



**Universidad
Europea CANARIAS**

**Inflexibilidad Psicológica en
Adultos con Síndrome del
Intestino Irritable (SII): una
Propuesta de Evaluación e
Intervención Psicológica basada
en la Terapia de Aceptación y
Compromiso (ACT)**

**Trabajo fin de
Máster**

Autor/a: David González Rivero

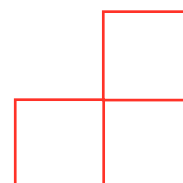
Tutor/a: Alberto Vargas Guerrero

23/06/2024

Campus de la Orotava
Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava

Tenerifeuniversidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz
C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de



Índice de contenidos

- 1. Introducción**
- 2. Diseño del programa**
 - 2.1. Destinatarios
 - 2.2. Objetivos de la propuesta
 - 2.2.1. Objetivo general
 - 2.2.2. Objetivos específicos
 - 2.3. Hipótesis de intervención
- 3. Metodología**
 - 3.1. Diseño
 - 3.2. Materiales e instrumentos
 - 3.2.1. Instrumentos de evaluación
 - 3.2.2. Instrumentos de intervención
- 4. Directrices para la implementación y evaluación del trabajo**
 - 4.1. Temporalización
 - 4.2. Plan de trabajo
 - 4.3. Procedimiento y actividades
 - 4.4. Desarrollo de las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento
- 5. Conclusiones**
- 6. Bibliografía**
- 7. Anexos**

Nota. A fin de facilitar la lectura y preservar la fluidez del texto, se ha empleado el masculino genérico. Cabe destacar que esta elección lingüística no busca excluir ni invisibilizar a las mujeres u otras identidades de género. En todo el documento, se alude a personas de todas las identidades de género, reconociendo la importancia de la inclusión y la diversidad.

Índice de abreviaturas del texto

Abreviatura	Significado
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
AFC	Análisis Funcional de Conducta
APA	Asociación Americana de Psicología
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Ed.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Ed.
ECIM	Eje Cerebro-Intestino-Microbiota
FEAD	Fundación Española del Aparato Digestivo
FODMAP	Oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles
MA	Meta-análisis
OMG	Organización Mundial de Gastroenterología
OMS	Organización Mundial de la Salud
RS	Revisión sistemática
SII	Síndrome del Intestino Irritable
SII-D	Síndrome del Intestino Irritable con predominio de Diarrea
SII-E	Síndrome del Intestino Irritable con predominio de Estreñimiento
SII-M	Síndrome del Intestino Irritable con hábito intestinal Mixto
SII-NC	Síndrome del Intestino Irritable con hábito intestinal No Clasificado
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TFD	Trastornos Funcionales Digestivos
TFGI	Trastornos Funcionales Gastrointestinales
TICI	Trastornos de la Interacción Cerebro-Intestino

Índice de abreviaturas de los anexos

Abreviatura	Significado
AEMPS	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
ADTI	Antidepresivos Tricíclicos
ECIM	Eje Cerebro-Intestino-Microbiota
FEAD	Fundación Española del Aparato Digestivo
FODMAP	Oligosacáridos fermentables, Disacáridos, Monosacáridos y Polioles
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
MA	Metaanálisis
OMG	Organización Mundial de Gastroenterología
OMS	Organización Mundial de la Salud
RS	Revisión Sistemática
SII	Síndrome del Intestino Irritable
SII-E	Síndrome del Intestino Irritable con predominio de Estreñimiento
SII-D	Síndrome del Intestino Irritable con predominio de Diarrea
SII-M	Síndrome del Intestino Irritable con hábito intestinal Mixto
SII-NC	Síndrome del Intestino Irritable con hábito intestinal No Clasificado
SNA	Sistema Nervioso Autónomo
SNE	Sistema Nervioso Entérico
SNP	Sistema Nervioso Parasimpático
SNS	Sistema Nervioso Simpático
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TFGI	Trastornos Funcionales Gastrointestinales
TICI	Trastornos de la Interacción Cerebro-Intestino

Índice de tablas y figuras

1. Tablas

- 1.1. **Tabla 1**: Criterios de inclusión y exclusión para la participación en el programa de intervención.
- 1.2. **Tabla 2**: Diseño del programa de evaluación e intervención.
- 1.3. **Tabla 3**: Distribución de los participantes en sesiones de intervención individuales y grupales.
- 1.4. **Tabla 4**: Pruebas estandarizadas utilizadas para medir las diferentes variables dependientes de interés.
- 1.5. **Tabla 5**: Comparación entre la puntuación pre-intervención y puntuación post-intervención esperada.
- 1.6. **Tabla 6**: Presupuesto del programa.
- 1.7. **Tabla 7**: Cronograma del programa.
- 1.8. **Tabla 8**: Esquema de las sesiones.
- 1.9. **Tabla 9**: Material para cada sesión.
- 1.10. **Tabla 10**: Ejercicio “Muchos mapas para distintos viajes”
- 1.11. **Tabla 11**: Orden de aplicación del protocolo de evaluación.

2. Figuras

- 2.1. **Figura 1**: Escala de Bristol de la forma de las heces
- 2.2. **Figura 2**: Ejercicio: “La rueda de la vida”

Índice de anexos

- 1. Anexo 1:** Eje-Cerebro-Intestino-Microbiota y Trastornos de la Interacción Cerebro Intestino
- 2. Anexo 2:** Surgimiento y evolución de los criterios diagnósticos del SII
- 3. Anexo 3:** Criterios diagnósticos de Roma-IV para el SII
- 4. Anexo 4:** Características de la sintomatología gastrointestinal del SII
- 5. Anexo 5:** Subtipos de SII según el patrón de heces predominante
- 6. Anexo 6:** Escala de Bristol de la forma de las heces
- 7. Anexo 7:** Datos relativos a la prevalencia global del SII
- 8. Anexo 8:** Datos estadísticos anteriores sobre la relevancia del SII en España
- 9. Anexo 9:** Costes del SII en otros países y en España
- 10. Anexo 10:** Miedo, distrés, hipervigilancia y psicopatización en SII
- 11. Anexo 11:** Relación entre la sintomatología ansioso-depresiva y el SII
- 12. Anexo 12:** Evidencias sobre la relación entre depresión y SII
- 13. Anexo 13:** Autoestima, autoeficacia, vergüenza y estigma en SII
- 14. Anexo 14:** Aislamiento social, influencia en las relaciones interpersonales, absentismo y presentismo laboral en SII
- 15. Anexo 15:** Dietas de exclusión / restrictivas y riesgo de desarrollo de un TCA
- 16. Anexo 16:** Problemas de sueño y su relación con el SII
- 17. Anexo 17:** Estilo de afrontamiento evitativo y de control en pacientes de SII
- 18. Anexo 18:** Tratamientos farmacológicos con evidencia en SII
- 19. Anexo 19:** Tratamientos basados en la modificación de la dieta con evidencia en SII
- 20. Anexo 20:** Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual SII
- 21. Anexo 21:** Críticas al enfoque de la TCC en el tratamiento psicológico del SII
- 22. Anexo 22:** SII desde la perspectiva de la ACT
- 23. Anexo 23:** Consentimiento informado
- 24. Anexo 24:** Hipótesis específicas de intervención
- 25. Anexo 25:** Entrevista semiestructurada de elaboración propia
- 26. Anexo 26:** Autorregistro Funcional de Conducta
- 27. Anexo 27:** Pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar las variables de interés

- 28. Anexo 28:** Resultados esperados
- 29. Anexo 29:** Presupuesto
- 30. Anexo 30:** Cronograma del programa
- 31. Anexo 31:** Esquema de las sesiones
- 32. Anexo 32:** Material para cada sesión
- 33. Anexo 33:** Carta de presentación del programa
- 34. Anexo 34:** “Metáfora del Autostopista”
- 35. Anexo 35:** Ejercicio: “Un viaje compartido”
- 36. Anexo 36:** “Metáfora del paseo en bicicleta”
- 37. Anexo 37:** Ejercicio: “Compartir historias”
- 38. Anexo 38:** Anclaje de la respiración
- 39. Anexo 39:** “Metáfora de los Dos Escaladores”
- 40. Anexo 40:** Ejercicio: “Tu Inventario de Sufrimiento”
- 41. Anexo 41:** Diferencias entre el Modelo Médico y el Modelo Contextual
- 42. Anexo 42:** “Metáfora de las Arenas Movedizas”
- 43. Anexo 43:** “Metáfora de la Lucha contra el Monstruo”
- 44. Anexo 44:** Ejercicio experiencial “El nombre de tu madre”
- 45. Anexo 45:** Ejercicio: “Las bolitas de papel”
- 46. Anexo 46:** “Metáfora del campo de hoyos”
- 47. Anexo 47:** “Metáfora del Tigre Hambriento”
- 48. Anexo 48:** Ejercicio: “¿Qué estás sintiendo justo ahora?”
- 49. Anexo 49:** Ejercicio: “La uva pasa”
- 50. Anexo 50:** Ejercicio: “La Pieza de Música”
- 51. Anexo 51:** Metáfora: “La radio siempre encendida”
- 52. Anexo 52:** Ejercicio: “Contemplando el Tren de la Mente”
- 53. Anexo 53:** Metáfora: “El Tablero de Ajedrez”
- 54. Anexo 54:** Ejercicio: “El observador”
- 55. Anexo 55:** “Meditación del Aquí y el Ahora”
- 56. Anexo 56:** Ejercicio: “Hojas Flotando en la Corriente”

- 57. Anexo 57:** Ejercicio: “Considerando tus Autoconceptualizaciones”
- 58. Anexo 58:** Ejercicio experiencial: “Yo no soy eso”
- 59. Anexo 59:** Ejercicio: “Simplemente, sentarse”
- 60. Anexo 60:** “Meditación del Cuerpo o *Body Scan*”
- 61. Anexo 61:** “Metáfora del Invitado Indeseado”
- 62. Anexo 62:** Ejercicio: “Comer conscientemente”
- 63. Anexo 63:** “Metáfora del jardín”
- 64. Anexo 64:** Ejercicio: “¿Para qué quieres tu vida?”
- 65. Anexo 65:** Ejercicio: “La rueda de la vida”
- 66. Anexo 66:** “Metáfora del ancla en la tormenta”
- 67. Anexo 67:** Ejercicio “Muchos mapas para distintos viajes”
- 68. Anexo 68:** “Metáfora del farol en la niebla”
- 69. Anexo 69:** Ejercicio: “Carta para la persona que fui”
- 70. Anexo 70:** Orden de aplicación del protocolo de evaluación

Resumen

En la actualidad, las enfermedades del aparato digestivo afectan a una gran parte de la población, siendo el Síndrome del Intestino Irritable (SII) uno de los trastornos digestivos más comunes. Los pacientes de SII presentan un patrón de inflexibilidad psicológica que les impide aceptar su enfermedad, por lo que recurren a las estrategias de afrontamiento de evitación y control para aliviar sus síntomas, empeorando y cronificando su problemática a largo plazo. Este patrón disfuncional favorece el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión, conduciéndoles al aislamiento social y a una vida llena de limitaciones, deteriorando significativamente su calidad de vida. La literatura científica señala que, las terapias psicológicas empleadas habitualmente en SII, se centran en modificar o eliminar los síntomas y aunque muestran resultados parcialmente positivos, retroalimentan el patrón disfuncional de evitación y control. Es por ello que, el presente trabajo, plantea una propuesta de evaluación e intervención psicológica dirigida a 32 personas adultas, de entre 18 y 65 años, diagnosticados de SII, desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El programa propone 29 sesiones divididas en: fase de cribado y selección de los participantes, evaluación pre y post tratamiento, tratamiento y seguimiento (presencial, online y telefónico). En conclusión, se espera que el presente trabajo resulte eficaz para aumentar la flexibilidad psicológica, desarrollando una actitud de aceptación hacia la enfermedad y adoptando el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, promoviendo así un manejo más eficaz del SII y de la sintomatología psicológica asociada.

