad, en relación con la experiencia del dolor, las investigaciones han demostrado que guían a la persona hacia la evitación de actividades. También pueden contribuir al incremento de la percepción del dolor. En definitiva, la respuesta del miedo que aparece por la anticipación del dolor puede estar evocada por estímulos neutros, predictores del dolor, en ausencia de este (Vlaeyen & Linton, 2012).

Los autores Turk and Okifuji (2002) han encontrado que un nivel de ansiedad elevado relacionado con la anticipación del dolor en personas con dolor crónico, predice en mayor grado niveles más altos de dolor, conduciendo incluso a un patrón comportamental con marcada deficiencia, que las propias características físicas de la lesión. Añaden que la evitación del miedo al dolor agudo podría influir de manera negativa en la recuperación del paciente.

Debido a la demostrada contribución de los factores psicosociales y contextuales en la experiencia de dolor y la elevada capacidad predictiva de estas variables en el proceso de cronificación del dolor (Turk & Okifuji, 2002), se realiza un repaso de principales tratamientos psicológicos que abordan el dolor crónico.

### **1.3. Tratamientos Psicológicos Eficaces para el Dolor Crónico**

Ho et al. (2022) confirman en su revisión con metaanálisis (NMA, por sus siglas en inglés) la perspectiva de la superioridad de los tratamientos multidisciplinarios, que combinan el ejercicio físico con la intervención psicológica para el control del dolor lumbar crónico. Así mismo, encuentran que los tratamientos más efectivos para la evitación del miedo y la función física en los casos de dolor lumbar crónico son los programas de educación sobre el dolor, administrados junto a la fisioterapia. Estos autores observaron que la intervención que presentó mayor evidencia, en el tratamiento de la intensidad del dolor, se correspondía con la terapia conductual administrada junto con el tratamiento de fisioterapia.

Además, la literatura científica refleja que los tratamientos multimodales compuestos por dos disciplinas, como puede ser la intervención médica y la psicológica, logran reducir en mayor grado el dolor, la incapacidad y el estado de ánimo negativo (Moix et al., 2011).

Antes de centrarnos en el enfoque unidisciplinario basado en los principios psicológicos para los tratamientos del dolor crónico y dado que, según los autores Turk and Okifuji (2002), estos modelos requieren una participación activa por parte de los pacientes, lo que conlleva la introducción de cambios en la forma del funcionamiento habitual, se considera indispensable abordar el concepto de disposición al cambio. Kerns et al. (1997) reportaron que la disposición a la aceptación y a la adopción de una actitud responsable ante el manejo del dolor y ante las dificultades asociadas, variaba en las personas con dolor crónico. De modo que, las personas que creían con más firmeza que la solución a su dolor debía ser médica, podían mostrar menor



disposición a aceptar un tratamiento enfocado al autocontrol. Turk and Okifuji (2002) sugirieron que al modificar la disposición de los pacientes hacia la asunción de responsabilidad en el proceso de manejo de su dolor podría traer mayor éxito en los resultados del tratamiento.

Entre los tratamientos psicológicos aplicados a las personas con dolor crónico se encuentra la Hipnosis, como la técnica que reduce el dolor, su efectividad ha quedado demostrada en los estudios con dolor crónico (Moix et al., 2011).

Tratamientos de corte conductual respaldados por la literatura científica, defienden la influencia de los efectos de aprendizaje o del condicionamiento operante de las personas sobre las conductas de dolor. Los programas conductuales tienen como objetivo mejorar las habilidades funcionales, utilizando métodos operativos (refuerzo positivo, extinción, modelado, etc.) para movilizar el cambio relacional entre los comportamientos limitantes y las contingencias de reforzamiento (Fordyce et al, 1985).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), resulta ser el enfoque más elegido para tratar el dolor crónico (McCracken et al., 2022; Moix et al., 2011; Vallejo, 2005), el metaanálisis de Vowles and McCracken (2008) sugiere que la TCC aplicada al dolor crónico disminuye el dolor, la angustia emocional y discapacidad. Pese a que la intervención TCC puede ser muy variada, la intervención con dolor crónico suele conformarse de los siguientes elementos: entrenamiento en relajación, establecimiento de objetivos, reestructuración cognitiva de pensamientos negativos y activación conductual (McCracken et al., 2022). Existe una clara evidencia de que la TCC es el tratamiento psicológico predominante en el abordaje del dolor crónico y cuenta con una efectividad demostrada. Sin embargo, algunos autores reportan que sus efectos son limitados (Hughes et al., 2017). Por consiguiente, la ACT se postula como una buena alternativa para el tratamiento de dolor crónico (McCracken et al., 2022; Hughes et al., 2017), siendo el tratamiento ampliamente probado con una demostrada eficacia, para ambos formatos: presencial y online según el metaanálisis de Trindade et al. (2021).

“El enfoque ACT se basa en una perspectiva contextual funcional de la adaptabilidad y el sufrimiento humano derivada de principios conductistas desarrollados mediante la teoría del marco relacional” (Hayes et al., 2015). Su objetivo consiste en promover los cambios de conducta y la mejora del funcionamiento en la vida de la persona, aplicando el modelo de la flexibilidad psicológica, constituido por seis procesos centrales: aceptación, defusión cognitiva, valores, atención flexible al momento presente, desarrollo del “yo contexto” y acción comprometida (Hayes et al., 2015).

La esencia de ACT consiste en mejorar la “flexibilidad psicológica” en forma del proceso de cambio logrando así beneficiosos efectos terapéuticos (McCracken et al., 2022; McCracken & Morley, 2014). Con el fin de generar la flexibilidad psicológica en las personas que sufren de dolor crónico, la ACT utiliza los procesos de aceptación, atención plena y acción basada en valores (McCracken & Velleman, 2010). El modelo de flexibilidad psicológica está basado en el análisis experimental de los procesos relacionados con el lenguaje y pensamiento, integrando la idea de que tanto las verbalizaciones como el contexto en el que se desarrollan pueden controlar o influir en otros comportamientos (McCracken & Morley, 2014). Estos contenidos verbales, como por ejemplo “He perdido la ilusión de vivir” o “No puedo hacer nada hasta que el dolor desaparezca”, podrían ejercer en la experiencia del paciente un gran impacto. De forma que, según McCracken and Velleman (2010) el comportamiento rígido que no atiende al marco contextual de las contingencias, producido por las influencias cognoscitivas, unido a un contacto interrumpido con la experiencia directa, contribuiría a un funcionamiento limitado y con numerosas restricciones, dando lugar a la “inflexibilidad psicológica” (Hayes et al., 2015). En consecuencia, el objetivo del tratamiento basado en ACT para el abordaje del dolor crónico, incluso en el contexto de la experimentación del dolor, reside en la mejora del funcionamiento de la persona, en lugar de buscar reducir el dolor, poniendo énfasis en la evitación experiencial y promoviendo los procesos tales como la aceptación y la acción guiada por valores (Trindade

et al., 2021). La aceptación consiste en responder a las contingencias relacionadas con el dolor sin la intención de controlarlas, ni evitarlas (McCracken & Eccleston, 2005). Estos autores confirman que la voluntad de estar en contacto con la experiencia del dolor y realizar las actividades a pesar de su presencia, puede predecir un funcionamiento satisfactorio en los pacientes con dolor crónico.

## **2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta**

### **2.1. La Identificación del Paciente**

De acuerdo con el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos y con el fin de respetar el código deontológico profesional, se procede a salvaguardar la identidad del paciente y de sus familiares y allegados, con el fin de impedir su reconocimiento.

Antonio es un hombre de 53 años casado desde hace dos décadas, sin hijos, vive en Madrid con su mujer B. La situación actual con su pareja es de desigualdad en la cual él desempeña el rol de sumiso. En Madrid también residen los padres de Antonio y sus tres hermanos mayores junto a sus familias, con quienes refiere no tener contacto desde hace veinte años, momento vital que coincide con su propia boda. Antonio comenta que decidió romper los lazos familiares motivado por los comentarios de B., en los cuales le transmitía que su familia le trataba mal y le hacía daño.

El nivel sociocultural de Antonio es medio-alto. Estudió derecho, sin embargo, durante la mayor parte de su vida se dedicó al diseño de interiores por cuenta propia. Desde hace dos años no trabaja, debido al dolor crónico ocasionado por la degeneración de los discos lumbares. En consecuencia, depende económicamente de B.

Antonio en la actualidad recibe el tratamiento de fisioterapia y realiza en casa los ejercicios recomendados por el fisioterapeuta, refiere no seguir el tratamiento farmacológico prescrito, dice que los fármacos no disminuyen su dolor.

Había realizado tratamiento psicológico previo, tras romper la relación con la familia, tenía recurrentes pesadillas relacionadas con sus padres. El tratamiento tuvo una duración de 5 sesiones y el resultado conseguido fue la remisión de síntomas provocados por el sentimiento de culpa.

## **2.2. Motivo de Consulta**

Antonio acude a consulta a mediados de octubre de 2022, refiriendo la preocupación por la forma del afrontamiento que tiene al dolor crónico, informa vivirlo desde el rol del niño. Le preocupa quedarse instaurado en este rol: obediente, inseguro, dependiente, aislado socialmente, con autoestima dañada y resignado al dolor para siempre. Refiere sentirse triste de forma habitual. Su miedo es no poder volver a ser “adulto” mientras el dolor se sigue manifestando.

## **3. Evaluación**

La evaluación psicológica se lleva a cabo mediante la recopilación de información en las entrevistas en sesión, observación de conductas clínicamente relevantes, autorregistros y cuestionarios.

### **3.1. Instrumentos de Evaluación:**

- **Entrevista no estructurada.** La entrevista es una técnica longitudinal, que guía por excelencia el proceso de evaluación y posibilita la obtención de la información inicial sobre el sujeto. Permite tomar decisiones sobre la elección de instrumentos necesarios para realizar la exploración más profunda de los datos de la persona que acude a la consulta (Fernández-Ballesteros, 2004).

- **Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico, CAD** (Soriano y Monsalve, 2002). Desarrollado específicamente para la exploración del individuo sobre sus estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico. Compuesto por 31 ítems en una estructura fiable y estable construida por 6 factores: religión, búsqueda de apoyo social emocional (catarsis), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental). Los índices de consistencia interna calculados con el coeficiente alfa de Cronbach están comprendidos entre los valores de  $0,94 \leq \alpha \leq 0,77$  (Soriano y Monsalve, 2005).
- **Escala de Autoestima de Rosenberg, RSE** (Rosenberg, 1965), la escala se compone de 10 ítems, de los cuales 5 están formulados de manera positiva y 5 de manera negativa. El formato de la escala es tipo Likert, cuyos valores quedan comprendidos entre 1 (muy en desacuerdo) y 4 (muy de acuerdo), la puntuación total alcanza de 0 a 40 puntos. Las puntuaciones se reparten en tres categorías: menos de 25 puntos autoestima baja, 26 – 29 puntos autoestima media, 30 – 40 puntos autoestima elevada. El índice de consistencia interna en población española se encuentra entre 0,76 y 0,87 (Vázquez Morejón et al., 2004).
- **Inventario de Depresión de Beck-II, BDI-II** (Beck, Steer & Brown, 1996), adaptación española de Sanz et al. (2003). Con esta prueba se pretende medir la presencia de los síntomas depresivos presentes durante las dos últimas semanas, cuantificar su intensidad y evaluar la gravedad. Se compone de 21 ítems, el criterio de valoración representa una escala tipo Likert que comprende los valores entre 0 y 3. Las puntuaciones obtenidas permiten realizar la siguiente clasificación: depresión mínima (0 – 13), depresión leve (14 - 19), depresión moderada (20 - 28) y depresión grave (29 - 63). El inventario muestra una alta fiabilidad ( $\alpha > 0,85$ ) en Muñiz y Fernández-Hermida (2010).