Palabras clave: Evitación experiencial, inflexibilidad psicológica, modelo biopsicosocial, síndrome de intestino irritable, terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

Currently, digestive system diseases affect a large portion of the population, with Irritable Bowel Syndrome (IBS) being one of the most common digestive disorders. IBS patients exhibit a pattern of psychological inflexibility that prevents them from accepting their condition, leading them to use avoidance and control coping strategies to alleviate their symptoms. This, in turn, worsens and chronicizes their problem in the long term. This dysfunctional pattern favors the development of anxiety and depression disorders, leading to social isolation and a life full of limitations, significantly deteriorating their quality of life. Scientific literature indicates that the psychological therapies commonly used for IBS focus on modifying or eliminating symptoms, and although they show partially positive results, they reinforce the dysfunctional pattern of avoidance and control. Therefore, this work proposes an evaluation and psychological intervention aimed at 32 adults, aged between 18 and 65 years, diagnosed with IBS, from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The evaluation and intervention program proposes 29 sessions divided into: screening and selection phase of participants, pre and post-treatment evaluation, treatment, and follow-up (face-to-face meeting, online meeting, and via phone call). In conclusion, this work is expected to be effective in increasing psychological flexibility, developing an attitude of acceptance towards the illness, and adopting more adaptive coping strategies, thus promoting a more effective management of IBS and the associated psychological symptoms.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, biopsychosocial model, experiential avoidance, irritable bowel syndrome, psychological inflexibility.

1. Introducción

En la actualidad las enfermedades del aparato digestivo afectan a una gran parte de la población y tienen un gran impacto en su bienestar integral, tanto físico como emocional (Lovell y Ford, 2012). A pesar de que los avances científicos y tecnológicos actuales, en el ámbito de la medicina, proporcionan técnicas de diagnóstico menos invasivas, más precisas y eficaces, todavía existen patologías digestivas sobre las que se desconoce su etiología.

Históricamente, se ha denominado a este tipo de afecciones como Trastornos Funcionales Digestivos (TFD) o Trastornos Funcionales Gastrointestinales (TFGI; Drossman, 2016) y en la actualidad se las conoce como Trastornos de la Interacción Cerebro-Intestino (TICI; Véase Anexo 1). El Síndrome del Intestino Irritable (SII; Organización Mundial de la Salud, 2019), es uno de los TICI más comunes y tiene implicaciones significativas para la calidad de vida de los pacientes que lo sufren, así como un elevado coste económico para la sanidad y un gran impacto en la sociedad (Oka et al., 2020).

El término SII lo acuña Cumming (1849) por primera vez en la literatura científica y sus criterios diagnósticos han ido cambiando y actualizándose con el paso de las décadas (Véase Anexo 2), hasta que Drossman y Hasler (2016) formulan los criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII, que son los que, en la actualidad, se han mantenido vigentes. En base a estos criterios (Véase Anexo 3), se define el SII como un trastorno que produce dolor abdominal recurrente asociado con la defecación o con cambios del hábito intestinal (diarrea, estreñimiento o alternancia entre ambos), además de hinchazón o distensión abdominal (Drossman y Hasler, 2016; Véase el Anexo 4). El SII se clasifica en 4 subtipos principales (Véase el Anexo 5), que se definen por el patrón de heces predominante (OMS, 2019). Por tanto, para poder diferenciarlos es necesario conocer previamente la Escala de Bristol que determina la forma y consistencia de las heces (Lewis y Heaton, 1997; Véase el Anexo 6).

La epidemiología del SII es difícil de determinar debido a la enorme heterogeneidad que presenta este trastorno (Sebastián Domingo, 2022), así como de los criterios utilizados para su diagnóstico (Black y Ford, 2020; Oka et al., 2020; Rometsch et al., 2024; Sperber et al., 2021; Staudacher et al., 2023). Se calcula que podría afectar a un rango de personas sanas de entre un 5% a un 10% en algún momento de sus vidas, asociándose su prevalencia, en mayor medida, al sexo femenino (Drossman y Hasler, 2016; Lacy et al., 2021; Oka et al., 2020; Organización Mundial de Gastroenterología [OMG], 2015; Rometsch et al., 2024;

Staudacher et al., 2023) y afectando fundamentalmente entre los 15 y los 65 años de edad (Algera et al., 2023; OMG, 2015; Sperber et al., 2021), especialmente en la franja de adultos jóvenes menores de 50 años (Galvez-Sánchez et al., 2021; Lacy et al., 2021).

En un reciente estudio epidemiológico a nivel mundial sobre los TICI llevado a cabo en el año 2021, en el que se estudió a 73.076 adultos procedentes de 33 países diferentes, se concluyó que el SII es el tercer TICI más frecuente a nivel global, con una prevalencia del 4,1% (Sperber et al., 2021; [Véase el Anexo 7](#)). A nivel europeo, en un estudio de revisión sistemática y metaanálisis publicado por Rometsch et al., (2024), se analizaron 136 estudios epidemiológicos sobre Trastornos Funcionales, de los que se extrajeron 35 puntuaciones sobre prevalencia del SII, encontrándose que, de media en Europa, un 9,08% de las personas lo padecen (oscilando desde un 7,31% a un 11,22%). Este estudio encontró también que, de media en España, un 7,42% de las personas padecen SII (oscilando desde un 3,67% a un 14,45%). Estos resultados concuerdan con los datos estadísticos presentados por la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD; [Véase Anexo 8](#)). El aumento de la prevalencia del SII, su efecto perjudicial sobre la calidad de vida y la productividad laboral, así como el uso de procedimientos médicos redundantes, atribuyen a este trastorno el potencial para crear una carga significativa para los sistemas de salud y de atención médica en todo el mundo (Flacco et al., 2019; Lacy et al., 2021; Staudacher et al., 2023; [Véase el Anexo 9](#)), con un potencial mayor al de otras enfermedades altamente prevalentes y prioritarias para el sistema sanitario, como son el asma crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes (Flacco et al., 2019).

El avance en el conocimiento científico de los últimos años ha reconocido la compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que están involucrados en la patogenia del SII, por lo que se ha conceptualizado desde el modelo biopsicosocial (Van Oudenhove et al., 2016). Tradicionalmente, en la literatura científica se ha relacionado el SII con el miedo, el estrés, la hipervigilancia y la psicopatización (Algera et al., 2023; Fond et al., 2014; Lacy et al., 2016; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Páramo-Hernández et al., 2023; Romero, 2020; Sebastián Sánchez et al., 2017; [Véase el Anexo 10](#)). En la actualidad, se ha evidenciado que el SII conlleva frecuentemente sintomatología psicológica asociada, entre la que destacan principalmente la ansiedad y la depresión, ya sea como trastornos psiquiátricos o como sintomatología subclínica (Staudacher et al., 2023). Tras estudiar las consecuencias psicológicas del SII, Mearin, Sans, y Balboa (2022)

concluyen que, los pacientes con SII presentan una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y menores niveles de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVrS), que la población general. Diversos estudios apoyan esta relación entre el SII y la sintomatología ansioso-depresiva (Fond et al., 2014; Koloski et al., 2012; Koloski, Jones, y Talley, 2016; Staudacher et al., 2023; Zamani, Alizadeh-Tabari, y Zamani, 2019; Véase el Anexo 11).

En consonancia, el fenómeno psicológico más comúnmente reportado por los pacientes es la ansiedad gastrointestinal, definida como aquella respuesta cognitiva, afectiva y conductual derivada del miedo a las sensaciones gastrointestinales, los síntomas y el contexto en que se producen estas sensaciones viscerales (Algera et al., 2023; Fond et al., 2014; Labus et al., 2007; Lacy et al., 2016; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Páramo-Hernández et al., 2023; Romero, 2020; Sebastián Sánchez et al., 2017; Zamani, Alizadeh-Tabari, y Zamani, 2019). Este tipo específico de ansiedad contribuye a mantener el SII como un estresor endógeno que perpetúa las alteraciones en el ECIM, incluso en ausencia de estresores externos (Mayer et al., 2001). La evidencia científica ha mostrado que niveles elevados de este tipo de ansiedad correlacionan con una mayor severidad de los síntomas y un nivel de calidad de vida menor en pacientes con SII (Sebastián Sánchez et al., 2017), ya que interfiere con las actividades de la vida diaria y las interacciones sociales. Por otro lado, los síntomas crónicos del SII pueden llevar a los pacientes a sentimientos de desesperanza y tristeza que pueden desembocar en depresión (Algera et al., 2023; Fond et al., 2014; Lacy et al., 2021; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Páramo-Hernández et al., 2023; Romero, 2020; Sebastián Sánchez et al., 2017; Zamani, Alizadeh-Tabari, y Zamani, 2019; Véase Anexo 12).

Habitualmente, los pacientes con SII también ven afectada su autoestima, autoeficacia y sufren episodios de vergüenza, debido a la naturaleza íntima de sus síntomas y al estigma propio y externo asociado a los mismos (González y De Ascencao, 2005; Sebastián Sánchez et al., 2017; Véase Anexo 13). El miedo a sufrir episodios sintomáticos incontrolados en entornos públicos o sociales, puede llevar a los pacientes de SII al aislamiento social afectando a las relaciones interpersonales, de amistad, familiares y de pareja (González y De Ascencao, 2005; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Sebastián Sánchez et al., 2017). También se ha evidenciado cómo este trastorno conlleva unas cifras de absentismo y presentismo laboral/académico (disminución del desempeño) significativas (Romero, 2020; Sebastián Sánchez et al., 2017; Véase Anexo 14).

Por otro lado, las dietas de exclusión o dietas restrictivas que habitualmente llevan a cabo pueden generar efectos no deseados como deficiencias nutricionales o conductas alimentarias inadecuadas, presentando un riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Sebastián Sánchez et al., 2017; Mearin, Peña, y Balboa, 2014; Sebastián Sánchez et al., 2017; [Véase Anexo 15](#)). Además, se ha evidenciado, también, que los pacientes que sufren de SII suelen presentar, con frecuencia, problemas de sueño (González y De Ascencao, 2005; Lacy et al., 2016; Sebastián Domingo, 2022; Sebastián Sánchez et al., 2017; [Véase Anexo 16](#)).

En conclusión, el SII afecta significativamente a la calidad de vida de quienes lo padecen (Romero, 2020; Lacy et al., 2021), estos síntomas pueden interferir con el trabajo, las relaciones personales, las actividades sociales y el bienestar general, en una magnitud comparable a enfermedades orgánicas graves (Calderón y Monrroy, 2017). La comorbilidad psicológica del SII contribuye a la persistencia del trastorno e incrementa la gravedad de los síntomas gastrointestinales, empeorando la calidad de vida y aumentando el uso de los servicios de salud (Organización Mundial de Gastroenterología, 2015). Los estudios observacionales sugieren que la reducción de la calidad de vida que presentan los pacientes de SII, se debe principalmente a la comorbilidad psicológica concurrente, más que a la sintomatología gastrointestinal, reforzando la necesidad de un enfoque integrado que aborde estos aspectos (Staudacher et al., 2023).

En relación a las estrategias de afrontamiento que muestran los pacientes de SII con mayor frecuencia para manejar las experiencias aversivas de la enfermedad son la evitación y el control (Lacy et al., 2021; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015), incluso en ausencia de síntomas gastrointestinales (Sebastián Sánchez et al., 2017; [Véase Anexo 17](#)). El tratamiento del SII, se ha centrado históricamente en tratar los síntomas gastrointestinales relevantes desde el modelo médico mediante el tratamiento farmacológico ([Véase Anexo 18](#)), siendo considerada aún la primera línea de tratamiento (Farmer, Wood, y Ruffle, 2020; Weaver, Melkus, y Henderson, 2017). Aunque se ha demostrado que puede no ser efectivo, llevando al paciente a ser clasificado como refractario (Olden y Brown, 2006), aumentando la gravedad del diagnóstico, deteriorando la calidad de vida, mostrando un alivio escaso o nulo de los síntomas de SII y perpetuando el sufrimiento de estas personas (Slouha et al., 2024). Sin embargo, la evidencia ha demostrado que las modificaciones en la dieta ([Véase Anexo 19](#)) y las terapias psicológicas pueden mejorar los síntomas globales y la calidad de vida de

forma significativa (Sebastián Domingo, 2022). Por tanto, un modelo integrador llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, es considerada la práctica más eficaz en el tratamiento del SII (Chey et al., 2021; Slouha et al., 2024; Staudacher et al., 2023).