- **Inventario de Ansiedad de Beck, BAI** (Beck & Steer, 1988), la adaptación española de Sanz (2014). Con este instrumento se evalúa la sintomatología ansiosa. Compuesto por 21 ítems, el criterio de valoración constituye la escala Likert de 4 puntos sobre el grado de molestia ocasionado por determinadas conductas durante la última semana. Las puntuaciones de corte definen la clasificación en cuatro grupos: ansiedad mínima (0 - 7 puntos), ansiedad leve (8 - 15), ansiedad moderada (16 - 25) y ansiedad grave (26 - 63). El instrumento presenta una alta fiabilidad con el índice de consistencia interna de 0,92 (Sanz, 2014).
- **Cuestionario de Aceptación y Acción, AAQ-II** (Bond et al., 2011), adaptación española de Ruiz et al. (2013). La escala mide la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, se utilizó la versión de 7 ítems. El criterio de valoración es la escala tipo Likert de 7 puntos, entre 1 (nunca es verdad) y 7 (siempre es verdad). La puntuación mínima 7 puntos (predomina la aceptación y la acción comprometida) y la máxima 49 puntos (dominio de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica). El instrumento presenta una buena fiabilidad con el índice de consistencia interna,  $\alpha = 0,88$  (Ruiz et al., 2013).
- **Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida** (de la Torre Martí, 2013), esta guía presenta recomendaciones para el abordaje del proceso evaluativo–interventivo desde el marco cognitivo-conductual en casos clínicos que manifiesten o sugieren la ideación suicida o el riesgo de suicidio.
- **Autorregistro**. Su principal objetivo es obtener la información sobre el paciente en las situaciones en las que siente el dolor: *Día y hora / Dolor: ¿Qué intensidad tiene en una escala de 0 a 10? Descripción del dolor / Situación: ¿Qué estoy haciendo en este momento? ¿Dónde estoy, con quién y qué sucede? / Emociones: ¿Qué emociones estoy sintiendo? ¿Cómo de intenso es lo que siento en una escala de 0 a 10? / ¿Qué me dice la*

*mente en este momento (pensamientos, recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? / ¿Cómo reaccioné? / ¿Qué gané y a qué renuncié?*

Esta técnica permite establecer los aspectos esenciales sobre las conductas de evitación experiencial. De igual manera, aporta información adicional sobre el estado emocional de Antonio.

### **3.2. Estrategia de Evaluación**

La evaluación inicial se realizó mediante la entrevista no estructurada, permitiendo mayor flexibilidad al terapeuta de la recogida de información. El desarrollo de la entrevista se llevó a cabo respetando las indicaciones de Vázquez y Muñoz en Muñoz et al. (2019) establecidas en la *entrevista clínica para adultos*. Cabe resaltar que la entrevista es un elemento de evaluación transversal, que se utilizó a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Durante la segunda sesión se empleó el cuestionario CAD con el fin de identificar la forma de afrontamiento ante el dolor crónico y la RSE, siendo la baja autoestima, el aspecto identificado por el propio paciente como un problema a mejorar. Tras la información obtenida en el autorregistro realizado por Antonio sobre la presencia de las emociones tales como desesperanza, resignación, melancolía, tristeza y sensación de pánico, se procedió a aplicar de forma complementaria los cuestionarios BAI y BDI-II, para una identificación más precisa de los síntomas de ansiedad y depresión. Cabe destacar que la información recogida a través del inventario BDI-II, sirvió para tomar decisión sobre la evaluación del riesgo de suicidio a partir de que Antonio marcara en el cuestionario los ítems relacionados con pensamientos y deseos de suicidio: *“Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo”* y *“Me gustaría suicidarme”*. Para ello se utilizó el Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida (de la Torre Martí, 2013). Con el fin de evaluar la inflexibilidad psicológica al descubrir la presencia del patrón de evitación experiencial, se aplicó el AAQ-II.

Los resultados obtenidos de las pruebas de evaluación: en el cuestionario **CAD** se encontró la *distracción* (24) como la principal estrategia de afrontamiento del dolor elegida por el paciente, seguida de *la búsqueda de información* (14). El resultado de la escala **RSE** (18 puntos), corresponde con la autoestima baja según los baremos. La puntuación en ansiedad, **BAI** (21 puntos) indica el nivel de ansiedad moderada. Resultados del **BDI-II**, indican la presencia de sintomatología depresiva moderada (20 puntos). El riesgo de suicidio evaluado se sitúa en el nivel (2) *riesgo medio*. En el **AAQ-II** una puntuación alta (45 puntos) indica el predominio de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Resultados Pre obtenidos de las escalas: RSE, BAI, BDI-II, CAD y AAQ-II.*

<b>Instrumento</b>	<b>PRE</b>
RSE	18
BAI	21
BDI-II	20
CAD	67
AAQ-II	45

*Nota.* RSE=escala de autoestima de Rosenberg; BAI=inventario de ansiedad de Beck; BDI-II=inventario de depresión de Beck-II; CAD=cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico; AAQ-II=cuestionario de aceptación y acción.

## **4. Formulación del Caso**

### **4.1. Historia del Problema**

Antonio relata que hace dos años sufrió el primer latigazo lumbar que le causó un dolor muy fuerte. Desde entonces el dolor aparecía con más frecuencia e intensidad de manera paulatina, hasta que 6 meses después se volviese crónico. A partir de aquel momento refiere haber experimentado notables cambios en su vida: “Durante todo este tiempo mi vida se ha ido deteriorando: a nivel laboral, a nivel social y a nivel personal”. Expresa literalmente: “Me siento prisionero del dolor”. Desde aquel momento Antonio refiere resignarse ante el dolor. Piensa



que hasta que no se solucione el problema, no puede realizar planes ni a corto, ni a medio, ni a largo plazo. En traumatología le dieron el alta al no disponer de más alternativas para tratar su dolor. El plazo para la siguiente cita médica tiene asignado dentro de un año y medio, mientras tanto dispone del tratamiento farmacológico, tramadol para el alivio del dolor, cuyo uso abandonó, alegando no surtir efecto. Antonio verbaliza que la incertidumbre de no saber si habrá solución para su lesión le genera tristeza y resignación. Añade que, por norma general, prevalecen en él los sentimientos de tristeza y melancolía incluso cuando remonta en sus recuerdos al pasado.

Se considera una persona autoexigente y perfeccionista, estas características se evidencian en su forma de realizar las tablas de ejercicios recomendados por el fisioterapeuta. Refiere levantarse cada día a las 7 de la mañana para realizar de forma “perfecta” todos los ejercicios durante tres horas. Reconoce su tendencia de actuar en base a la consecución de objetivos. Refiere evitar la realización de actividades físicas de ocio que realizaba antes, por el miedo al aumento del dolor.

A nivel laboral, hace un año y medio se retiró por completo del trabajo de diseñador. Verbaliza que, cuando estaba activo laboralmente era seguro de sí mismo, “era una persona más segura con mucho talento y creatividad”. Este cambio tan drástico, lo denomina como algo “duro”, porque pasó de plena actividad a inactividad y según él su autoestima ha bajado de manera considerable.

En pareja, refiere haber cambiado el estatus de igualdad por el de dependencia, donde desempeña el rol de sumisión y obediencia. Realiza todas las peticiones de su mujer sin discriminar, para evitar su enfado y no darle problemas, según sus propias palabras. Ahora refiere sentirse frustrado desempeñando el rol de amo de casa: “ser amo de casa es un poco frustrante, mi mujer sale mucho; con los amigos, al boxeo... y yo siempre estoy en casa”.

La relación con su familia en la actualidad es “inexistente”, a petición de su mujer dejó de mantener el contacto con ellos porque B. no estaba de acuerdo con el trato que recibían por parte de sus familiares.

En el ámbito social, comunica que las relaciones sociales presentes en su vida han sido y son de carácter laboral o profesional (profesionales de la salud, profesores, etc.), refiere no contar con amigos propios, el círculo de amigos con los que se relaciona actualmente proviene de las amistades de su mujer.

A nivel cognitivo, Antonio refiere haber sufrido una regresión, ya no se siente el hombre maduro de 53 años, “ahora soy menos que un adolescente”. Relata que, “el niño ha tomado el poder de la psique del adulto”, afirma que, “el dolor le ha llevado al asteroide y ahora vive allí”. Describe que el rol de adulto consiste en “casarse, desarrollar una carrera profesional, adquirir un buen estatus económico y social, por consiguiente, adaptar la actuación de acuerdo con lo que espera el entorno, sin cuestionarse nada”. Considera que el momento para cuestionar las cosas en la vida pertenece a los niños de la edad entre 8 y 11 años. Refiere tener pensamientos anticipatorios sobre la ocurrencia del dolor, por ejemplo “no puedo ir al cine porque si se intensifica el dolor tendré que salir antes de que acabe la película” o “no puedo salir a montar en bici porque el dolor se puede intensificar en cualquier momento” o “no puedo hacer planes hasta que los médicos no solucionen mi problema”. Estos pensamientos revelan una fuerte tendencia a la respuesta de evitación experiencial. Que unido a otras verbalizaciones repetidas en las sesiones de terapia “no puedo hacer nada”, “la solución no está en mis manos”, denota un afrontamiento pasivo/evitativo ante el problema.

Otro tipo de eventos privados detectados al explorar el autorregistro rellenado por Antonio, que a su vez coinciden con los ítems marcados en el cuestionario BAI, son: “miedo a perder el control”, “temor a que suceda lo peor”, “sentir temor” o “estar asustado”, respuestas que podrían incidir en el aumento de la sintomatología ansiosa.

Las conductas relacionadas y manifestadas por Antonio revelan una equivalencia funcional en cuanto al objetivo de evitación o escape de eventos y de sus propias respuestas a los mismos. De modo que, a partir de la identificación de estas respuestas se realiza su operativa descripción y se evalúa de forma exhaustiva el contexto en el cual ocurren (Froxán Parga, 2021). Por consiguiente, se procede al análisis de la función de las conductas problema.

#### 4.2. Análisis Funcional

El análisis funcional (AF) del caso pretende establecer y describir la hipótesis de origen y de mantenimiento de la secuencia funcional analizada de la conducta. Para su desarrollo se procede a la identificación de variables disposicionales (VD) en (Tabla 2), variables caracterizadas por su capacidad de aumentar o disminuir el valor discriminativo de algunos estímulos (Froxán Parga, 2021).