En cuanto a el abordaje psicológico del SII, las intervenciones basadas en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC; American Psychological Association [APA], 2021; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020; [Véase Anexo 20](#)) e Hipnoterapia dirigida al intestino, han sido las que mayor evidencia científica han presentado, con una mayor eficacia a largo plazo; todo ello suscitando el cambio terapéutico a través de la modificación de los síntomas (Black et al., 2020; Farmer, Wood, y Ruffle, 2020; Ford et al., 2019; Peters, Muir, y Gibson, 2015; Weaver, Melkus, y Henderson, 2017). No obstante, a pesar de lo mencionado, otros trabajos han evidenciado que la mejora no es consistente a largo plazo y no se observa una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes, manteniendo el SII como una condición crónica (Peters, Muir, y Gibson, 2015; Sebastián Sánchez et al., 2017; [Véase Anexo 21](#)).

Buscando cambiar el paradigma de intervención psicológica en SII, algunos autores han recomendado que los tratamientos psicológicos no deben centrarse en cambiar la forma y la frecuencia de los síntomas o las experiencias relacionadas con el SII y, en su lugar, consideran que debe producirse el cambio en cómo se afrontan estas experiencias (Sebastián Sánchez et al., 2017). En esta línea, los modelos de tratamiento psicológico desarrollados desde el enfoque Contextual, especialmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (a partir de ahora ACT, por sus siglas en inglés), parecen abordar esta cuestión, ayudando a los pacientes a dejar de luchar y evitar las experiencias desagradables de la vida que están fuera de su control y, en su lugar, insta a que inviertan su tiempo y energía en crear una vida con sentido, actuando en coherencia con sus valores (Sebastián Sánchez et al., 2017). Según la evidencia, la ACT induce cambios positivos en la intensidad del dolor (Galvez-Sánchez et al., 2021), en la gravedad de los síntomas, en las conductas de evitación y en la ansiedad gastrointestinal mostrada por estos pacientes que sufren de SII (Lacy et al., 2021; Sebastián Domingo, 2022; Shorey et al., 2021; [Véase Anexo 22](#)).

Como conclusión, la necesidad de esta propuesta surge de las limitaciones observadas en las terapias psicológicas tradicionales, empleadas habitualmente en el tratamiento del SII. Estas terapias se centran en la modificación y eliminación de los síntomas, y tal como defienden la evidencia científica, este enfoque puede estar retroalimentando el fenómeno de

la evitación experiencial y las conductas de control que se encuentran en la base de su patrón conductual disfuncional (Staudacher et al., 2023). El aumento de este tipo de conductas empeora y cronifica la sintomatología psicológica asociada a la enfermedad, afectando considerablemente a la calidad de vida. Por tanto, este programa pretende ofrecer una propuesta alternativa de evaluación e intervención, desde el enfoque contextual de la ACT, con el objetivo de que los pacientes desarrollen una actitud de aceptación hacia su enfermedad, mostrándose más flexibles y adoptando el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, promoviendo así un manejo más eficaz de la enfermedad y de la sintomatología psicológica que habitualmente lleva asociada, mejorando de esta forma su calidad de vida.

2. Diseño del programa

2.1. Destinatarios

El programa de intervención propuesto irá destinado a personas adultas diagnosticadas de SII, pertenecientes a la Unidad Especializada en Síndrome del Intestino Irritable del Hospital Parque Tenerife, ubicado en el municipio de Santa Cruz de Tenerife. Esta unidad ofrece un trabajo interdisciplinar y coordinado por un amplio equipo de profesionales de la salud, entre los que destacan médicos especialistas en el aparato digestivo, nutricionistas, dietistas, psiquiatras y psicólogos.

Los participantes del programa serán seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión recogidos en la *Tabla 1*.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión para la participación en el programa de intervención

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Presentar un diagnóstico de SII según los criterios Roma IV para cualquier subtipo reconocido: SII-D, SII-E, SII-M o SII-NC	No presentar un diagnóstico de SII, presentar un diagnóstico de otra patología digestiva o un diagnóstico de SII basado en otros criterios diferentes a los de Roma IV
Personas que no hayan logrado manejar el SII mediante el tratamiento farmacológico, las intervenciones dietéticas o las terapias psicológicas centradas en la eliminación del síntoma psicológico, de manera aislada (no integral)	Personas que han logrado manejar el SII mediante el tratamiento farmacológico, las intervenciones dietéticas o las terapias psicológicas centradas en la eliminación del síntoma psicológico en un formato no integral (individual).
Tener entre 18 y 65 años	Tener una edad que no esté comprendida entre los 18 y los 65 años
Disponer de acceso a los servicios ofrecidos por el Hospital Parque Tenerife	No disponer de acceso a los servicios ofrecidos por el Hospital Parque Tenerife
Residir en Tenerife en el momento de la intervención	No residir en Tenerife en el momento de la intervención (barreras geográficas)
Hablar castellano	No hablar castellano (barreras idiomáticas)

Participar de forma voluntaria aceptando y haber firmado el consentimiento informado	Negarse a participar tras haber sido informado de las condiciones de la intervención
Ausencia de deterioro cognitivo (Puntuación mayor que 21 en MoCA) o nivel cultural muy bajo	Presencia de deterioro cognitivo (Puntuación menor que 21 en MoCA) o nivel cultural muy bajo
Ausencia de Trastorno de Conducta Alimentaria (Puntuación total menor a 30 en EAT-40)	Presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria (Puntuación total mayor a 30 en EAT-40)
Ausencia de sintomatología compatible con Trastorno Mental Grave (Evaluada durante la entrevista semiestructurada)	Presencia de sintomatología compatible con Trastorno Mental Grave (Evaluada durante la entrevista semiestructurada)
Ausencia de sintomatología compatible con Trastorno de Personalidad (Evaluada mediante IPDE y la entrevista semiestructurada)	Presencia de sintomatología compatible con Trastorno de personalidad (Evaluada mediante IPDE y la entrevista semiestructurada)
Ausencia de riesgo elevado de suicidio (Puntuación igual o menor que 10 en SSI)	Presentar riesgo elevado de suicidio (Puntuación mayor a 10 en la SSI)
Ausencia de abuso activo de sustancias o dependencia de sustancias (Para alcohol puntuación menor que 11 en AUDIT y para drogas una puntuación menor que 4 en DAST-10)	Presencia de abuso activo de sustancias o dependencia de sustancias (Para alcohol una puntuación mayor que 11 en AUDIT y para drogas una puntuación mayor que 4 en DAST-10)
Presentar sintomatología ansiosa (Puntuación entre 20 y 60 en “ansiedad estado” del STAI).	No presentar sintomatología ansiosa (Puntuación menor de 20 en “ansiedad estado” del STAI).
Presentar sintomatología depresiva (Puntuación entre 19 y 63 en BDI-II)	No presentar sintomatología depresiva (Puntuación menor de 19 en el BDI-II)

La muestra contará, aproximadamente, con un máximo de 32 participantes, 16 hombres y 16 mujeres, cuyo rango de edad estará comprendido entre los 18 y los 65 años. A pesar de que, la evidencia sobre la prevalencia del SII contempla que afecta fundamentalmente desde los 15 a los 65 años (Organización Mundial de Gastroenterología, 2015), para este trabajo se ha decidido incluir sólo población adulta, que cumpla la edad mínima para tomar decisiones por sí mismos desde el punto de vista legal. Esto se debe a que se considera que los menores de edad pueden estar en etapas de desarrollo psicológico y emocional diferentes en comparación con los adultos (Zhang et al., 2022), lo que podría

afectar a la comprensión de las técnicas basadas en los fundamentos de la ACT, ya que se presupone que esta modalidad de terapia requiere de una capacidad de abstracción, reflexión y de autorregulación más desarrollada. Además, trabajar con menores requiere de consideraciones legales y éticas adicionales, incluyendo el consentimiento de sus tutores legales, además de la predisposición personal del menor, lo que puede complicar el acceso a la muestra, así como la implementación y desarrollo del programa. También hay que tener en cuenta que el SII puede manifestarse de forma diferente en niños y adolescentes en comparación con los adultos (Vasant et al., 2021), los síntomas y su manejo pueden variar significativamente, haciendo que las intervenciones diseñadas para los adultos no sean directamente aplicables a menores y requieran de ciertas adaptaciones (NICE, 2017).

Los participantes deberán presentar un diagnóstico de SII según los Criterios de Roma IV y se incluirán pacientes de los 4 subtipos reconocidos: 25% SII con predominio de Diarrea (SII-D), 25% SII con predominio de Estreñimiento (SII-E), 25% SII con hábito intestinal mixto (SII-M) y 25% SII sin clasificar (SII-NC), participando de esta forma 8 personas diagnosticadas de cada subtipo en el momento de comenzar la intervención (4 mujeres y 4 hombres para cada subtipo). De esta forma, se tratará de mantener una muestra balanceada estadísticamente y que sea representativa de la realidad que viven las personas que sufren este trastorno.

Teniendo en cuenta que el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia (NICE), recomiendan como primera línea de intervención el tratamiento farmacológico, seguido de las modificaciones de la dieta y posteriormente la terapia psicológica habitual (Lacy et al., 2021; NICE, 2020), se excluirá a aquellas personas que hayan logrado manejar con éxito el SII mediante cualquiera de estas estrategias. Además, mediante los informes aportados durante la entrevista, se revisará que los pacientes hayan recibido algún tratamiento previamente y, en caso de haber llegado a la terapia psicológica como primera opción, se derivaría al médico de cabecera y se le excluiría de la investigación, pasando a formar parte de una lista de espera para recibir la intervención posteriormente.

Atendiendo a las capacidades cognitivas de los pacientes, se excluirán a aquellos participantes que presenten capacidades cognitivas deterioradas, así como sintomatología compatible con un trastorno de personalidad o sintomatología compatible con trastornos mentales graves, ya que es posible que estas personas requieran de adaptaciones

significativas durante la intervención, lo que podría dificultar la implementación del programa y sesgar el análisis de los resultados. Durante la entrevista se solicitará información sobre si se encuentran, en la actualidad, bajo algún tratamiento farmacológico que pueda influir en el rendimiento cognitivo o que pueda provocar alguna afectación emocional, sesgando los resultados de evaluación. Por otro lado, también se descartarán a aquellos participantes que presenten un nivel cultural muy bajo, ya que pueden encontrarse con muchas dificultades para comprender los constructos propuestos por la ACT, dificultando enormemente la adherencia a la terapia.

Uno de los principales riesgos que presentan las personas que sufren de SII es el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, debido a las conductas alimentarias inadecuadas y las dietas restrictivas que llevan a cabo (Mearin, Peña, y Balboa, 2014; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015; Sebastián Sánchez et al., 2017). Por tanto, se utilizará como criterio de exclusión la presencia de cualquier posible TCA, debido a que este tipo de trastornos requieren de una atención especializada y su presencia durante la intervención puede dificultar significativamente la adherencia a la ACT.

A su vez, debido a la alta probabilidad de que las personas que presentan SII sufran de trastornos o sintomatología depresiva y el riesgo que estas suponen para desarrollar ideaciones suicidas, se utilizará como criterio de exclusión la presencia de conductas o tendencias suicidas, debido a que se considera prioritario trabajar esta problemática, reduciendo primero el riesgo para la vida, antes de intervenir directamente en el SII.

Por otro lado, según la evidencia, las personas con estrategias de afrontamiento evitativas suelen presentar mayor riesgo de abuso y dependencia de sustancias (Shorey et al., 2017). Por este motivo, se excluirán a las personas que presenten conductas de abuso de sustancias o dependencia a las mismas, debido a que dificultarían la adherencia al tratamiento, haciendo prioritaria una intervención especializada en el campo de las adicciones antes de continuar con la intervención psicológica en SII.

En el caso de que alguna de las personas evaluadas presente alguno de estos trastornos o situaciones de riesgo, quedaría excluido del proceso de selección y se le derivaría a otro profesional especialista para una evaluación e intervención psicológica especializada y más exhaustiva.