**Tabla 2**

*Identificación de Variables Disposicionales.*

VD	Descripción
– <b>Propiedad crónica del dolor</b>	Unido a la ineficacia de tratamientos para la lesión lumbar recibidos hasta el momento, incertidumbre sobre el futuro.
– <b>Condición de desempleo</b>	Con ello la pérdida de la autonomía económica, conlleva adopción del rol dependiente y sumiso en la pareja.
– <b>Escasa red social</b>	Contribuye al mantenimiento de un afrontamiento evitativo y a la aparición de sentimientos de soledad y tristeza.
– <b>Historia de aprendizaje sobre el rol de adulto</b>	“Casado, trabaja y no se cuestiona las cosas”, una definición muy limitadora de la persona adulta que denota la fusión con las reglas.
– <b>Historia de aprendizaje de perfeccionismo y autoexigencia</b>	Un patrón rígido de reglas verbales con elevado criterio de éxito contribuye a un repertorio limitado de conductas y a un sentimiento de insatisfacción con los resultados.

---

<p>– <b>Reglas acerca de la falta de planificación del futuro</b></p>	<p>Ejemplos: “no puedo hacer planes hasta que los médicos no solucionen mi problema” o “no voy al cine por si el dolor me obliga a volver en medio de la película”. Muestran la tendencia a la resignación ante el dolor y explican la pérdida de ilusión por vivir.</p>
<p>– <b>Baja autoestima</b></p>	<p>Identificada por el paciente como un hándicap en el afrontamiento de la vida.</p>
<p>– <b>Baja tasa de reforzadores</b></p>	<p>Ámbitos que le proporcionaban estímulos apetitivos: música, arte y deporte abandonó con la aparición de la lesión.</p>

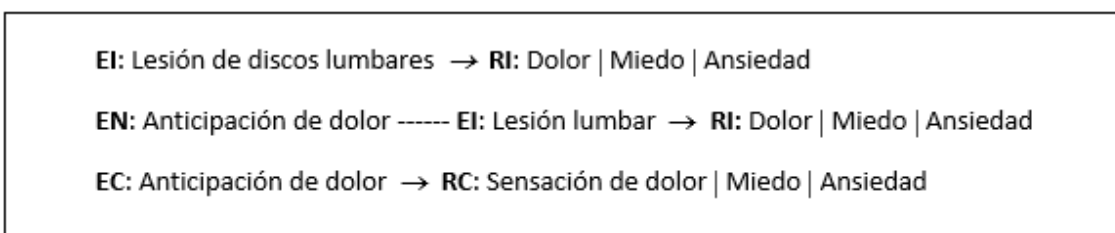
---

#### 4.2.1. Hipótesis de Origen

El inicio del problema de Antonio se sitúa en el año 2020 con la aparición de la lesión en la columna lumbar, diagnosticada como la degeneración de discos lumbares. El condicionamiento clásico es el tipo de procedimiento que media en el aprendizaje asociativo entre los estímulos. De esta forma, la lesión lumbar representa el estímulo incondicionado (EI) que origina una respuesta incondicionada (RI) de dolor, miedo, ansiedad. El estímulo neutro (EN) anticipación de dolor se condiciona por su emparejamiento con (EI) lesión lumbar y pasa a ser un estímulo condicionado (EC) evocando así la respuesta condicionada (RC) de sensación de dolor, miedo, ansiedad. De forma que el miedo que Antonio siente ante el dolor se extrapola también al pensamiento de anticipación de dolor (Figura 1).

#### Figura 1

*Cadenas funcionales de condicionamiento clásico que explican el origen de la aparición de conducta de sentir miedo y ansiedad ante la anticipación de dolor por Antonio.*

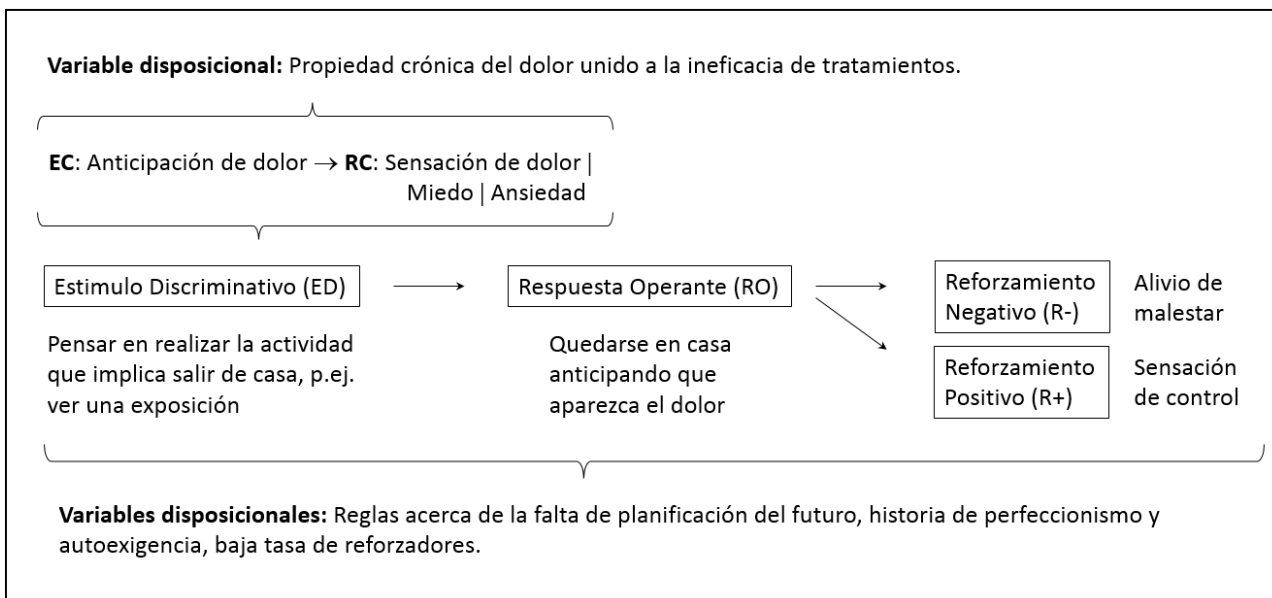


**4.2.2. Hipótesis de Mantenimiento**

La cronicidad de la enfermedad y la ineficacia de los tratamientos influyen en el condicionamiento aversivo de los pensamientos anticipatorios sobre el dolor. Las siguientes variables disposicionales: reglas acerca de la falta de planificación, historia de aprendizaje de perfeccionismo y autoexigencia y baja tasa de reforzadores, facilitan el condicionamiento aversivo de los pensamientos anticipatorios relacionados con realizar las actividades fuera de casa. Además, estas contingencias aumentan la probabilidad de emitir las conductas de evitación por parte de Antonio que a corto plazo reducen su malestar por un lado y, por otro lado, le aportan la sensación de control (Figura 2).

**Figura 2**

*AF de anticipaciones aversivas y condicionamiento de la conducta evitativa ante la posibilidad de salir de casa.*



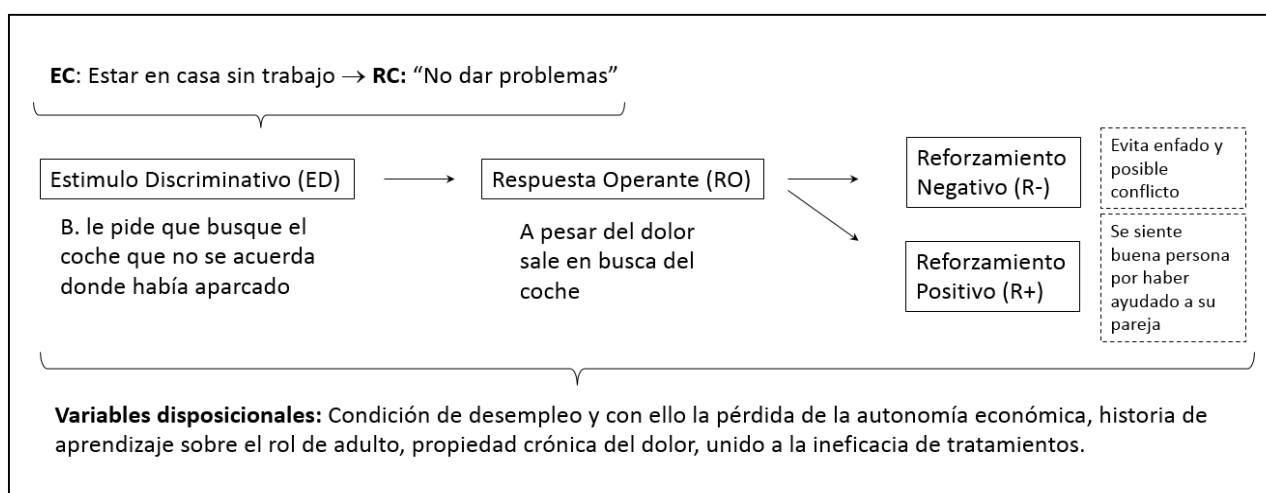
Nota. EC=estímulo condicionado; RC=respuesta condicionada.

Además, el hecho de que esté desempleado y no tenga la autonomía económica, más la historia de aprendizaje sobre el rol de adulto tan marcado con el añadido de la emoción de

incertidumbre debido a la cronicidad de su lesión y los tratamientos sin resultados de mejora que había recibido, facilita que con su pareja realice las conductas de obediencia reforzadas, por un lado, por un consecuente negativo que le permite evitar el enfado y probable conflicto con su mujer y, por otro lado, por un refuerzo positivo que le hace sentir buena persona al cumplir el deseo del otro (Figura 3).

**Figura 3**

*AF de la conducta de sumisión con respecto a su pareja.*

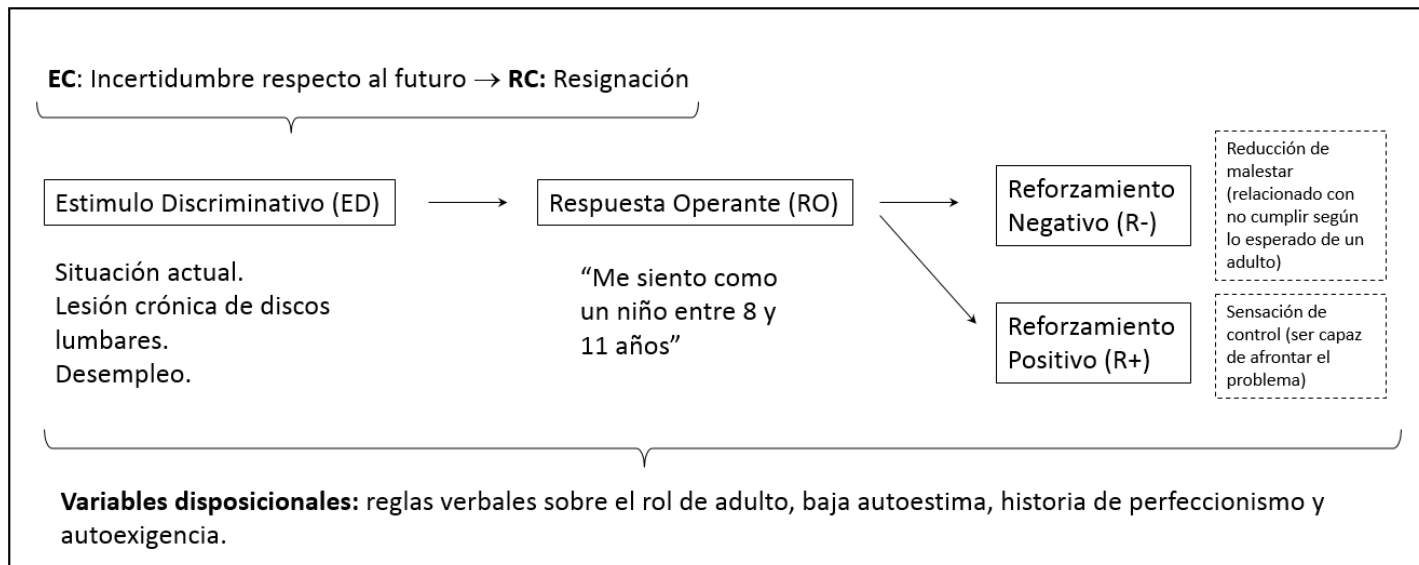


*Nota.* EC=estímulo condicionado; RC=respuesta condicionada.