En base a las evidencias halladas en la literatura, se concluye que la sintomatología

compatible con ansiedad y depresión es la que presentan con mayor frecuencia las personas que sufren de SII. Por este motivo se incluye como criterio de inclusión. La inclusión de estos criterios se justifica por la necesidad de evaluar la efectividad de la ACT como método de intervención indirecto que reduzca esta sintomatología ansioso-depresiva en estos pacientes. Además, los participantes deberán residir en Tenerife en el momento de la intervención, para evitar que la movilidad geográfica se convierta en un obstáculo para la adherencia al tratamiento y deberán disponer de acceso a los servicios del Hospital Parque Tenerife. Asimismo, para evitar, también, posibles barreras idiomáticas, todos los participantes deberán ser hispanohablantes. Las personas elegidas deberán firmar un consentimiento informado (Véase Anexo 23) que asegure que comprenden completamente los objetivos, los requisitos del programa y que muestran disposición a participar activamente de la terapia ACT.

Todos los participantes excluidos en el proceso de selección serán inscritos en una lista de espera para recibir el tratamiento en una ronda posterior, con el fin de asegurar que todos los pacientes reciben el tratamiento necesario y una atención médica-psicológica adecuada, tal y como se recoge en la *Declaración de Helsinki* (World Medical Association, 2013).

2.2. Objetivos de la propuesta

2.2.1. Objetivo general

Mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes adultos diagnosticados de SII, proporcionándoles las herramientas y estrategias necesarias para aceptar sus experiencias adversas, reducir la inflexibilidad psicológica y comprometerse con acciones alineadas con sus propios valores; ayudándoles a lograr una vida plena, en presencia de las dificultades asociadas al SII.

2.2.2. Objetivos específicos

Objetivos dirigidos a aumentar la flexibilidad psicológica, entendida desde el enfoque contextual.

- Debilitar el soporte verbal/social de la evitación, alejando a la persona de su sistema de reglas verbales habitual y acercándola a la experiencia que intenta evitar.
- Desarrollar una actitud de aceptación hacia la sintomatología del SII, mostrando

disposición a entrar en contacto con esas experiencias internas negativas, “abrazándolas” tal y como son.

- Reducir los intentos de control de las experiencias aversivas, logrando una aproximación al malestar y a las situaciones evitadas con anterioridad.
 - Reducir las estrategias afrontamiento de evitación experiencial y de control.
 - Adoptar estrategias de afrontamiento de aceptación activa y exposición.
- Desarrollar una conciencia del momento presente basada en la atención plena, viviendo en el “aquí y el ahora”, alejando el foco atencional de los momentos pasados y futuros.
- Desliteralizar el lenguaje, debilitando el control que los pensamientos tienen sobre la conducta del paciente (defusión cognitiva).
- Fomentar la toma de perspectiva, diferenciando el “yo contenido” del “yo contexto”, tomando distancia del significado de los procesos verbales internos y actuando como observador de los mismos.
 - Crear un sentido de identidad que vaya más allá de los estados que pueda estar atravesando en ese momento.
- Identificar los valores personales que son importantes para la vida de la persona, así como las metas y acciones específicas encaminadas a cumplir con un plan o proyecto de vida.

Objetivos dirigidos a mejorar el manejo del SII y la calidad de vida.

- Aumentar los niveles de calidad de vida.
- Mejorar el conocimiento sobre la propia enfermedad y sus procesos.
- Reducir el aislamiento social y promover la activación conductual.
 - A nivel académico / laboral, mejorando su rendimiento y reduciendo el absentismo.

- A nivel social, aumentando el número de actividades placenteras y de ocio realizadas.
- A nivel familiar, aumentando el número de actividades realizadas conjuntamente.
- Potenciar el desarrollo de redes de apoyo, desarrollando nuevas relaciones con sus iguales en las sesiones grupales de intervención.
- Abordar de forma transversal la sintomatología ansioso-depresiva.
 - Reducir de forma indirecta los niveles de ansiedad.
 - Reducir de forma indirecta los niveles de depresión.
- Reducir de forma indirecta la gravedad de los síntomas gastrointestinales.
- Aprender a anticipar y afrontar las recaídas durante el proceso terapéutico.

2.2.3. Hipótesis de intervención

En el presente trabajo se toma como hipótesis de partida la existencia de una inflexibilidad psicológica concebida desde la perspectiva contextual, que influye negativamente en la capacidad de los pacientes que presentan SII, en lo relativo a la aceptación y manejo de su enfermedad (síntomas gastrointestinales, comorbilidad psicológica asociada y sufrimiento que esto les genera), así como el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales, centradas en la evitación y el control, que provocan un impacto negativo en la calidad de vida.

En consonancia, se espera que la implementación de un programa basado en los fundamentos de la ACT resultará en una mejora significativa en la flexibilidad psicológica, la calidad de vida y una reducción de los niveles de ansiedad y depresión respecto a los niveles previos, que se mantendrá a los 12 meses de haber finalizado la intervención. Para un análisis pormenorizado de las hipótesis específicas ([Véase el Anexo 24](#)).

3. Metodología

3.1. Diseño

El programa se llevará a cabo desde un enfoque holístico y longitudinal de medidas repetidas (pre y post test), a fin de evaluar la mejora obtenida tras la intervención (*Tabla 2*).

Tabla 2.

Diseño del programa de evaluación e intervención

TEMPORALIDAD	PROCEDIMIENTO
Primer bloque: pre-tratamiento	
1 mes	Evaluación de cribado (selección de la muestra)
1 mes	Evaluación inicial (línea base)
Segundo bloque: tratamiento	
6 meses	Programa de intervención
Tercer bloque: post-tratamiento (seguimiento y acompañamiento)	
0 meses tras la intervención	Evaluación post tratamiento
1 mes tras la intervención	Seguimiento telefónico 1
2 meses tras la intervención	Seguimiento telefónico 2
3 meses tras la intervención	Sesión de recuerdo presencial
6 meses tras la intervención	Sesión de recuerdo online
12 meses tras la intervención	Evaluación de seguimiento

En relación a las variables del programa, se establecerá como variable independiente la intervención del programa con enfoque contextual basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Por otro lado, como variables dependientes se establecerán la aceptación, flexibilidad psicológica, atención plena, fusión cognitiva, la evitación experiencial, concordancia entre acción y compromiso con los valores, los niveles de ansiedad y depresión, la gravedad de los

síntomas gastrointestinales, el aislamiento social y la calidad de vida general, todas ellas medidas mediante diferentes instrumentos de evaluación cuantitativos y cualitativos, recogidos en la *Tabla 4*.

Durante la fase de intervención se llevarán a cabo sesiones de intervención individual (frecuencia semanal) y sesiones de intervención grupal (frecuencia mensual aproximada). Para las sesiones grupales se distribuirá la muestra de forma intencional, dividiéndola en 4 grupos homogéneos en los que se clasificará a los pacientes según el subtipo de su diagnóstico. La distribución de los pacientes para la fase de intervención se describe detalladamente en la *Tabla 3*.

El objetivo de esta distribución es poder adaptar los contenidos de la intervención lo máximo posible a las características y al cuadro clínico presentado por cada paciente, según el subtipo que presente. Asimismo, también se espera que al formar grupos con otras personas con sus mismas características se fomente el apoyo social y aumenten las redes de apoyo, reduciendo, con ello, el aislamiento social y el estigma asociado a la enfermedad. También se parte de la premisa de que poder compartir experiencias con personas con sintomatología similar, podrá ayudar a mejorar la autopercepción de su propia enfermedad, ya que contarán con un nuevo marco de referencia con el que compararse. De esta forma, se reducirían también ciertos sesgos y distorsiones del pensamiento como la catastrofización, normalizando su situación.

Tabla 3

Distribución de los participantes en sesiones de intervención individuales y grupales

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Paciente 1 SII-D	Paciente 9 SII-E	Paciente 17 SII-M	Paciente 25 SII-NC	
Paciente 2 SII-D	Paciente 10 SII-E	Paciente 18 SII-M	Paciente 26 SII-NC	
Paciente 3 SII-D	Paciente 11 SII-E	Paciente 19 SII-M	Paciente 27 SII-NC	Preparación de sesiones individuales y corrección de pruebas
Paciente 4 SII-D	Paciente 12 SII-E	Paciente 20 SII-M	Paciente 28 SII-NC	
Paciente 5 SII-D	Paciente 13 SII-E	Paciente 21 SII-M	Paciente 29 SII-NC	
Paciente 6 SII-D	Paciente 14 SII-E	Paciente 22 SII-M	Paciente 30 SII-NC	
Paciente 7 SII-D	Paciente 15 SII-E	Paciente 23 SII-M	Paciente 31 SII-NC	
Paciente 8 SII-D	Paciente 16 SII-E	Paciente 24 SII-M	Paciente 32 SII-NC	
INTERVENCIÓN GRUPAL				

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Participantes 1-8 SII-D	Participantes 9-16 SII-E	Participantes 17-24 SII-M	Participantes 25-32 SII-NC	Preparación de sesiones grupales

3.2. Materiales e instrumentos

3.2.1. Instrumentos de evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de cribado se administrarán los siguientes instrumentos:

- **Entrevista semiestructurada de elaboración propia** ([Véase el Anexo 25](#)): diseñada específicamente para obtener información sobre datos sociodemográficos, aspectos relevantes de la vida personal de los pacientes, para recabar información relacionada con el SII y para obtener una visión general del perfil individual de los participantes, comprobando si cumplen los criterios de inclusión. Durante la entrevista se evaluará si el paciente se encuentra orientado, predispuesto, colaborador, ajustado a la realidad, su nivel de consciencia, nivel atencional, nivel de abstracción y concentración. También se evaluará su lenguaje, su discurso y si se observan alteraciones del pensamiento. El tiempo de administración que requiere es de 20 minutos.
- **Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA;** Nasreddine et al., 2005) en su versión adaptada al español (Costa et al., 2017): es un cuestionario breve heteroaplicado de 30 ítems, concebido para evaluar el deterioro de las capacidades cognitivas. Demuestra una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach de 0,76), con una fiabilidad en las pruebas repetidas (0,921) e inter examinadores (0,914, Carcavilla, 2020). El tiempo estimado de administración es de 10 minutos.
- **International Personality Disorder Examination (IPDE;** Krueger et al., 2012) en su versión abreviada adaptada al español **Cuestionario de evaluación IPDE Modulo DSM-5** (Gutiérrez et al., 2015): es un cuestionario autoadministrado que consta de 25 ítems que permite identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad, según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición (OMS, 2019) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013). Ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas (alfa de Cronbach de 0,72; Sánchez et al.,

2020). El tiempo estimado de administración es de 30 minutos.

- **Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40;** Garner y Garfinkel, 1979) en su versión adaptada al español (Castro et al., 1991): es un cuestionario autoadministrado compuesto por 40 ítems, con 6 posibilidades de respuesta que van de “Nunca” a “Siempre”. El rango de puntuaciones varía de 0 a 120 en donde una mayor puntuación, supone un mayor nivel de riesgo de desarrollo de TCA. Su consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0,93. El tiempo estimado de administración es de 10 a 15 minutos.
- **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT;** Saunders et al., 1993) en su versión adaptada al español **Test para Identificar los Trastornos del Uso del Alcohol** (Rubio G. et al., 1998): es un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que evalúan la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad y frecuencia), comportamiento o actitud ante la bebida, reacciones adversas y problemas relacionados con el consumo. Presenta un alfa de Cronbach de 0,8. El tiempo estimado de administración es menor de 10 minutos.
- **Drug Abuse Screening Test (DAST;** Skinner, 1982) en su versión adaptada al español (Bedregal et al., 2006): es un cuestionario breve autoadministrado que consta de 10 ítems fiable para detectar el abuso de sustancias. Posee una adecuada validez convergente, divergente y un alfa de Cronbach de 0,97. El tiempo estimado de administración es menor a 10 minutos.
- **Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI;** Beck et al., 1979) en su versión adaptada al español (Navarro et al., 2003): es una escala heteroaplicada de 19 ítems para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida que recoge actitudes hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyectos de intento de suicidio y realización del intento proyectado. Su consistencia interna es alta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89. El tiempo estimado de administración es menor a 10 minutos.
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II;** Beck et al., 1996) en su versión adaptada al español: cuestionario autoadministrado de 21 ítems de respuesta múltiple utilizado para medir la severidad de los síntomas depresivos. Presenta un alfa de Cronbach de

0,83. El tiempo estimado de administración es de 5 a 10 minutos.