Por último, la incertidumbre respecto a su futuro, da lugar a una respuesta de resignación. Esto unido al contexto de su situación actual contribuye a la adopción del afrontamiento desde un lugar de regresión. Esta respuesta se mantiene por reforzamiento negativo (disminuye malestar por no desempeñar adecuadamente el rol del adulto), y positivo (aporta sensación de control), ambas a corto plazo. Tanto las reglas verbales sobre el rol de adulto, como de exigencia y perfeccionismo, unidos a la baja autoestima, facilitan este condicionamiento (Figura 4).

**Figura 4**

*AF del afrontamiento de la situación actual desde la postura del “niño”.*



Nota. EC=estímulo condicionado; RC=respuesta condicionada.

### 4.3. Objetivos

Tras la realización del AF y al detectar la importancia de la interferencia de la evitación experiencial y la influencia de las reglas verbales para llevar a cabo una vida congruente con sus valores, se decide abordar la terapia con ACT. Se acuerdan objetivos atendiendo la demanda de Antonio en la cual expresa su dificultad de afrontar la vida con la presencia del dolor crónico.

#### Objetivo transversal:

– Aprender a responder a los eventos privados de forma más flexible, promoviendo la aceptación y disminuyendo la evitación experiencial.

#### Objetivos específicos:

– Trabajar con el elevado grado de fusión con las reglas referidas al rol de adulto y de autoexigencia / perfeccionismo, esencialmente, en contextos de pareja y de afrontamiento de incertidumbre, cuya finalidad es fomentar la defusión cognitiva mediante el uso de metáforas y actividades experienciales.

– Promover acciones valiosas y realizar las actividades fuera de casa, donde las metas son acudir una vez al mes a un evento de índole artístico (concierto, exposición, cine, etc.) y en el área de ocio quedar una vez cada 15 días con algún conocido.

– Potenciar la perspectiva de yo-contexto en relación con baja autoestima percibida por Antonio como una limitación.

## **5. Tratamiento**

El planteamiento del tratamiento se enmarcó en la metodología de la ACT. La evidencia disponible sobre este modelo demuestra su eficacia en la intervención con la evitación experiencial y la fusión cognitiva con los eventos privados, a través de un método basado en la aceptación de malestar, facilitando de esta forma la desarticulación de la inflexibilidad psicológica (Ruiz, 2010). En la ACT para trabajar con la evitación experiencial y la fusión cognitiva se utiliza principalmente las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (Barraca, 2007). Por consiguiente, las técnicas mencionadas anteriormente se incorporan atendiendo al contexto verbal del paciente y a las características funcionales del problema que presenta, promoviendo así la flexibilidad mediante un tratamiento personalizado (Luciano et al., 2001).

### **5.1. Procedimiento**

El presente trabajo expone la intervención de 13 sesiones de un tratamiento que sigue en curso. Su contenido contempla el trabajo terapéutico desarrollado desde el inicio de la intervención hasta el fin de las prácticas. Las sesiones tenían la duración aproximada de una hora con una periodicidad semanal. El formato de tratamiento tuvo carácter híbrido, por consiguiente, las sesiones se desarrollaban de manera alterna presencial y online. La decisión fue de mutuo acuerdo, atendiendo las circunstancias del paciente y los contratiempos relacionados con el desplazamiento al centro de psicología. La intervención se realizó en el



centro privado de psicología Instituto Centta en Madrid. La fase inicial de tratamiento fue dedicada a la evaluación, recogida de información, contextualización del problema y establecimiento de los objetivos, y la fase posterior fue destinada a la intervención. La estructura de las sesiones se fundamentaba en revisar posible progreso e impacto de la sesión anterior en Antonio y continuar, introduciendo nuevos contenidos que conducían a la consecución de los objetivos. Antes de cerrar la sesión se animaba al paciente a realizar acciones elegidas por él mismo, persiguiendo la coherencia entre actos y valores, en consecuencia, exponiéndole a las reglas verbales aversivas. El limitado tiempo de la intervención, unido a la complejidad del caso, influyó en el alcance del trabajo desarrollado, permitiendo abordar únicamente parte de los objetivos establecidos. La intervención realizada fue adaptada al ritmo del paciente, donde el elevado nivel de fusión con los eventos privados marcaba de alguna manera el curso de la intervención. Es preciso señalar que Antonio continúa con el trabajo terapéutico.

Cabe destacar que una parte fundamental de la intervención se focalizó en la construcción de una buena relación terapéutica, vínculo sanador entre el paciente y el terapeuta, derivado de la ambivalente actitud mostrada por Antonio desde el principio. Por un lado, estaba dispuesto a cooperar, pero, por otro lado, expresaba su desconfianza hacia la figura del terapeuta y manifestaba preocupación mediante pensamientos anticipatorios acerca del probable sufrimiento y sentimiento de abandono al finalizar el proceso terapéutico.

Con el fin de crear un favorable contexto de cambio se empleó la metodología basada en los ejercicios experienciales y las metáforas, ambos favorecedores de un aprendizaje vivencial sin generar grandes resistencias. Con ello se buscó corromper la función discriminativa de los eventos privados y pasar de la evitación con el fin de controlarlos, a la aceptación, llevando a cabo acciones valiosas. Las metáforas que se consideran útiles reflejan la equivalencia de los elementos y funciones que presenta la problemática abordada del paciente (Luciano et al., 2005).

**Tabla 3**

*Cronograma del plan de tratamiento.*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Creación de alianza terapéutica y vínculo.</li> <li>◦ Contextualización del problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Encuadre terapéutico.</li> <li>◦ Puesta en práctica de habilidades del terapeuta: empatía, respeto, escucha activa, capacidad comunicativa, flexibilidad y creatividad.</li> <li>◦ Actitud de terapeuta: validación y aceptación.</li> <li>◦ Informar del incremento de malestar si la terapia funciona adecuadamente (metáfora del dentista).</li> <li>◦ Explicación de la importancia de la toma de responsabilidad en terapia, metáfora de “Los escaladores”.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Recogida de información para la evaluación del caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Entrevista clínica no estructurada.</li> <li>◦ Cuestionarios: CAD y RSE.</li> <li>◦ Autorregistro (tarea para casa).</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Evaluación.</li> <li>◦ Alianza terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cuestionarios: BAI, BDI-II y AAQ-II.</li> <li>◦ Protocolo de riesgo de ideación suicida.</li> <li>◦ Revisión de autorregistro.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cuando el control es el problema y comprensión del funcionamiento de las verbalizaciones y establecimiento de objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Explicación del AF.</li> <li>◦ Metáfora de “Alimentar al tigre”.</li> <li>◦ Acuerdo de los objetivos terapéuticos en relación con los valores personales.</li> </ul>
5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Abordaje de la función del control como problema y generación de la “desesperanza creativa”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Explicación de la perspectiva “Cuando el control del problema es el problema”.</li> <li>◦ Creación de escenarios que propicien la aparición de la desesperanza creativa.</li> <li>◦ Metáfora del “Hombre en el hoyo”.</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Comprensión de la diferencia entre “yo como contexto” y “yo contenido”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Metáfora del “Ajedrez”.</li> <li>◦ Ejercicio de “El observador”.</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se trabaja la “Defusión cognitiva” desde el plano general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Explicación del concepto de la fusión cognitiva y sus implicaciones. Ejercicio experiencial de tomar el limón.</li> </ul>
9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se trabaja la “Defusión cognitiva” abordando temas relevantes para Antonio:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Desarrollo de actividades y conversaciones enfocadas a la ruptura de la fusión entre evento y función.</li> <li>◦ Metáfora del “Autobús”.</li> </ul>

Sesión	Objetivos	Técnicas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– contenido relacionado con el rol de adulto,</li> <li>– reglas verbales sobre el perfeccionismo y autoexigencia.</li> </ul>	
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Reforzamiento de autoestima desde la perspectiva de “yo – contexto”.</li> <li>◦ Clarificación de valores, metas y acciones.</li> <li>◦ Conexión con valores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Interacción verbal entre paciente y terapeuta.</li> <li>◦ Aclaración de los conceptos.</li> <li>◦ Ejercicio experiencial de “El funeral”.</li> <li>◦ Ejercicio de “La diana”.</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aceptación de las respuestas de sentimiento de abandono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ejercicio de exposición.</li> <li>◦ Ejercicio de “Fiscalización”.</li> </ul>

## 5.2. Descripción de Sesiones

**Sesión 1. Contextualización del problema y alianza terapéutica.** En la primera sesión se abordó el encuadre terapéutico, además se destacaron elementos clave en el desarrollo del proceso terapéutico, tales como, la posibilidad del incremento del malestar de Antonio si la terapia funcionaba bien, para la mayor comprensión de este aspecto se expuso la metáfora del dentista (Wilson y Luciano, 2002)(Anexo B).

Se trató la importancia de la simetría entre el terapeuta y paciente, poniendo el énfasis en la actitud de responsabilidad de Antonio frente la terapia, cuya comprensión se afianzó mediante la metáfora de los escaladores (Wilson y Luciano, 2002)(Anexo C).

Aunque en la terapia ACT la relación terapéutica no es considerada como el objetivo en sí mismo, pero sí cumple un papel importante en el proceso de cambio en forma de un poderoso vehículo (Hayes et al., 2015). Una parte importante de este trabajo terapéutico fue destinada a establecer una robusta alianza terapéutica. Esto fue especialmente importante en el caso de Antonio, dado que mostraba una actitud ambivalente desde el inicio. Por un lado, estaba dispuesto a cooperar, pero, por otro lado, expresaba su desconfianza hacia la figura del

terapeuta y manifestaba preocupación mediante pensamientos anticipatorios acerca del probable sufrimiento y sentimiento de abandono al finalizar el proceso terapéutico.

**Sesión 2 y 3. Recogida de información y evaluación.** En estas sesiones se recogió la información y se evaluó el caso. Se administraron a Antonio los cuestionarios y se mandó en la segunda sesión en forma de tarea a casa el autorregistro adaptando el lenguaje con el fin de ir familiarizándole con la definición de sí mismo en términos de yo – contexto, utilizando expresiones tales como, por ejemplo “qué me dice la mente”. Igualmente, desde el inicio de la terapia mediante otra pregunta del autorregistro (“¿Qué gané y a qué renuncié?”), por un lado, se promovía contextualizar las verbalizaciones de Antonio en acciones que le acercaban o alejaban de los valores y, por otro lado, se le invitaba a apreciar la divergencia entre lo que valoraba y lo que hacía.

**Sesión 4. Cuando el control es el problema y establecimiento de los objetivos.** Tras explorar el impacto de la última sesión en la experiencia de Antonio, se presentó el AF de su problemática. Antonio al inicio de la terapia consideraba el dolor crónico como principal problema, pero después de la presentación del AF, empezó a contemplar la posibilidad de que sus verbalizaciones pudiesen condicionar sus respuestas evitativas al proporcionarle éstas un alivio del malestar y cierta percepción del control a corto plazo, sin embargo, reconocía también que esta estrategia de afrontamiento a largo plazo le quitaba la ilusión por vivir. Antonio en aquel momento empezaba a darse cuenta de que se alejaba cada vez más de vivir experiencias valiosas utilizando estas estrategias. La intervención de equivalencia de estímulos se realizó con la metáfora del tigre hambriento (Hayes & Smith, 2013)(Anexo D), donde la comida suministrada al tigre representaba la evitación experiencial y el propio tigre representaba el creciente sufrimiento de Antonio.

**Sesión 5 y 6. Función del control como problema y desesperanza creativa.** La sesión se inició revisando el grado de asimilación del contenido relacionado con la función del control trabajado

en la anterior sesión. Seguidamente, se abordó la cuestión de la evitación de afrontar su vida desde el rol de adulto en lugar del “niño” y que esta evitación no obedecía a un objetivo en sí mismo, sino atendía a la regla de “Cuando el dolor crónico se acabe, volveré a retomar mi vida de adulto”.

En la sexta sesión, se trabajó principalmente la inutilidad del control utilizando el ejercicio vivencial del “Pastel de chocolate” (Hayes et al., 2015, p. 278), generando la desesperanza creativa con el objetivo de que Antonio confrontase la dudosa viabilidad de su estrategia en forma de la evitación para conseguir el bienestar. El trabajo se afianzó con la metáfora del “Hombre en el hoyo” (Wilson y Luciano, 2002)(Anexo E).

**Sesión 7. Diferenciar el “yo contexto” del “yo contenido”.** Dado que en las sesiones anteriores sobresale la fuerte vinculación de Antonio con el yo-concepto, se plantea el trabajo orientado a disminuir esta vinculación y ayudarle a diferenciar entre el “yo contexto” y el “yo contenido”. Se promueve el desarrollo de la capacidad de flexibilización de la toma de perspectiva mediante el empleo de la metáfora del tablero de ajedrez (Hayes et al., 2015, p. 241) y se persigue su reforzamiento realizando el ejercicio experiencial del “Observador” (Hayes et al., 2015, p. 344). El mismo ejercicio se prescribe como tarea para casa.

**Sesión 8. Defusión cognitiva.** Se comenzó abordando el concepto de la fusión cognitiva y su principal efecto reflejado en la regulación conductual mediante el pensamiento, introduciendo el ejercicio experiencial de tomar el limón. También se utilizó la meditación de las “Hojas” (Anexo F) para facilitar la observación de pensamientos propios sin juzgarlos.

**Sesiones 9 y 10. Defusión cognitiva de las verbalizaciones sobre el rol de adulto y perfeccionismo / autoexigencia.** Estas sesiones se dedicaron al trabajo con el contenido fusionado relacionado con las reglas verbales del paciente. Antonio refería a que un adulto tenía que trabajar y no depender económicamente de nadie, el trabajo de defusión con este contenido se llevó a cabo utilizando la metáfora del autobús (Luciano et al., 2005)(Anexo G). Del

mismo modo, se abordó la identificación de Antonio con el perfeccionismo y autoexigencia. Por último, se abordó nuevamente el concepto del “yo”, invitando a Antonio que en su imaginación diese un paso hacia atrás y se distanciase de su mente pudiendo tomar perspectiva y diferenciar sus pensamientos de quien es en su totalidad.

**Sesiones 11 y 12. Clarificación de valores, metas y acciones. Conexión con valores.** Se aborda la definición de valores, cuya elección es libre, los valores representan un proceso activo y orientan la conducta hacia el emprendimiento de acciones valiosas. Se explica que los valores no son alcanzables, en contra de las metas que pueden ser alcanzadas mediante las acciones comprometidas coherentes con los valores (Hayes et al., 2015). Con el fin de ayudar a Antonio a recuperar el sentido vital que refiere haber perdido se le realiza la siguiente pregunta, ¿Antonio qué harías con tu vida si no gastaras energía en controlar el dolor? En la línea de clarificación de valores se propone al paciente el ejercicio “El funeral”, consistente en imaginar qué dirían de él sus allegados el día que fallezca (Wilson y Luciano, 2002).

En la siguiente sesión se revisó el impacto del contenido trabajado en la sesión anterior, seguidamente se planteó el trabajo de continuidad, enfocado a la conexión con valores mediante el cumplimiento de formulario “Narrativa de valores” (Hayes et al., 2015, p. 452 – 454), que sirvió a Antonio para la formulación de sus propios valores. De allí surgió lo valioso que era para él estar en contacto habitual con el arte o compartir ratos divertidos con conocidos. Una vez claros los valores de Antonio se propone el ejercicio de “La diana” (Hayes et al., 2015, p. 446), por un lado, para revisar en qué medida la conducta de Antonio está alineada con sus valores y, por otro lado, establecer el rumbo basado en valores.

**Sesión 13. Aceptación psicológica de la emoción de abandono.** En esta sesión se trabajó la exposición en vivo a la emoción del abandono. Antonio conectó con el miedo al abandono al estar expuesto a la despedida de coterapeuta que finalizaba el periodo de las prácticas. El abordaje de esta intervención se realizó mediante la exposición en vivo con el objetivo final de

que Antonio aceptase la emoción a pesar de ser incómoda. Se empleó la metáfora de invitado grosero (Wilson y Luciano, 2002)(Anexo H) que aparecía en su celebración (se le realizaban las siguientes preguntas: ¿Qué vas a hacer? ¿Vas a estar pendiente de él y perderte la fiesta?), con el fin de ayudarle a entender las consecuencias de la evitación y las ventajas de la aceptación. Antonio informaba de la sensación de incomodidad, se empleó el ejercicio de “Fiscalización”, permitiendo identificar esta vivencia en forma de un objeto explorando sus características: color, textura, tamaño, forma, etc. (Hayes et al., 2015, p. 417). Al finalizar el ejercicio Antonio informaba de la disminución del malestar. La terapeuta abordó la definición de la aceptación en términos de un comportamiento activo y de exploración, aplicando el ejercicio de atención plena al cuerpo como una totalidad (Kabat-Zinn, 2013)(Anexo I).

## **6. Valoración del Tratamiento**

### **6.1. Adherencia al Tratamiento**

La descrita intervención se realizó durante el periodo de 3 meses, cuyo desarrollo sigue en curso. La evolución del caso fue progresiva con observables cambios en la mejora del paciente. Sin embargo, aún no se habían alcanzado los objetivos terapéuticos establecidos en el plan de tratamiento, la razón por la cual el desarrollo del tratamiento continúa.

#### **6.1.1. Alianza Terapéutica**

Al inicio del tratamiento las expectativas de Antonio respecto a su mejoría mediante la terapia psicológica eran escasas, refería no poder hacer nada hasta que los médicos no solucionasen su problema de dolor lumbar. Si bien mostraba una actitud colaboradora y desde la primera sesión adquirió un compromiso excepcional con el plan de tratamiento planteado, tanto es así que a lo largo de estos tres meses de intervención no se ausentó ni una sola vez. A

lo largo de este proceso se alcanzó a entablar una sólida alianza terapéutica, motivo por el cual se logró, por una parte, una buena adherencia al tratamiento y, por otra parte, la confianza del paciente en concebir la posibilidad real del cambio, vía terapia psicológica. Antonio declaraba que la terapia era el único espacio en el cual se sentía seguro, comprendido y podía ser completamente sincero sin sentirse criticado ni juzgado.

### ***6.1.2. Disposición al Cambio***

La evolución de tratamiento se vio ralentizada por un patrón limitante de evitación experiencial presentado por Antonio, denotando una elevada inflexibilidad psicológica, traducido en una importante resistencia al cambio. Unido a la preservación del manejo de las contingencias sin atender al contexto en su ámbito natural fuera de las sesiones y aparición de una nueva manifestación por parte del paciente, que era, el miedo al cambio. Antonio verbalizaba tener muchas ganas de hacer terapia y percibía la posibilidad del cambio real de sí mismo, sesión tras sesión, esta contemplación de la viabilidad de su transformación hizo que apareciese la emoción del miedo. Cuestión que se trabajó activamente en terapia, primero, validando el miedo que sentía a lo desconocido, reconociendo la dificultad de abandonar los patrones bien conocidos que le proporcionaban aparente seguridad y comenzar a incorporar en la vida diaria nuevos aprendizajes dirigidos a vivir una vida valiosa. El abordaje de este cambio fue guiado por el proceso de transformación funcional de las contingencias, partiendo de la base de los contextos verbales limitantes manifestados por Antonio. Esta interferencia en forma de miedo al cambio ha estado presente a lo largo de todo el tratamiento, al comienzo con mayor intensidad, con el tiempo ha ido perdiendo fuerza, dejando lugar a lo nuevo. Se hacía imprescindible el repaso y reforzamiento en cada sesión de los contenidos aprendidos



anteriormente, la estrategia que se convirtió en una práctica de vital importancia en el camino del progreso hacia el cambio.

### **6.1.3. Consecución de Objetivos**

Objetivos establecidos:

- Potenciar la flexibilidad psicológica, fomentando la aceptación, debilitando la evitación experiencial.
- Fomentar la defusión cognitiva asociada a las reglas verbales referidas al rol de adulto y de autoexigencia / perfeccionismo, atendiendo en especial a los contextos de pareja y de afrontamiento de incertidumbre.
- Promover las acciones comprometidas fuera de casa, las metas establecidas fueron: en ámbito cultural acudir una vez al mes a un evento y en el ámbito social / ocio quedar de manera quincenal con conocidos.
- Potenciar la perspectiva del yo-contexto en relación con la baja autoestima.

Un cambio observable de notable evolución se percibió a partir de la sesión número once, reflejado en la aparición de nuevas verbalizaciones, tales como “estoy contemplando la posibilidad de ir cogiendo pequeños proyectos de diseño que pueda realizar en pocos días, a mi ritmo”, debilitando así las reglas verbales de la autoexigencia y perfeccionismo. También aparecieron las verbalizaciones positivas referidas a su futuro que funcionaron como discriminativos para emprender acciones valiosas como llamar a un amigo u organizar la salida conjunta a un concierto celebrado dentro de unos meses. En última instancia se observó un debilitamiento del yo-concepto, permitiendo el abandono del rol de niño en el afrontamiento del dolor, flexibilizando las funciones discriminativas (contemplando que el adulto no tiene que ser obligatoriamente independiente económicamente). Dicha transformación se vio reflejada

en la ausencia de verbalizaciones como, por ejemplo, “el niño ha tomado el poder de la psique del adulto” o “ me siento como si tuviera entre 8 y 11 años”.