- **State-Trait Anxiety Inventory (STAI;** Spielberger et al., 1970) en su versión adaptada al español **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo** (Buela-Casal et al., 1986): es un cuestionario autoadministrado que consta de 40 ítems para evaluar la ansiedad como un estado transitorio y como un rasgo estable. Muestra una consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,90 y 0,94). El tiempo estimado de administración es menor a 10 minutos.

La evaluación de ansiedad y depresión se llevará a cabo en la fase de cribado para seleccionar la muestra, pero se utilizarán sus puntuaciones como línea base durante la fase de evaluación pre-tratamiento.

Con el fin de llevar a cabo la evaluación de pre y post intervención se emplearán los siguientes instrumentos:

- **Autorregistro Funcional de Conducta:** El Análisis Funcional de Conducta (AFC) ayuda a los pacientes a tomar consciencia sobre la relación entre sus patrones conductuales actuales y las consecuencias problemáticas que estos les suponen (Vargas, 2023). Algunos autores sugieren que, en pacientes de SII, podría ser una recomendación general efectiva explorar si el patrón de inflexibilidad psicológica se está produciendo mediante el AFC (Sebastián Sánchez et al., 2017). Para ello se propone un modelo de autorregistro funcional de conducta (Vargas, 2023; Véase el Anexo 26).

Para evaluar los componentes de la ACT se utilizarán los siguientes instrumentos:

- **Irritable Bowel Syndrome Acceptance and Action Questionnaire (IBS-AAQ;** Ferreira et al., 2013) en su versión adaptada al español **Cuestionario de Aceptación y Acción para el Síndrome del Intestino Irritable** (Ferreiro y Benito, 2020): es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems de tipo Likert que va de 0 (nunca) a 6 (siempre). Está diseñado para evaluar la aceptación de los síntomas de SII, su severidad, calidad de vida general, ansiedad gastrointestinal, estrategias de afrontamiento evitativo, ansiedad general, depresión y distrés. Evalúa la actitud de los pacientes hacia sus síntomas gastrointestinales, su disposición a experimentarlos sin evitarlos y la interferencia de los mismos en su vida diaria. La puntuación total se

obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems y siendo 120 la puntuación máxima. Puntuaciones bajas indican un nivel de aceptación pobre del SII y unos niveles de evitación elevados. Cuánto más se acerque la puntuación total a 120, mayor será el nivel de aceptación y menor la evitación. Presenta una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0,85). El tiempo estimado para su administración es de 10 a 15 minutos.

- **Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ;** Gámez et al., 2014) en su versión adaptada al español **Cuestionario Breve de Evitación Experiencial** (Vázquez-Morejón et al., 2019): es un cuestionario autoadministrado que consta de 15 ítems de tipo Likert (1 = Nada de acuerdo, 6 = Totalmente de acuerdo), diseñado para evaluar la evitación experiencial. La puntuación total varía desde 15 a 90, mostrando una mayor evitación cuanto mayor sea la puntuación. Presenta una consistencia interna elevada (con un alfa de Cronbach de 0,82). El tiempo estimado para su administración es de 5 minutos.
- **Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ;** Gillanders et al., 2014) en su versión adaptada al español **Cuestionario de Fusión Cognitiva** (Romero-Moreno et al., 2014): es un cuestionario autoadministrado que consta de 7 ítems tipo Likert (1 = Nunca, 7 = Siempre), diseñado para evaluar el grado en que los pacientes están fusionados con la forma y el contenido de sus experiencias internas, actuando en función de ellos, en lugar de reconocerlos como eventos pasajeros. La puntuación total varía entre 7 y 49. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de fusión cognitiva y las más bajas un menor nivel. Presenta una consistencia interna elevada (con un alfa de Cronbach de 0,87). El tiempo estimado para su administración es de 5 minutos.
- **Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT;** Herzberg et al., 2012) en versión adaptada al español **Cuestionario de Credibilidad de Pensamientos y Sentimientos Angustiosos** (Ruiz et al., 2014): es un cuestionario autoadministrado que consta de 16 ítems de tipo Likert (0 = Nada creíble, 7 = Completamente creíble), diseñado para evaluar el grado de fusión que presentan los pacientes con sus pensamientos y sentimientos relacionados con la ansiedad. A mayor puntuación total, mayor grado de fusión con los pensamientos y sentimientos relacionados con la ansiedad. Presenta una consistencia interna elevada (con un alfa

de Cronbach de 0,92). El tiempo estimado para su administración es de 10 minutos.

- **Five Face Mindfulness Questionnaire (FFMQ;** Baer et al., 2006) en su versión adaptada al español **Test 5 facetas del mindfulness** (Cebolla et al., 2012): es un cuestionario autoadministrado que consta de 39 ítems de tipo Likert que van de 1 (nunca) a 5 (siempre), diseñado para evaluar la disposición del paciente hacia la conciencia plena o *Mindfulness* en la vida diaria. Evalúa 5 aspectos: observación, descripción, conciencia corporal, atención plena a la experiencia presente y aceptación sin juicio. La puntuación total se computa sumando cada una de las facetas. A mayores puntuaciones mayores niveles de atención plena. La puntuación máxima es 195 y la mínima es 39. Presenta una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0,89). El tiempo estimado para su administración es de 10 a 15 minutos.
- **Valued Living Questionnaire (VLQ;** Wilson et al., 2010) en su versión adaptada al español **Cuestionario de Valoración Vital** (Macías et al., 2023): es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems de tipo Likert (1 = Nada importante, 10 = Extremadamente Importante), diseñado para evaluar la claridad y la importancia de los valores personales en diferentes áreas de la vida: familia, relaciones íntimas, paternidad, trabajo, educación, salud, relaciones interpersonales, ocio, espiritualidad, ciudadanía y cuidado físico. Permite a los pacientes reflexionar sobre la alineación entre sus acciones diarias y sus valores más importantes. Ofrece una puntuación de discrepancia entre valores y acciones que varía desde 0 (no discrepa nada) a 90 (discrepa completamente). Presenta una consistencia interna media-alta (con un alfa de Cronbach de 0,64), mostrando una consistencia similar a la obtenida por los autores del cuestionario original. El tiempo estimado para su administración es de 5 a 10 minutos.
- **Shortened Committed Action Questionnaire (CAQ-8;** McCracken, 2013) en su versión traducida al español: es un cuestionario autoadministrado que consta de 8 ítems de tipo Likert (0 = Nunca, 6 = Siempre) que evalúa la disposición y capacidad de los pacientes a comprometerse con acciones alineadas a sus valores. Presenta una consistencia interna alta (con un alfa de Cronbach de 0,77). El tiempo estimado para su administración es de 5 a 10 minutos.

Para la evaluación de la calidad de vida y la gravedad de los síntomas

gastrointestinales se emplearán los siguientes instrumentos:

- **Medida de la calidad de vida del síndrome del intestino irritable - Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Measure (IBS-QOL; Patrick et al., 1998)** en su versión española (Badia, X. et al., 2000): Es actualmente la medida autoinformada de calidad de vida relacionada con la salud, específica del SII, más validada y que presenta mayor sensibilidad para evaluar el impacto del SII y los resultados de su tratamiento (Calderón y Monrroy, 2017). Este cuestionario incluye la frecuencia de las molestias digestivas y su repercusión personal, la medición del estado funcional general y del bienestar, así como la percepción de la CVRS directamente relacionada con el SII. Consiste en 34 ítems divididos en 8 subescalas: disforia, interferencia con las actividades habituales, imagen corporal, preocupación por la salud, limitaciones dietéticas, reacciones sociales, funcionamiento y relaciones sexuales. Presenta una consistencia interna elevada (con un alfa de Cronbach de 0,95). El tiempo estimado para su administración es de 15 minutos. Para la interpretación de los resultados, se transforman las puntuaciones de las subescalas en una puntuación total que varía de 0 a 100, donde una puntuación más alta indica una mayor calidad de vida relacionada con la enfermedad. Para la interpretación de las puntuaciones establecen los siguientes puntos de corte: 0-24 (nivel muy bajo de calidad de vida), 25-50 (nivel bajo de calidad de vida), 50-74 (nivel moderado de calidad de vida) y 75-100 (nivel alto de calidad de vida).
- **Cuestionario de Gravedad de los Síntomas de SII - Irritable Bowel Syndrome Severity Score (IBS-SSS; Francis et al., 1997)**: Esta es la medida más utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas gastrointestinales del SII. Los ítems se relacionan con el dolor, la disfunción intestinal y el bienestar físico general. Algunos autores recomiendan que, al evaluar la respuesta al tratamiento psicológico del SII, el progreso debe medirse en los dominios físico y psicológico (Staudacher et al., 2023). Se utiliza como medida de resultado en ensayos clínicos porque responde muy bien al cambio con el tratamiento. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 500; de 75 a 175 se considera una severidad leve de síntomas gastrointestinales, de 175 a 300 se considera moderada y mayor o igual a 300 se considera grave. Presenta una consistencia interna alta (con un alfa de Cronbach de 0,81). El tiempo estimado de administración de la prueba es de 5 minutos.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de cribado y la evaluación psicológica, así como su temporalización, se encuentran resumidos en la *Tabla 4*.

Los datos cuantitativos de la evaluación obtenidos en las pruebas psicométricas se analizarán y compararán utilizando el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Se empleará la prueba T-test pareado para determinar la existencia de diferencias significativas entre las medidas: 1) Pre vs post intervención; 2) Pre-intervención Vs seguimiento; 3) Post-intervención Vs seguimiento. A su vez, se analizará el sistema de *preparación de datos y custom tables* para facilitar un análisis gráfico de los datos. Las puntuaciones pre y post test esperadas se detallan a continuación en la *Tabla 5*.

Tabla 5.

Comparación entre la puntuación pre-intervención y puntuación post-intervención esperada

Instrumento	Dimensión evaluada	Puntuación pre-intervención	Puntuación post-intervención	Seguimiento	
BDI-II	Sintomatología depresiva	≥ 14	≤ 13	≤ 13	
STAI	Ansiedad estado	Hombre	≥ 20	≤ 19	≤ 19
		Mujer	≥ 23	≤ 22	≤ 22
	Ansiedad rasgo	Hombre	≥ 20	≤ 19	≤ 19
		Mujer	≥ 26	≤ 25	≤ 25
IBS-QOL	Calidad de vida relacionada con el SII	< 50	≥ 50	≥ 50	
IBS-SSS	Gravedad de los síntomas GI	≥ 175	< 175	< 175	
IBS-AAQ	Aceptación, evitación experiencial, flexibilidad psicológica y ansiedad GI	< 60	≥ 60	≥ 60	
BEAQ	Evitación experiencial	≥ 35	15 - 34	15 - 34	
CFQ	Fusión cognitiva	< 29	≥ 29	≥ 29	
BAFT	Fusión cognitiva con pensamientos y emociones relacionados con la ansiedad	≥ 61	< 61	< 61	

VLQ	Alineación acciones diarias / valores	≤ 42	> 42	> 42
FFMQ	Capacidad <i>Mindfulness</i>	39 - 97	97 – 195	97 -195
CAQ-8	Acción comprometida	0 – 16	>16	>16

Para ver una descripción más detallada de los resultados esperados ([Véase el Anexo 28](#)).

3.2.2. Instrumentos de intervención

Respecto a los instrumentos y materiales necesarios para llevar a cabo el programa intervención se destacan los siguientes:

- **Medios físicos:** será necesario disponer de una sala o despacho que cuente con unas buenas condiciones ambientales, que esté libre de ruidos, iluminación óptima, temperatura adecuada, con el fin de favorecer la concentración y la comodidad de los pacientes durante las sesiones individuales. Para las sesiones grupales será necesario disponer de una sala de reuniones, que cumpla con las condiciones ambientales mencionadas anteriormente y con mayor aforo (aproximadamente 36 personas), por lo que solicitará al hospital el uso del salón de actos. Además, se deberá disponer de acceso a un baño cercano que esté adaptado, debido a la necesidad que pueden presentar los pacientes de SII de hacer uso de los mismos durante la terapia.
- **Medios materiales:** será necesario disponer de material de papelería (folios, bolígrafos, lápices, gomas), documentos impresos (fichas, láminas, registros, cuadernos de actividades), un proyector para poder respaldar las explicaciones con imágenes, acceso a un ordenador para enviar información por correo electrónico y un teléfono para comunicarse con los pacientes durante todo el proceso de evaluación, intervención y seguimiento.
- **Medios humanos:** será necesario contar con la participación de dos psicólogos sanitarios cualificados con formación específica en tercera generación (en particular en ACT) y con conocimientos sobre patologías digestivas, concretamente del SII. Además, se realizarán sesiones grupales educativas en las que participarán otros

profesionales pertenecientes a la Unidad Especializada en Síndrome del Intestino Irritable del Hospital Parque Tenerife, concretamente, un médico especialista en el aparato digestivo, un médico especialista en psiquiatría y un nutricionista.