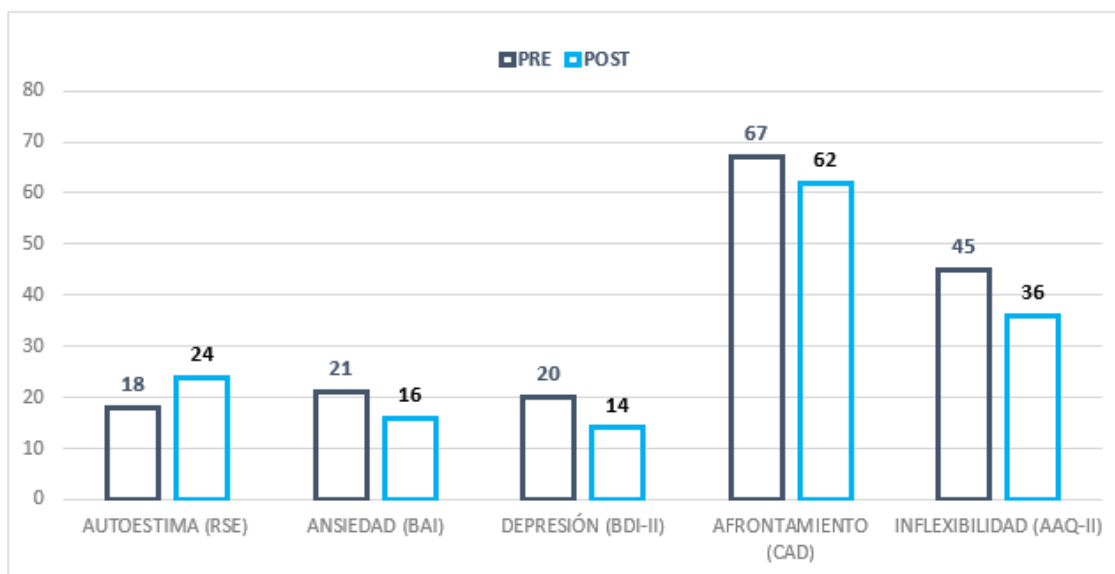
Pese a que según los resultados obtenidos el paciente se está beneficiando moderadamente del tratamiento, se recomienda seguir en la línea propuesta del trabajo con el fin de afianzar los nuevos aprendizajes, debilitando así la función discriminativa de evitación adquirida ante los pensamientos o emociones para poder alcanzar el cumplimiento de los objetivos establecidos en su totalidad.

## 6.2. Resultados

Transcurridos tres meses de tratamiento, se obtuvieron los siguientes resultados de puntuaciones directas de los cuestionarios RSE, BAI, BDI-II, CAD y AAQ-II (Figura 5).

**Figura 5**

*Comparación de resultados Pre-Post obtenidos de las escalas: RSE, BAI, BDI-II, CAD y AAQ-II.*



*Nota.* RSE=escala de autoestima de Rosenberg; BAI=inventario de ansiedad de Beck; BDI-II=inventario de depresión de Beck-II; CAD=cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico; AAQ-II=cuestionario de aceptación y acción.

El cuestionario RSE se eligió para evaluar la autoestima, cuyo fortalecimiento formaba parte de los objetivos del tratamiento. Los cambios registrados reflejan un incremento de 6 puntos en puntuación directa (33%), alcanzando el valor de 24 puntos, situándose en el rango de baja autoestima, tan solo a 2 puntos de la autoestima moderada.

Los datos obtenidos en el cuestionario BAI cuya finalidad era evaluar la sintomatología ansiosa, demuestran una mejoría de 5 puntos (-24%), situando la puntuación de Antonio al límite de la ansiedad moderada (16 puntos), quedando solo a un punto de la categoría ansiedad leve (8 – 15 puntos).

El cuestionario BDI-II se empleó para evaluar la sintomatología depresiva, los resultados obtenidos muestran una mejoría con una disminución en la puntuación de 6 puntos (-30%), alcanzando un total de 14 puntos, valor que se clasifica dentro del grupo, depresión leve.

Los datos correspondientes al cuestionario CAD quedan reflejados en la tabla 4. A nivel global se observa una mejoría en los datos obtenidos del cuestionario CAD. Se observa el cambio más relevante en la categoría correspondiente a la “Distracción” donde la puntuación ha disminuido 9 puntos (-37,5%), dato que podría estar relacionado con el aumento de la flexibilidad psicológica. El siguiente cambio significativo es el aumento de 4 puntos (50%) registrado en la categoría “Autoafirmación”, se encuentra coherencia con el resultado del aumento en la puntuación de la autoestima (RSE). También se ha observado el cambio de un incremento de 3 puntos en “Catarsis” que supone un aumento del afrontamiento activo involucrado con la búsqueda de apoyo social, y en la categoría de “Autocontrol mental” se ha registrado el descenso de 3 puntos, lo que apoyaría los resultados obtenidos en AAQ-II, para ser precisos en el ítem 3. Por último, en las puntuaciones tanto en la categoría “Religión” como “Búsqueda de apoyo instrumental” no se habían producido cambios.

**Tabla 4**

*Resultados Pre-Post del cuestionario CAD.*

<b>CAD</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
Religión	5	5
Catarsis (Búsqueda de apoyo social emocional)	5	<b>8</b>
Distracción	24	<b>15</b>
Autocontrol mental	11	<b>8</b>
Búsqueda de información (Búsqueda de apoyo instrumental)	14	14
Autoafirmación	8	<b>12</b>

*Nota.* CAD=cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico.

Los resultados obtenidos en el cuestionario AAQ-II, cuya finalidad es medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, constructos cuyos efectos en el estudio de este caso son de gran relevancia, siendo el aumento de flexibilidad cognitiva el objetivo principal del tratamiento. Los datos analizados muestran una mejoría, situándose la puntuación directa en 36 puntos, encontrándose aún por encima de la media de la población española, cuyo valor alcanza 32.64 puntos (Ruiz et al., 2013). No obstante, cabe mencionar que la puntuación de Antonio ha mejorado 9 puntos (-20%) con respecto al valor inicial. El cambio más destacado se aprecia en el ítem 3: *“Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”* en el cual pasa de una puntuación de 7 a 4 puntos. La relevancia del resultado de este ítem radica en que el discriminativo que reforzaba el mantenimiento de la respuesta de la evitación experiencial era la sensación del mantenimiento del control. Los resultados referentes al AAQ-II se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Resultados Pre-Post del cuestionario AAQ-II.*

AAQ-II	PRE	POST
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	6	6
2. Tengo miedo de mis sentimientos	6	4
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	7	4
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	6	6
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	7	6
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	7	5
7. Mis preocupaciones interfieren en el cambio que quiero conseguir	6	5

*Nota.* AAQ-II=cuestionario de aceptación y acción.

Finalmente, en línea con los resultados obtenidos en la escala AAQ-II se hallan los datos cualitativos en lo que refiere a retomar su vida social llevando a cabo acciones valiosas, aunque de forma tímida (organizar encuentros, llamadas). En lo concerniente a la fusión con las reglas de cómo debe de ser un adulto o de exigencia y perfeccionismo, la desaparición de las frases como “el niño ha tomado el poder de la psique del adulto” o “solo los niños pueden cuestionar las cosas”, respaldan el cambio experimentado por Antonio orientado hacia la consecución de objetivo concerniente al trabajo con la defusión cognitiva, dando así lugar a la manifestación de nuevas asociaciones entre eventos.

## **7. Discusión y Conclusiones**

### **7.1. Discusión**

Un elemento esencial del presente caso merecedor de un debate refiere, al hecho de que, a pesar de la presencia de la detectada sintomatología como el dolor crónico, la depresión o la ansiedad, el tratamiento no se encuadra con la finalidad de reducir citada sintomatología, sino por el contrario, se centra en la interferencia reportada de poder vivir la vida de adulto,

mientras el dolor dirige las decisiones, acotando las acciones al control o a la evitación de la experiencia.

Desde la perspectiva ACT se abre la posibilidad de abordar este tipo de problemáticas abandonando la perspectiva del modelo biomédico. Se procede a armar la intervención terapéutica poniendo el foco en los objetivos establecidos en base al análisis funcional, identificando que el paciente ha convertido la necesidad de evitar el malestar inmediato o mantener el control en “valor” prioritario (Luciano et al., 2005). Así mismo, fusionándose con las reglas verbales y manteniendo el patrón caracterizado por la inflexibilidad psicológica a costa de perder la ilusión por la vida.

En esta dirección se decantó por el uso del modelo de flexibilidad psicológica como un modelo unificado del funcionamiento humano, donde según Hayes, et al. (2015) “un modelo unificado es un conjunto de procesos congruentes que se aplica con precisión, visión y profundidad a una amplia gama de problemas clínicamente relevantes, así como a cuestiones de funcionamiento y adaptabilidad humana” (p. 105). Esta perspectiva encuadrada dentro del marco de las “terapias de tercera generación” aboga por la renuncia del control y abandono de la lucha contra los eventos privados, con el objetivo de aceptarlos mediante el establecimiento de nuevas relaciones con estos contenidos, alterando el contexto de su ocurrencia y permitiendo de esta forma responsabilizar al paciente de sus elecciones (Luciano et al., 2005). En su oposición las terapias enmarcadas en el modelo *cognitivo-conductual* buscan el control de los contenidos cognoscitivos en forma de su eliminación, supresión o disminución.

En esta fase de intervención nos encontramos ante unos resultados prometedores, revelando que el paciente, tras aproximadamente tres meses de tratamiento con ACT, ha mostrado mayor flexibilidad psicológica, variable dependiente relacionada con el principal objetivo de tratamiento, consistente en aprender a responder a los eventos privados de manera

más flexible. Dato que es consistente con la evidencia encontrada en numerosas investigaciones anteriores llevadas a cabo por otros autores (Trindade et al., 2021; Hughes et al., 2017).

Los registrados avances relacionados con nuevos aprendizajes por parte de Antonio, reflejados en el emprendimiento de acciones comprometidas tipo, llamar a un amigo u organizar la salida con un grupo de amigos a un evento, respaldan la utilidad del modelo ACT referente a la parte vincular de valores con la función motivacional y su conexión con las metas, mediados por la aceptación psicológica.

Atendiendo al cambio experimentado por Antonio y a los valores pre y post tratamiento, se puede tomar en consideración la viabilidad de una atribución al menos de parte de estos resultados al tratamiento ACT. La disminución de la evitación experiencial junto con una reducción de la ansiedad y depresión es una evidencia. Pese a la evidencia de la mejora reflejada en los resultados obtenidos en los cuestionarios, la atribución del cambio al tratamiento ha de someterse a la discusión. La interpretación de estos efectos ha de valorarse con suma precaución, dado que la reducción de eventos privados aversivos como es la ansiedad y la depresión no forman parte de los objetivos terapéuticos conforme el enfoque adoptado, sino el aumento de la flexibilidad psicológica y el acercamiento a los valores. La medida de ansiedad y depresión se decidió utilizar en carácter de marcador contando con una medición estandarizada, debido a la presencia de la sintomatología descrita al inicio del tratamiento. Ahora bien, los cambios realmente relevantes y de especial interés de este trabajo refieren a los observados en los cuestionarios AAQ-II, CAD y a los resultados cualitativos reflejados en las verbalizaciones y acciones comprometidas llevadas a cabo por el paciente.

Otro elemento que considerar, antes de atribuir los efectos subyacentes al cambio experimentado por el paciente únicamente a la intervención psicológica, se corresponde con el tratamiento de fisioterapia recibido por Antonio, factor cuyos efectos beneficiosos junto con la terapia psicológica han quedado demostrados en anteriores estudios (Ho et al., 2022). Si bien el

paciente comunica que la terapia psicológica ha conseguido movilizar su estado de resignación en la medida en que le ha ido permitiendo contemplar sus dificultades desde diferentes puntos de vista, que hasta ahora no había considerado, añade que, aprender a aceptar las dificultades le está permitiendo cambiar de actitud ante ellas, disminuyendo así el deseo de que desaparezcan. Esta narrativa mantenida por Antonio resulta ser más congruente con la dirección de trabajo propuesta con el enfoque ACT que con la línea de tratamiento de fisioterapia orientada a la corrección de la lesión y alivio del dolor.

Si procedemos al análisis de los elementos específicos que constituyen la base del tratamiento dirigido a la amplificación de la flexibilidad psicológica, los que destacan en caso de Antonio, son la defusión cognitiva y la desvinculación del yo-concepto, como procesos centrales mediadores del cambio. El patrón rígido dominado por la evitación experiencial, que caracterizaba a Antonio, ha estado expuesto a los cambios basados en la estrategia orientada a la transformación de funciones, alterando así la relación entre los eventos privados y la acción, en consecuencia, abriendo posibilidades a elegir nuevos comportamientos sin que haya cambiado su condición física ni económica. Se considera que los ejercicios experienciales desempeñan un papel fundamental, permitiendo a Antonio vivenciar las emociones que al principio del tratamiento tenían una carga aversiva como, por ejemplo, el miedo a perder el control.

Las diferencias individuales de carácter psicosocial y conductual del paciente se consideran factores que tener en cuenta en la atribución de los efectos de tratamiento, siendo variables que adquieren un rol fundamental en la percepción, la experiencia y la reacción al dolor (Turk & Okifuji, 2002). Estos autores encontraron en los estudios preliminares el hallazgo sobre diferentes respuestas por parte de los pacientes al mismo tratamiento, aun compartiendo el mismo diagnóstico médico. Se encuentra de especial interés seguir investigando sobre el impacto de estos factores en la respuesta del tratamiento.



## 7.2. Limitaciones

La primera limitación de este estudio de caso refiere al tiempo de tratamiento, aun cuando la tendencia de mejoría es apreciable en los resultados, es indiscutible que los objetivos no se alcanzaron en su totalidad, el tiempo de mi participación de 3 meses en esta intervención se valora como una de las razones que guarda estrecha relación con los datos obtenidos hasta el momento.

Otra de las limitaciones identificadas refiere a las medidas aplicadas en la valoración de la eficacia del tratamiento, considerando oportuno haber incluido instrumentos centrados en la medición del proceso de defusión cognitiva, debido a su notorio protagonismo en el abordaje del tratamiento como, por ejemplo, la “Escala de Rigidez Psicológica frente al Dolor” (Psychological Inflexibility in Pain Scale, Wicksell et al., 2006) en Wicksell et al. (2010), que mide mediante dos subescalas: la evitación del dolor y la fusión cognitiva. Esta escala permitiría cuantificar el impacto de la variable, fusión cognitiva en los resultados de la intervención.

Siguiendo con las limitaciones referidas al sistema de medición utilizado en este trabajo, nos encontramos con la dificultad de atribuir el efecto del tratamiento administrado en función de la modalidad de entrega, habiendo realizado el 50% de sesiones presencialmente y otro 50% en formato online. Se toma en consideración como una propuesta de mejora, haber podido contar con un instrumento de medición para el efecto de tratamiento en función del formato administrado. En consonancia con lo anterior Trindade et al. (2021), trasladan la necesidad de mejora de las intervenciones ACT para la población con dolor crónico y ponen el énfasis en el deber de comprender las condiciones de tratamiento tales como, el tipo de entrega terapéutica, asociado con los efectos de la intervención.

Al tratarse de un estudio de caso, se hace imprescindible destacar el papel de las variables inespecíficas concernientes a las habilidades del terapeuta y su plausible impacto en la consecución de objetivos y en la adherencia al tratamiento, centrando la atención en la

“habilidad para establecer una sólida alianza terapéutica”, donde múltiples estudios declaran una fuerte relación del constructo de la alianza terapéutica con los resultados de los tratamientos psicológicos (Prado-Abril et al., 2019). Cabe añadir que una parte importante del trabajo terapéutico de este caso fue destinada a la construcción de la alianza terapéutica, alcanzando un destacado papel en el desarrollo del programa de tratamiento. Encontramos relevante considerar la medición de esta variable en futuros trabajos, pretendiendo con ello lograr mayor exactitud en el proceso de atribución sobre los efectos de los propios tratamientos psicológicos.

### **7.3. Conclusiones**

En resumen, el objetivo de este trabajo es exponer de forma transparente y clara el estudio de caso de un paciente con dolor crónico e inflexibilidad psicológica, el cual fue abordado desde el enfoque ACT con el fin de mejorar su flexibilidad psicológica y alcanzar un funcionamiento saludable. Los resultados obtenidos en este trabajo se apoyan en los hallazgos encontrados por Trindade et al. (2021) y Hughes et al. (2017), los cuales confirman los efectos positivos de la ACT en la flexibilidad psicológica, la aceptación del dolor, la depresión y la ansiedad. Asimismo, los resultados de este trabajo contribuyen a respaldar la afirmación de McCracken y Eccleston (2005) sobre la relación direccional en la cual la aceptación contribuye a la mejora del funcionamiento de las personas.

Es importante destacar la contribución de los estudios de caso en el campo de la psicoterapia y su fortaleza particular en la descripción exhaustiva de los métodos, procesos, acontecimientos y resultados de una intervención. Por lo tanto, se espera que este trabajo aporte a la consolidación de las bases acerca de los elementos esenciales de la psicoterapia que contribuyen al éxito o fracaso terapéutico, independientemente de la orientación psicológica, tanto aquellos enfocados en el control, la supresión o la eliminación del problema, como

aqueños que buscan la aceptación de los eventos privados, así como las técnicas orientadas a romper la fusión con la mente (Luciano et al., 2005).

## Referencias

- Barraca Mairal, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781. <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/Terapia-de-Aceptacion-y-Compromiso-ACT.pdf>
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00393-7](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00393-7)
- De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos, y estudio de casos*. Pirámide.
- Fordyce, W. E., Roberts, A. H., & Sternbach, R. A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics. *Pain*, 22(2), 113–125. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(85\)90172-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(85)90172-1)
- Froxán Parga, M. X. (2021). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Gautschi, O. P., Corniola, M. V., Smoll, N. R., Joswig, H., Schaller, K., Hildebrandt, G., & Stienen, M. N. (2016). Sex differences in subjective and objective measures of pain, functional impairment, and health-related quality of life in patients with lumbar degenerative disc disease. *Pain*, 157(5), 1065-1071. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000480>
- Global Burden of Disease Study, Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2013. *The Lancet*, 368(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., & Underwood, M. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hayes, S. C., y Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergán, J., Stewart, J. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Enlace, F. W. Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Medición de la evitación experiencial: una prueba preliminar de un modelo de trabajo. *El Registro Psicológico*, 54(4), 553-578. <http://doi:10.1007/bf03395492>

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée.

Ho, E. K., Chen, L., Simic, M., Ashton-James, C. E., Comachio, J., Wang, D. X. M., Hayden, J. A., Loureiro Ferreira, M., & Ferreira, P. H. (2020). Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *BMJ*, 376:e067718. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067718>

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Clin J Pain*, 33(6), 552-568. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>

Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Shotwell, M., Han, X., & McQueen, K. A. (2016). Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal

for New Assessment Methods. *Anesth Analg*, 123(3), 739-48.

<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001389>

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Kairós.

Kerns, R. D., Rosenberg, R., Jamison, R. N., Caudill, M. A., & Haythornthwaite, J. (1997).

Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72(1-2):227-234. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00038-9](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00038-9)

Luciano Soriano, M. C., Gutiérrez Martínez, O. y Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los conceptos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80537208.pdf>

Luciano Soriano, M. C., Visdómine Lozano, J. C., Gutiérrez Martínez, O. y Montesinos Marín, F. (2001). ACT (terapia de aceptación y compromiso) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 473-501.

[https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Montesinos-2/publication/39148558\\_ACT\\_Terapia\\_de\\_Aceptacion\\_y\\_Compromiso\\_y\\_dolor\\_cronico/links/0deec5321c5bf994f2000000/ACT-Terapia-de-Aceptacion-y-Compromiso-y-dolor-cronico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Montesinos-2/publication/39148558_ACT_Terapia_de_Aceptacion_y_Compromiso_y_dolor_cronico/links/0deec5321c5bf994f2000000/ACT-Terapia-de-Aceptacion-y-Compromiso-y-dolor-cronico.pdf)

Lund, I., Lundeberg, T., Sandberg, L., Budh, C. N., Kowalski, J., & Svensson, E. (2005). Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales: a cross sectional description of pain etiology groups. *BMC Medical Research Methodology*, 5(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-5-31>

MacNeela, P., Doyle, C., O'Gorman, D., Ruane, N., & McGuire, B. E. (2015). Experiences of chronic low back pain: a meta-ethnography of qualitative research. *Health Psychology Review*, 9(1), 63-82, DOI: [10.1080/17437199.2013.840951](https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840951)

- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, *118*(1-2), 164-169.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015>
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain*, *15*(3), 221-234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, *148*(1), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.034>
- McCracken, L. M., Yu, L., & Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*, *376*:e057212. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, *123*(2), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Moix, J., Casado, M. I. y Coautores del Manual del Dolor. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, *22*(1), 41–50. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.5093/cl2011v22n1a3>
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* *31*,(1), 108-121.  
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>

- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27 (4), 232-233. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós (traducción de 1973).
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017066008.pdf>
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://dx.doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>



- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(1), 13-22. [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13055/CAD\\_Cuestionario\\_de\\_afrontamiento.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13055/CAD_Cuestionario_de_afrontamiento.pdf)
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84,(1) 91-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1709013>
- Treede, R. - D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S., & Wang, S. - J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., Nogueira, M. R., Patrão, B., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*, 22(11), 1328-1342. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi:10.1037/0022-006X.70.3.678>
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1709003>
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española.

*Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-256.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1198132>

Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V. y Capdevila García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236.

<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147. <https://doi:10.1016/j.pain.2011.12.009>

Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397–407. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.397>

Wicksell, R. K., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G. L. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain*, 14(7), 771.e1-771.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.11.015>

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento Conductual orientado a los valores*. Pirámide.

## Anexos

### Anexo A. Consentimiento Informado



#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA**

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

##### **1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES**

Desde el INSTITUTO CENTTA ubicado en la calle Gaztambide, 46 se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

##### **2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

##### **3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.

#### 4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. .... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En ....., a ..... de ..... de 20....