Para un desglose pormenorizado del presupuesto estimado del programa Véase el Anexo 29.

4. Directrices para la implementación y evaluación del trabajo

4.1. Temporalización

El programa será implementado por dos psicólogos sanitarios en un total de 29 sesiones, de las que nueve sesiones serán de evaluación (tres de cribado, dos de pre-intervención, dos post-intervención y dos de seguimiento). Además, se implementarán 12 sesiones de intervención individual, cuatro de intervención en formato grupal, dos de seguimiento telefónico, una sesión de recuerdo online por videoconferencia y otra sesión de recuerdo presencial. En las sesiones de intervención grupal participarán otros profesionales de otras especialidades como la gastroenterología, la salud mental y la nutrición. Las sesiones individuales se llevarán a cabo semanalmente, con una duración aproximada de una hora, las sesiones grupales tendrán una duración de dos horas y el seguimiento telefónico de 15 a 20 minutos. La fase de cribado durará aproximadamente un mes, la fase de evaluación pre-intervención y de intervención durarán aproximadamente de seis a siete meses, la evaluación posterior al tratamiento durará un mes aproximadamente y el seguimiento se realizará durante los 12 meses posteriores a la intervención. Tras finalizar la fase de seguimiento se realizará una fase de evaluación final con una duración aproximada de un mes.

La intervención individual será llevada a cabo por dos psicólogos, uno en turno de mañana y otro en turno de tarde, cada uno atenderá a 16 pacientes (4 de cada grupo). Los horarios serán de 09:00 – 14:00 en el turno de mañana y de 15:00 a 20:00 en el turno de tarde. Las sesiones tendrán una duración de 1h dejando un margen de 15 minutos entre ellas. La intervención grupal se realizará de forma conjunta por ambos psicólogos, con el apoyo de otros profesionales, en horario de 12:00 – 14:00.

El orden y la temporalización de las sesiones se adaptará en base a las necesidades individuales de cada participante, promoviendo la flexibilidad en la implementación del programa, garantizando así una mayor efectividad y adaptación a la situación específica de cada paciente. La temporalización del programa se presenta en detalle mediante un cronograma en *la Tabla 7* ([Véase el Anexo 30](#)).

4.2. Plan de trabajo

El plan de trabajo constará de 14 etapas diferenciadas:

1. Contacto inicial con el Hospital Parque Tenerife.

2. Presentación de la propuesta a la administración del hospital y aprobación de la misma.
3. Formación del equipo de trabajo y definición de funciones.
4. Identificación y reclutamiento de la muestra mediante una evaluación de cribado.
5. Evaluación psicológica pre-intervención.
6. Implementación del programa de intervención.
7. Evaluación psicológica post-intervención justo al finalizar el tratamiento.
8. Fase de seguimiento presencial, online y telefónico.
9. Evaluación psicológica final tras la fase de seguimiento.
10. Análisis y comparación de los resultados obtenidos en las fases pre-intervención, post-intervención y de seguimiento.
11. Elaboración de un informe de resultados y presentación a la administración del hospital.
12. Publicación y difusión de los resultados.
13. Desarrollo de un plan de sostenibilidad para el programa a largo plazo.
14. Desarrollo de alianzas y colaboraciones con otras entidades.

Las etapas 12, 13 y 14 se planificarán y llevarán a cabo una vez se finalizado todo el proceso de evaluación, intervención y análisis de los resultados.

4.3. Procedimiento y actividades

1. Contacto inicial con el Hospital Parque Tenerife.

Se llevará a cabo la redacción de una propuesta formal del programa de evaluación, intervención y seguimiento. A continuación, se establecerá contacto telefónico con el director o coordinador del Hospital Parque Tenerife para concertar una reunión presencial posterior, en la que se presentará el programa y el presupuesto estimado.

2. Presentación de la propuesta a la administración del hospital.

Se presentará la propuesta a la administración del hospital y a la coordinación de la Unidad Especializada en Síndrome del Intestino Irritable, justificando la necesidad del mismo, explicando sus objetivos, su metodología y su potencial beneficio tanto para los pacientes, como para el hospital.

3. Formación del equipo de trabajo.

Durante esta etapa se solicitará la colaboración de diferentes profesionales del hospital para conformar un equipo multidisciplinar compuesto por: psicólogos, psiquiatras, gastroenterólogos, enfermeros, nutricionistas y dietistas. El objetivo es determinar su participación en el proyecto definiendo sus funciones: elaborar contenidos educativos sobre el SII relativos a su correspondiente especialidad, para exponerlos en las sesiones de intervención grupal planificadas.

4. Identificación y reclutamiento de la muestra mediante una evaluación de cribado.

A continuación, se procederá a identificar a los pacientes de la Unidad Especializada en Síndrome del Intestino Irritable del Hospital Parque Tenerife y de otras unidades relacionadas del hospital. Una vez localizados, se les contactará por vía telefónica para proponerles su participación en el programa e informarles de los potenciales beneficios de la intervención a realizar. Para finalizar esta etapa se realizará una evaluación psicológica de cribado para identificar a los participantes susceptibles de intervención, en base a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos. Para ello, se citará presencialmente a las personas interesadas, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada inicial y el protocolo de evaluación mediante instrumentos estandarizados, dividido en tres sesiones de evaluación de una hora de duración. Durante estas sesiones se comenzará a establecer la alianza terapéutica combinando tareas de evaluación con diferentes técnicas para fortalecer el rapport (preguntas de seguimiento para profundizar, escucha activa, empatía, validación emocional, mostrarse autocrítico, abierto, flexible, fomentar la participación del paciente). Una vez finalizado el cribado y analizados los resultados, se contactará telefónicamente con las personas que cumplan los criterios para comunicarles su inclusión en el programa y con aquellos que no los cumplen, para explicar que se les inscribirá en una lista de espera para poder participar una posterior ronda de intervención cuando finalice la investigación.

5. Evaluación psicológica pre-intervención.

Una vez definida la muestra final, se les distribuirá por grupos tal y como se recoge en la *Tabla 3*. A continuación, se les citará individualmente para la sesión inicial de evaluación psicológica (medida pre-intervención de las variables dependientes, que servirá como línea base) correspondiente a las *Sesiones 6 y 7*, recogidas en la *Tabla 8*. Una vez finalizado este procedimiento, obtenidas las puntuaciones y analizados los resultados, se procederá con la fase de intervención.

6. Implementación del programa de intervención.

Durante esta fase se llevarán a cabo las sesiones de intervención individual y sesiones de intervención grupal. El programa de intervención se detalla de forma pormenorizada en el epígrafe [4.4. Desarrollo de las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento](#).

7. Evaluación psicológica post-intervención al finalizar el tratamiento.

Una vez finalizada la intervención, se llevará a cabo una fase en la que se realizará la segunda evaluación psicológica (medida post-intervención de las variables dependientes) correspondiente a las *Sesiones 20 y 21*, recogidas en la *Tabla 8*. Tras obtener las puntuaciones y analizar los resultados, se procederá con la fase de seguimiento.

8. Fase de seguimiento presencial, online y telefónico.

Tras concluir la intervención y la fase de evaluación post-tratamiento, se comenzará la fase de seguimiento. Se realizará seguimiento telefónico pasado un mes y a los dos meses de haber finalizado la terapia, con el fin de dar respuesta a las demandas de los pacientes. Posteriormente se realizará una sesión de recuerdo presencial, a los tres meses de haber finalizado la terapia, en la que se revisarán los contenidos trabajados. A los seis meses, se realizará una sesión de recuerdo online, centrada en aquellos aspectos que presenten mayores dificultades para los pacientes a la hora de extrapolar los aprendizajes de la terapia a su vida diaria. La fase de seguimiento se recoge en la *Tabla 8*.

9. Evaluación psicológica final al terminar la fase de seguimiento.

Tras finalizar la etapa de seguimiento y una vez transcurridos 12 meses desde la fase de intervención, se realizará una fase de evaluación final (evaluación de seguimiento), en la que se analizarán los cambios en las variables dependientes, a través de los mismos instrumentos utilizados en las fases de evaluación pre y post intervención, permitiendo de

esta forma comparar los resultados obtenidos durante todo el proceso terapéutico.

10. Análisis y comparación de los resultados obtenidos en las fases pre-intervención, post-intervención y de seguimiento.

Mediante el software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) se analizarán y compararán los resultados obtenidos en 3 momentos diferentes de evaluación (pre, post- intervención y seguimiento). Esta comparación permitirá conocer si los cambios obtenidos en las variables dependientes de interés se han mantenido en el tiempo, además de valorar su generalización a otros contextos. Esta comparación nos permitirá obtener tres medidas diferentes:

- **Comparación pre-intervención vs. post-intervención:** esta medida permitirá conocer si el programa de intervención se ha mostrado eficaz a la hora de suscitar los cambios esperados en las variables dependientes de interés a corto plazo. Esto permitirá realizar las modificaciones y adaptaciones necesarias en la fase de intervención que permitan mejorar su eficacia en el futuro.
- **Comparación pre-intervención vs. seguimiento:** esta medida permitirá conocer si el programa de intervención se ha mostrado eficaz a la hora de suscitar los cambios esperados en las variables dependientes de interés a largo plazo. Esta medida ofrece una visión global de la eficacia del programa de intervención.
- **Comparación post-intervención vs. seguimiento:** esta medida permitirá conocer la eficacia de la fase de seguimiento a la hora de mantener en el tiempo los resultados obtenidos, en las variables dependientes de interés, tras la intervención. Esto permitirá realizar ajustes y adaptaciones que permitan mejorar su eficacia en el futuro.

En la Tabla 4 se presenta el protocolo completo de evaluación.

11. Elaboración de un informe de resultados y presentación a la administración del hospital.

Se presentarán los hallazgos del programa a la administración del hospital y al equipo médico mediante un informe de resultados que permita discutir las implicaciones y posibles mejoras del programa. Este informe tendrá como objetivo proporcionar una visión detallada de los logros del programa, su impacto en los pacientes y las recomendaciones para futuras

intervenciones.

Los componentes esenciales de esta presentación serán: ofrecer una visión general concisa del informe final, recordar la metodología empleada, presentar los resultados del programa (datos cuantitativos y cualitativos, haciendo uso de gráficos y tablas), realizar un análisis e interpretación de estos resultados, discutiendo sus implicaciones y proponiendo recomendaciones y mejoras para el programa, haciendo uso de la retroalimentación y *feedback*.

Este procedimiento tendrá como objetivo evaluar el impacto del programa y considerar su expansión y mejora continua en el futuro. Al presentarlo a la administración del hospital se espera que se desarrolle una discusión constructiva en la que se evaluará si se han cumplido los objetivos iniciales, así como el potencial de optimización y replicación de la intervención, pudiendo beneficiar de esta forma a más pacientes en el futuro.

12. Publicación y difusión de los resultados.

La publicación y difusión de los resultados y experiencias del programa se estiman fundamentales para su reconocimiento futuro, validación y expansión. Este proceso asegurará que los beneficios del programa se compartan con la comunidad médica y científica, fomentando la replicación y mejorando el tratamiento del SII a nivel global. Para ello se llevarán a cabo las siguientes estrategias:

- **Publicación en revistas científicas:** se redactarán artículos científicos con el objetivo de difundir los hallazgos del programa a través de revistas de alto impacto. Para ello, será necesario identificar y seleccionar las revistas adecuadas y someter los estudios a un riguroso proceso de revisión por pares.
- **Presentación en conferencias y congresos:** para alcanzar a una audiencia más amplia de profesionales de la salud se acudirá a conferencias y congresos nacionales e internacionales sobre ACT y gastroenterología, para presentar los resultados del programa. Para ello será conveniente realizar pósteres, talleres interactivos, que sean claros, concisos y visualmente atractivos y que resuman los hallazgos del programa. Se podrían utilizar estos eventos para establecer contacto con otros profesionales y expertos en la materia, fomentando futuras colaboraciones e intercambio de conocimiento.

- **Desarrollo de informes técnicos y guías clínicas:** para que otros profesionales puedan implementar el programa en su práctica clínica, se requerirá el desarrollo de informes y guías clínicas que lo detallen de forma pormenorizada. También será necesario distribuir los documentos a través de plataformas en línea.
- **Difusión en medios de comunicación:** para aumentar la visibilidad del programa y sensibilizar al público general sobre el SII y su tratamiento mediante la ACT se realizarán notas de prensa y comunicados en medios locales, nacionales e internacionales; se participará en entrevistas y difundirá a través de las redes sociales (psicoeducación, testimonio de pacientes) haciendo hincapié en la creación de contenido multimedia que generen una mayor interacción (vídeos, infografías).

La publicación y difusión de los resultados del programa serán esenciales para asegurar que los beneficios del mismo se extiendan a una población mayor, promoviendo mejores prácticas y tratamientos para el SII.

13. Desarrollo de un plan de sostenibilidad del programa a largo plazo.

Se presentará una estrategia de sostenibilidad robusta a largo plazo, asegurando que el hospital no sólo implemente el programa, sino que lo mantenga y lo integre en su oferta de servicios. Para ello será necesario enfatizar el potencial impacto positivo a largo plazo en la salud de estas personas, reduciendo la necesidad de tratamientos más costosos y mejorando los resultados de salud globales. Para ello será necesario garantizar:

- **Evaluación continua y mejora del programa:** monitorear los resultados mediante evaluaciones periódicas, recoger la retroalimentación de los participantes regularmente para identificar áreas de mejora y realizar adaptaciones y actualizaciones continuas al programa, incorporando nuevos hallazgos de la investigación y mejores prácticas en la intervención.
- **Capacitación y desarrollo profesional:** proveer formación continua y oportunidades de desarrollo para el equipo terapéutico (talleres, cursos, supervisiones) y desarrollar certificaciones y acreditaciones reconocidas para el programa, aumentando la credibilidad y la confianza en el tratamiento ofrecido.
- **Financiamiento sostenible:** identificar y asegurar múltiples fuentes de financiación

(subvenciones públicas, donaciones privadas, patrocinio de empresas y colaboración con otras fundaciones); y optimizar los costes y la eficiencia del programa.

- **Integración en la estructura del hospital:** colaborar estrechamente con el hospital para integrar el programa en la estructura y el flujo de trabajo del mismo. Asegurar que se alinee con las políticas y procedimientos internos del hospital. Además, sería conveniente fomentar la colaboración con otros departamentos y especialidades como gastroenterología, nutrición o salud mental, para ofrecer un enfoque integral y coordinado.
- **Expansión y replicación del programa:** desarrollar y documentar un modelo escalable del programa que pueda ser replicado en otros hospitales y clínicas. Publicar los resultados y los datos de la eficacia del programa en revistas científicas y conferencias médicas, aumentando así la visibilidad del programa y contribuyendo al conocimiento sobre el tratamiento del SII.
- **Promoción y sensibilización:** organizar campañas de sensibilización y educación sobre el SII y la importancia de la atención psicológica en su tratamiento, haciendo uso de medios de comunicación tradicionales y digitales. Realizar talleres educativos, seminarios y grupos de apoyo para fomentar la participación de la comunidad.

Al implementar estas medidas no sólo se garantizaría la continuidad del programa, sino que se contribuiría al avance de la práctica clínica basada en la evidencia.

14. Desarrollo de alianzas y colaboraciones con otras entidades.

Establecer alianzas y colaboraciones estratégicas será esencial para el éxito y la sostenibilidad del programa. Para ello se buscará proponer la creación de alianzas con otras instituciones y asociaciones de pacientes de SII, ayudando a visibilizar el programa y a facilitar su implementación. Además, se buscará involucrar a la comunidad y a los pacientes en el desarrollo y la mejora continua del programa, lo que puede aumentar la aceptación y el éxito de la intervención. A continuación, se detallan las posibles colaboraciones y sus beneficios:

- **Universidades y centros de investigación:** el objetivo es establecer convenios con universidades y centros de investigación para apoyar posibles estudios clínicos y

publicaciones científicas futuras. De esta forma, se facilitaría la realización de estudios sobre la eficacia del programa, contribuyendo al conocimiento científico y permitiendo la mejora continua del mismo en base a los datos obtenidos. Además, la reputación académica puede ayudar a aumentar el prestigio académico del hospital, abriendo las puertas a subvenciones y financiación para investigaciones adicionales.

- **Asociaciones de pacientes de SII:** los pacientes de SII se proveerían de nuevos recursos y apoyo adicional a través de estas asociaciones. A su vez, facilitaría la difusión del programa y el reclutamiento de participantes, aprovechando las redes de estas organizaciones para intervenciones futuras.
- **Instituciones de Salud Pública:** el objetivo sería colaborar con el Servicio Canario de Salud y otras instituciones de salud pública. Esto podría ayudar a integrar el programa en el sistema de salud, asegurando que sea reconocido y respaldado oficialmente, facilitando su implementación y acceso a recursos. También permitiría ampliar el alcance del programa a una población mayor.
- **Proveedores de servicios médicos y terapéuticos:** el objetivo es establecer relaciones con gastroenterólogos, nutricionistas y otros profesionales de la salud, fomentando un enfoque integral y coordinado para el tratamiento del SII, abordando aspectos médicos y psicológicos. Esto facilitaría la derivación de pacientes al programa y aseguraría una comunicación eficaz entre las diferentes especialidades.
- **Empresas y fundaciones:** el objetivo sería buscar el apoyo de empresas y fundaciones interesadas en la salud y el bienestar, lo que podría suponer la obtención de fondos adicionales para el programa mediante subvenciones, donaciones y patrocinio. Además, involucrar a empresas en iniciativas de responsabilidad social, aumentaría la visibilidad y el impacto del programa.
- **Involucración de la comunidad y de voluntarios:** los voluntarios pueden proporcionar apoyo adicional a los pacientes y contribuir a la sostenibilidad del programa, aumentando la sensibilización sobre el SII y promoviendo la educación sobre el manejo de la enfermedad.

Al trabajar conjuntamente con diversas entidades, la propuesta de intervención podría ofrecer un tratamiento innovador y eficaz para los pacientes de SII, mejorando su calidad de

vida y estableciéndose como un líder en el cuidado integral de la salud.

4.4. Desarrollo de las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento

A continuación, se describirán en detalle las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento. Para ver un esquema de las sesiones ([Véase el Anexo 31](#)) y para ver los materiales requeridos para cada sesión ([Véase el Anexo 32](#)).

Sesiones 1, 2 y 3: Evaluación de cribado

Objetivo general

Reclutar a los participantes que compondrán la muestra del programa de evaluación e intervención y establecer la relación terapéutica.

Objetivos específicos

- Asegurarse de que los pacientes comprenden el propósito del programa, las condiciones del mismo y otorguen la aceptación y firma del formulario de consentimiento informado.
- Recoger datos demográficos y clínicos sobre los pacientes.
- Evaluar la disposición y capacidad del paciente para participar en el programa de ACT.
- Identificar y seleccionar pacientes que cumplan todos los criterios de inclusión.
- Identificar y descartar pacientes que cumplan algún criterio de exclusión.
- Establecer una puntuación de línea base para la sintomatología ansioso depresiva.
- Comenzar a construir la alianza terapéutica.

Técnicas a implementar:

- Evaluación mediante entrevista semiestructurada
- Evaluación mediante instrumentos estandarizados
- Escucha activa y diálogo socrático

- Validación emocional
- Metáforas
- Ejercicios experienciales

Desarrollo de la sesión

El proceso de cribado se dividirá en tres sesiones en las que se recogerán los siguientes contenidos:

Sesión 1: Una primera sesión en la que conocerá al paciente, se realizarán las presentaciones pertinentes, se le hará entrega de una hoja informativa como carta de presentación del programa ([Véase el Anexo 33](#)) y el consentimiento informado ([Véase el Anexo 23](#)). Una vez comprendido, aceptadas las condiciones y firmado el formulario, se realizará una breve explicación del protocolo de evaluación que se seguirá en las tres sesiones de cribado y se comenzará con la misma. En esta primera sesión se comenzará con una entrevista psicológica semiestructurada ([Véase el Anexo 25](#)) diseñada para obtener datos sociodemográficos, aspectos relevantes de la vida personal del paciente y para sondear la sintomatología de SII presentada, así como aquella posible comorbilidad psicológica asociada y los ámbitos de la vida que pueden verse limitados por ella. La entrevista se complementará con técnicas para fomentar la alianza terapéutica (escucha activa, diálogo socrático, validación emocional).

Sesión 2: Durante la segunda sesión se continuará el proceso de entrevista y una vez finalizada se procederá con la administración de los siguientes instrumentos psicométricos estandarizados: MoCA, AUDIT, DAST-10 y STAI. Para fomentar la alianza terapéutica se hará uso de la “Metáfora del Autostopista” ([Véase Anexo 34](#)) y del Ejercicio: “Un viaje compartido” ([Véase Anexo 35](#)).

Sesión 3: En la tercera sesión de cribado se comenzará repasando aquellos aspectos de la entrevista sobre los que se tengan dudas o sobre los que se quiera ampliar la información recogida. Posteriormente se administrarán los siguientes instrumentos psicométricos estandarizados: IPDE, EAT-40, SSI y BDI-II. Para fomentar la alianza terapéutica se hará uso de la “Metáfora del paseo en bicicleta”. ([Véase Anexo 36](#)) y el Ejercicio: “Compartir historias” ([Véase Anexo 37](#)), con el fin de crear una conexión más

humana y auténtica entre el terapeuta y el paciente.

Sesión 4: Intervención grupal

Objetivo general

Realizar las presentaciones grupales, psicoeducación sobre SII y ACT y plantear el calendario de sesiones.

Objetivos específicos

- Conocer al equipo de trabajo y a los compañeros.
- Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza.
- Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales.
- Introducir el SII y la ACT.
- Plantear el calendario de sesiones.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Compartir experiencias en grupo
- Anclaje de la respiración

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con la presentación del equipo de trabajo y de los participantes. Cada profesional se presentará y explicará cuales van a ser sus funciones dentro de la terapia. Los participantes deberán presentarse, contar brevemente su experiencia con la enfermedad y por qué han decidido participar en la intervención. A continuación, el gastroenterólogo procederá a realizar una formación básica sobre los fundamentos del SII haciendo énfasis en las características del subtipo que presentan los participantes de cada grupo. Comenzará hablando sobre las causas del SII, los principales síntomas de cada subtipo, las pruebas y

exámenes que existen para descartar otras patologías, los diferentes tratamientos existentes y las expectativas respecto al pronóstico.

Seguidamente el psicólogo procederá a realizar una psicoeducación introductoria sobre la comorbilidad psicológica del SII, las principales vías de tratamiento y realizará una breve introducción a la ACT, sus fundamentos, su metodología, sus bondades respecto a otras terapias y el motivo por el que se empleará durante la intervención. Posteriormente, se propondrá la práctica grupal de un Ejercicio: “Anclaje de respiración” ([Véase Anexo 38](#)), en el que se guiará a los pacientes en un breve ejercicio de respiración.

Para finalizar la sesión se presentará el calendario de sesiones, los contenidos de las mismas y se realizarán los ajustes pertinentes en el cronograma, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los participantes de cada grupo.

Sesión 5: Intervención individual

Objetivo general

Presentar el programa terapéutico y construir la alianza terapéutica.