Firmado:

Don/Dña.:

**Anexo B. Metáfora del Dentista (Wilson y Luciano, 2002)**

**Metáfora del dentista**

*Ir al dentista proporciona otro ejemplo: su impulso natural es apartarse con fuerza del torno, pero si usted hace eso, el daño podría ser peor. Como mínimo, no conseguirá arreglar sus dientes. Así que, ¿por qué entonces nos sentamos y permitimos que use el torno con nosotros? Seguro que no es porque nos guste ese instrumento. Nos sentamos porque sentarse ahí surte efecto.*

**Anexo C. Metáfora de los Escaladores (Wilson y Luciano, 2002)**

**Metáfora de los dos escaladores**

*Es como si nosotros dos 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 donde 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 D. Metáfora del Tigre Hambriento (Hayes &amp; Smith, 2013)

## Metáfora del tigre hambriento

*Imagina que te despiertas una mañana y te encuentras, justo delante de tu puerta, a un adorable cachorro de tigre juguetón que está maullando. Por supuesto, lo metes dentro de tu casa y lo adoptas como mascota. Después de jugar con él un rato, observas que está maullando sin parar y, entonces, te das cuenta de que debe tener hambre. Le das un poco de carne, ya que te imaginas que eso es lo que deben comer los tigres. Haces lo mismo cada día y, día tras día, tu mascota de tigre crece un poquito más. Al cabo de dos años, la comida diaria de tu tigre pasa de ser pedacitos de hamburguesa a bifes enteros. Al poco tiempo tu tigre ya no maúlla cuando tiene hambre, en cambio, él te ruge ferozmente cuando piensa que es la hora de comer. Tu adorable mascota se ha convertido en una bestia salvaje incontrolable dispuesta a destrozarte sino consigue lo que quiere.*

## Anexo E. Metáfora del Hombre en el Hoyo (Wilson y Luciano, 2002)

### La metáfora del hombre en el hoyo

*La situación en la que usted se encuentra se parece un poco a esto. Imagínese que está en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le ha dicho que su tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es como se supone que debe vivir su vida. Y usted hace lo que le han dicho que haga. Pero usted no sabe que en la granja hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empieza a correr por el campo y tarde o temprano cae en uno de esos grandes agujeros. Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede saltar fuera y de que tampoco hay otras vías de escape. Es probable que, en un apuro semejante, usted coja la bolsa de herramientas que le han dado y empiece a mirar qué hay en ella, pues quizás así encuentre algo que pueda usar para escapar del hoyo. Ahora suponga que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tiene. Así que empieza a cavar con diligencia, pero muy pronto advierte que no sale del hoyo. Intenta entonces cavar más y más rápido, pero sigue en el hoyo. Así que lo intenta con grandes paladas o con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca..., pero continúa en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo y, por raro que parezca, lo único que ha conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo, ¿no es así? Y entonces usted viene aquí pensando: ¡Bueno, tal vez él tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica! Pues no, no la tengo. Y si la tuviera, no la usaría, porque cavar no es la forma de salir del hoyo: al contrario, cavando es como se hacen los hoyos. Tal vez lo que pasa es que todo el plan está equivocado y no tiene solución: cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hace es hundirse más.*



## **Anexo F. Meditación de las Hojas**

*Cierra los ojos y ponte cómodo/a. Sé consciente de que estás en esta habitación, nota que estás sentado/a, nota la posición de tu cuerpo, de tus brazos, de tus piernas... nota los glúteos presionando la silla... y los músculos de tu cara alrededor de tus ojos cerrados...*

*No hagas nada, sólo observa...*

*Percibe tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz... nota los músculos de tu vientre al respirar... el ritmo de tu respiración... pero no hagas nada... sólo percibe...*

*Nota cualquier sensación de tu cuerpo...cualquier estímulo de tu entorno...no hagas nada, sólo nóvalo...*

*Observa lo que viene. Las sensaciones de tu cuerpo...nota cómo tus pensamientos están ahí...obsérvalos como si estuvieras en el cine y tus pensamientos fueran apareciendo en la pantalla...nota cómo surgen y cómo se van...no agarres ninguno y no los empujes para que se vayan...déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando quieran irse....*

*Ahora, observa tus emociones...nota tu estado de ánimo...percibe en qué parte de tu cuerpo notas las emociones que estás sintiendo ahora...no hagas nada con estas emociones...no las empujes...no las evites...no las retengas...déjalas estar.... déjalas irse cuando quieran irse...*

*Ahora, nota tu mente racional, analítica, crítica...nota lo que te está diciendo ahora...quizá te diga "lo estás haciendo mal" ...o "este ejercicio no me dice nada..., es absurdo..." notas tus juicios y tus evaluaciones...percibe estos pensamientos y déjalos estar...no hagas nada....*

*Continúa percibiendo tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz...nota los músculos de tu vientre al respirar...el ritmo de tu respiración...pero no hagas nada...sólo percibe....*

*Permítete a ti mismo/a vivenciar todas estas sensaciones, pensamientos, emociones....Date permiso para estar con ellos en este momento y, aunque no te gusten, no hagas nada con ellos...*

*sólo déjalos estar...si no notas nada y no te viene ningún pensamiento, nota este pensamiento de "no notar nada" y la sensación que le acompaña...Simplemente, adopta la posición de estar*

*abierto a cualquier sensación y pensamiento y emoción que te venga...la actitud de abrirles la puerta, de aceptarlos....trata todo lo que venga con aceptación y cariño, sin pasión...como si estuvieras observando el cielo desde la ladera de una montaña....  
Continúa percibiendo tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz...nota los músculos de tu vientre al respirar...el ritmo de tu respiración...pero no hagas nada...sólo percibe....  
Imagina ahora que estás al lado de un río...y es otoño...y hay hojas caídas en el suelo, de colores preciosos...continúa observando lo que ocurre dentro de ti, mientras estás sentado al lado de ese río....*

*Sigue permitiéndote a ti mismo/a vivenciar todas estas sensaciones, pensamientos, emociones...  
Date permiso para estar con ellos en este momento y, aunque no te gusten, no hagas nada con ellos...sólo déjalos estar.... cada pensamiento o emoción o sensación que surja... nota cada sensación...puedes imaginar que colocas cada pensamiento, emoción o sensación sobre una de las hojas caídas al lado del río...pon ese pensamiento o emoción en la hoja y coloca la hoja en la superficie del río...observa cómo la corriente empieza a desplazar la hoja río abajo, con tu pensamiento...con cada nueva emoción, pensamiento o sensación que vaya surgiendo, haz lo mismo...coge una hoja y coloca tu experiencia sobre ella. Y entonces ponla en el río y observa cómo el río se lleva tu pensamiento, tu emoción o tu sensación. Deja que la escena fluya...que tus pensamientos fluyan...que tus emociones fluyan...*

*Continúa percibiendo tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz...nota los músculos de tu vientre al respirar...el ritmo de tu respiración...pero no hagas nada...sólo percibe....*

*Puede que en algún momento tengas la sensación de que te has perdido o de que el ejercicio no te funciona...coge esa sensación y colócala en una nueva hoja y continúa observando el flujo de la escena durante un tiempo....*

*Ahora, vuelve a ser consciente de dónde estás. Siente cómo estás en esta habitación, nota que estás sentado, nota la posición de tu cuerpo, de tus brazos, de tus piernas.... Y poco a poco, cuando quieras, abre los ojos. (Autor desconocido)*

Anexo G. Metáfora del Autobús (Luciano et al., 2005)

Metáfora del autobús

*En esta metáfora se apela al conductor de un autobús (que tiene únicamente una puerta de entrada) quien conduce el vehículo de acuerdo con lo que en su historia se ha conformado como una dirección valiosa para su vida. Los pasajeros del autobús serían todos los contenidos psicológicos (pensamientos, sensaciones, recuerdos...) que “han entrado” directa o derivadamente a lo largo de la vida y que una vez dentro “permanecen” a disposición de que se den las circunstancias oportunas. Se introducen ejemplos ahí mismo que muestren la facilidad de introducir un pasajero con una valencia correspondiente (por ejemplo, se le dice algo que pueda “activar” o “hacer entrar” un pasajero que evalúa positivamente o bien uno que considere negativo) y se pregunta por el pasajero que está en curso en ese momento. Se plantea que el conductor no quiere conducir con los pasajeros cerca (le dan miedo, le amenazan, le critican, le hacen dudar de su conducción, de él mismo, etcétera). Ha aprendido que si hace lo que le aconsejan (salir de la vía y pararse o girar hacia otro lado), entonces no se acercarán tanto, se irán al final de autobús y no los verá. Pero para ello, tiene que conducir pendiente de ellos y en la vía que no conduce a ningún lugar importante para él, con el espejo retrovisor hacia dentro para ver si se acercan. Mientras no los ve, gira otra vez por la vía que le importa, pero rápidamente se da cuenta de que se activan en el autobús, se le acercan, amenazándole, criticándole, etcétera, hasta que finalmente vuelve a renunciar y gira el volante hacia la vía sin interés, una vía muerta que no conduce a ningún sitio.*

**Anexo H. Metáfora del Invitado Grosero (Wilson y Luciano, 2002)**

**La metáfora de bienvenidos todos y el invitado grosero**

(basada en Hayes et al., 1999)

*Suponga que se dispone a celebrar la fiesta de su vida y usted es el anfitrión. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas, y es que se ha de poner un cartel en la entrada que diga: «Bienvenidos todos». Usted accede, aunque no está muy convencido. Pone el cartel y comienzan a llegar invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel «Bienvenidos todos». Antes de que pueda usted disfrutar de su fiesta, observa a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, se alerta y va hacia él para echarle, pero no puede hacerlo (está el cartel de «Bienvenidos todos» e inmediatamente volvería a entrar). No encuentra otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se le ocurre que puede encerrarlo en una habitación, pero entonces tiene que estar pendiente de que no salga. Finalmente, no le queda más opción que estar llevándole a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si se despista, rápidamente se mezcla con los invitados y usted tiene que volver a estar detrás de él para que no incordie. La cuestión es que si quiere que el invitado no moleste, tiene que ser su guardián, y a pesar de ello, se le escapa frecuentemente. Lo puede hacer, es libre de hacerlo, pero tiene un coste muy alto. ¿Está el anfitrión realmente en su fiesta o se la está perdiendo?*

Anexo I. Práctica guiada. Ejercicio de atención plena al cuerpo, como una totalidad (Kabat-Zinn, 2013).

#### Atención plena al cuerpo

Vamos a expandir, en este punto de la práctica, el campo de percepción de la respiración a otro que incluya la sensación del cuerpo como una totalidad, sentada y respirando.

Independientemente de que las sensaciones de las diferentes partes del cuerpo sean agradables o desagradables, cómodas o incómodas, o tan neutras que ni te des cuenta de ellas, trata de mantenerlas todas ante el ojo de tu conciencia, momento tras momento tras momento, sin necesidad de hacer nada y sin intentar llegar a nada ni eliminar nada. No estamos tratando de relajarnos, no estamos tratando de llegar a ningún sitio, ni de eliminar, en modo alguno, los pensamientos. Lo único que hacemos es tratar de descansar en la conciencia, aceptando las cosas tal y como se presentan.

Cuando la mente se despista, límitate a observar lo que hay en ella en ese momento y regresa amablemente a la sensación del cuerpo como una totalidad sentada y respirando. Hagamos esto una y otra vez, porque la naturaleza de la mente es escaparse del objeto primario de atención, sin que eso signifique que seas un “mal” meditador.

Acuérdate de que la naturaleza de la mente es, como la naturaleza del océano, ondulante. Y tu reto, una vez más, consiste simplemente en estar presente en tu propia presencia, siendo consciente de tu propia conciencia.