Objetivos específicos

- Proporcionar información básica sobre el SII y la ACT de forma individualizada.
- Fomentar la expresión emocional del paciente.
- Validar la expresión emocional del paciente.
- Establecer los objetivos terapéuticos individualizados.
- Introducir el concepto de dolor y sufrimiento.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Preguntas de sondeo

- Validación emocional
- Metáforas
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará estableciendo los objetivos terapéuticos del programa y ajustándolos a las necesidades individuales del paciente. Será la propia persona quién deberá proponer dichos objetivos y el terapeuta irá guiándole mediante el diálogo socrático, de esta forma el paciente adoptará un papel activo en la construcción de sus objetivos, promoviendo su motivación, la expresión emocional y la alianza terapéutica. Se realizarán preguntas de sondeo para valorar las expectativas del paciente respecto a la terapia y sobre aquellos aspectos que desea cambiar o mejorar. En todo momento se mantendrá por parte del terapeuta una actitud de validación emocional, fomentando la expresión y la relación terapeuta-paciente. Para representar esta idea y reforzar la alianza terapéutica se utilizará la “Metáfora de los dos escaladores” ([Véase el Anexo 39](#)).

A continuación, se introducirá las bases del SII, la comorbilidad psicológica asociada, su impacto y las principales vías de tratamiento habituales. Posteriormente, se hará una introducción a los principios fundamentales de la ACT y se justificará su utilización como método de intervención psicológica en SII, resaltando sus bondades respecto a otros métodos de intervención, realizando una comparativa entre el modelo médico y el modelo contextual ([Anexo 41](#)). Se introducirán los conceptos de conciencia, aceptación, valores y compromiso. Durante la explicación se solicitará al paciente su *feedback* personal sobre aquellos aspectos con los que se identifica y los que no, además de valorar sus experiencias y expectativas relacionadas con los elementos que conforman la ACT.

Para concluir la sesión y para complementar la psicoeducación, se explicará la diferencia entre dolor-sufrimiento y se propondrá la actividad “Tu inventario de sufrimiento” ([Véase el Anexo 40](#)), con el fin de que identifique aquellas experiencias internas (pensamientos, emociones, sentimientos, recuerdos, impulsos, sensaciones corporales, hábitos o tendencias) que le están generando sufrimiento en la actualidad y desde hace cuánto tiempo. Posteriormente, cuando tenga la lista terminada, se le pedirá que la ordene en función del impacto que estos elementos hayan tenido en su vida. Seguidamente, en la zona derecha

de la lista se le pedirá que enlace los elementos que tengan relación entre sí mediante flechas. Cuánto más arriba este un elemento en la lista y cuánto más conectado esté un elemento, más importante resultará para el paciente. Por último, se solicitará que combine los elementos o que los divida en unidades más pequeñas en función del nivel de interrelación que presenten. Como tarea para casa, el paciente deberá completar la lista y traer una versión definitiva para la próxima sesión.

Sesión individual 6 y 7

Objetivo general

Llevar a cabo la evaluación psicológica pre-intervención y fomentar la alianza terapéutica.

Objetivos específicos

- Administrar los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica planteados.
- Recoger información de carácter cuantitativo y cualitativo durante el proceso de evaluación.
- Fomentar la expresión emocional del paciente.
- Validar la expresión emocional del paciente.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Evaluación psicométrica
- Validación emocional

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará dando la bienvenida al paciente, tratando de generar un ambiente seguro y de confianza con una breve conversación distendida sobre aspectos informales, para posteriormente, explicar el proceso de evaluación con un lenguaje sencillo y accesible, motivando al paciente durante la realización de las pruebas, apoyándole y validando cualquier

emoción que exprese durante el proceso. Además de la información cuantitativa que se recogerá durante la administración de las pruebas, el terapeuta evaluará las conductas del paciente durante la realización de las pruebas y recogerá información de carácter cualitativo. Durante esta fase de evaluación se administrarán los siguientes instrumentos: IBS-AAQ, BEAQ, CFQ, BAFT, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-QOL, IBS-SSS. Su administración se distribuirá de la siguiente forma:

- **Sesión 6:** IBS-QOL, BEAQ, CFQ y BAFT.
- **Sesión 7:** IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ e IBS-SSS.

Como medida pre-intervención de la sintomatología ansiosa y depresiva se tomarán, respectivamente, las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios STAI y BDI-II, administrados durante la fase de cribado para el reclutamiento de la muestra.

Al finalizar, se agradecerá la participación, el esfuerzo realizado y se le pedirá el *feedback* sobre cómo se ha sentido durante las pruebas, la dificultad o reto que le han supuesto y se validará cualquier dificultad que haya presentado, reforzando verbalmente sus capacidades y animándole a mejorar en el futuro.

Sesión 8: Intervención individual

Objetivo general

Realizar la devolución de resultados, reorganizar los objetivos y explicar la paradoja del sufrimiento.

Objetivos específicos

- Informar al paciente de los resultados de las pruebas realizadas.
- Explicar los resultados y garantizar que se comprende la interpretación de los mismos.
- Reajustar los objetivos en base a los resultados obtenidos.
- Fomentar y validar la expresión emocional del paciente.
- Comprender que luchar contra el sufrimiento lo aumenta artificialmente.

Técnicas a emplear

- Devolución y revisión de resultados
- Psicoeducación
- Ejercicio experiencial
- Metáforas
- Autorregistro

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará revisando los resultados más relevantes de la evaluación, describiendo aquellas fortalezas y debilidades que presenta el paciente. Se continuará revisando la tarea “Tu inventario de sufrimiento” y en base a los hallazgos de la evaluación y las necesidades específicas que traslade el paciente, se reajustarán los objetivos para garantizar que la intervención se adapte a las características específicas de la persona.

En la segunda fase de la sesión, se reutilizará la explicación de las diferencias entre el modelo médico y el modelo contextual a la hora de manejar los síntomas y el malestar, utilizada en sesiones anteriores ([Véase Anexo 41](#)), y se conectará con el procedimiento de desesperanza creativa, con el fin de debilitar el soporte verbal/social de la evitación que llevan a cabo las personas que sufren de SII. Se realizará una revisión detenida de los intentos de resolver las experiencias relacionadas con el SII o situaciones que generan malestar o sufrimiento, recogidas previamente en la tarea “Tu inventario de sufrimiento”. El objetivo es que el paciente comprenda que los intentos de eliminar el sufrimiento producen un efecto paradójico, ya que cuánto más lucha contra lo que le hace sufrir, menos tiempo invierte en aquellos aspectos que son significativos para su vida, aumentando artificialmente el sufrimiento. Para ilustrar esta idea se utilizará la “Metáfora de las Arenas Movedizas” ([Véase Anexo 42](#)).

Por último, se propondrá como tarea para casa el “Autorregistro Funcional de Conducta” ([Véase Anexo 26](#)). Se le pedirá al paciente que anote en él las situaciones que disparan las experiencias psicológicas aversivas, que las describa en términos de pensamiento, emoción, sensación física, impulso/deseo u otros contenidos (imágenes,

recuerdos, etc.), la conducta inmediata posterior a la experiencia, el objetivo de dicha conducta, los resultados positivos o negativos obtenidos y que cree que ocurrirá si continúa llevando a cabo las mismas conductas a largo plazo. El objetivo es ayudar a tomar conciencia de la relación entre los patrones rígidos conductuales actuales y las consecuencias problemáticas que suponen.

Sesión 9: Intervención individual

Objetivo general

Demostrar a la persona que sus intentos de control son el problema y no la solución.

Objetivos específicos

- Introducir el concepto de “Control como problema”.
- Desafiar las reglas que rigen el control como estrategia de afrontamiento del malestar.
- Crear un sentido paradójico en el paciente que le lleve a cuestionar sus estrategias y a disponerse a adoptar otras más funcionales.
- Promover la aproximación al malestar mediante la exposición y la aceptación activa de las experiencias aversivas.

Técnicas a emplear

- Autorregistro
- Diálogo socrático
- Validación emocional
- Metáfora
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con la revisión de la tarea para casa “Autorregistro Funcional de Conducta”, en la que se realizará sondeo de las principales estrategias y patrones de conducta

realizados frente a las experiencias psicológicas adversas experimentadas.

Para plantear el control como problema se le pedirá que enumere verbalmente las diferentes soluciones que ha puesto en práctica para luchar contra sus eventos psicológicos aversivos y se le hará tomar consciencia de todo el esfuerzo con un resultado ineficaz que ha realizado, de la sensación de impotencia que puede estar sintiendo por haber invertido tanto tiempo y por haber dejado de hacer muchas otras cosas que tenía planeadas para su vida. A continuación, se procederá a representar esta idea con la “Metáfora de la lucha contra el monstruo” ([Véase Anexo 43](#)) para desafiar la utilidad de la regla que defiende que mantener el control de las experiencias privadas hará que el malestar desaparezca y que, por tanto, sus consecuencias también se eliminarán. Se desarrollará la metáfora mediante el diálogo socrático con el objetivo de que la persona concluya que los esfuerzos de control son parte del problema y no de la solución.

Para finalizar la sesión y afianzar la idea de que no tenemos control sobre nuestros pensamientos se utilizará el ejercicio experiencial “El nombre de tu madre” ([Véase Anexo 44](#)) y se pedirá al paciente que durante las próximas dos semanas actualice su “Autorregistro Funcional de Conducta” para la próxima sesión, incluyendo aquellas conductas basadas en el control y la evitación de las experiencias psicológicas aversivas.

Sesión 10: Intervención grupal

Objetivo general

Proporcionar formación sobre el uso de fármacos en el tratamiento del SII, sus efectos secundarios y fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Objetivos específicos

- Educar sobre los fármacos empleados en el tratamiento del SII con la colaboración del psiquiatra y el gastroenterólogo de la unidad y sus posibles efectos secundarios.
- Definir qué es el SII refractario, los criterios para su diagnóstico y discutir las opciones de tratamiento y manejo que existen.
- Realizar una psicoeducación sobre la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza.

- Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Ejercicio experiencial
- Metáfora

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará dando la bienvenida a los participantes, se presentarán los ponentes (psiquiatra, gastroenterólogo y psicólogo) y se explicarán los contenidos y objetivos a tratar durante la misma.

El psiquiatra y el gastroenterólogo comenzarán la charla realizando una presentación conjunta sobre los tipos de medicamentos utilizados para el tratamiento del SII (tanto para la sintomatología gastrointestinal, como para la psiquiátrica), sus mecanismos de acción y su finalidad. Se discutirá sobre los principales medicamentos que la evidencia científica avala para el tratamiento del SII: antidiarreicos, laxantes, antiespasmódicos, antidepresivos y probióticos. A continuación, se expondrán los posibles efectos secundarios de estos medicamentos y las estrategias para su manejo. Se expondrán los efectos comunes y menos comunes, las técnicas habituales para el manejo de los mismos y ante qué señales deben contactar al médico. Además, se aclarará la posible interferencia de estos fármacos con los resultados obtenidos en las pruebas y a su influencia en el estado de ánimo durante el proceso terapéutico, especialmente los antidepresivos.

Se continuará definiendo el concepto de SII refractario, los criterios para su diagnóstico, las diferentes opciones de tratamiento alternativo y las estrategias para su manejo. En esta fase, se resaltarán la importancia de un manejo multidisciplinar, que incluya el tratamiento farmacológico, las modificaciones en dieta y la terapia psicológica.

Posteriormente, el psicólogo realizará una presentación en la que se tratará la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, identificando barreras comunes que pueden presentarse (efectos secundarios, olvidos, desmotivación) y las estrategias para lograr superarlas (establecimiento de rutinas, uso de recordatorios, apoyo social). Una vez

finalizada, se aprovechará para repasar los conceptos introducidos en las sesiones iniciales, concretamente, la desesperanza creativa y el control como problema. Se realizará una dinámica grupal en la que los pacientes deberán formar parejas para llevar a cabo el Ejercicio: “Las bolitas de papel” ([Véase Anexo 45](#)). Tras la realización del ejercicio se recordará como los esfuerzos por controlar o evitar las experiencias desagradables que surgen del SII, no sólo son ineficaces, sino que perpetúan el sufrimiento mediante el lenguaje. Con el fin de que los pacientes interioricen esta idea con mayor claridad, se hará uso de la “Metáfora del campo de hoyos” ([Véase Anexo 46](#)), con el objetivo de que los pacientes cuestionen sus intentos frustrados de controlar los síntomas de SII.

Para finalizar se realizará una fase de discusión y preguntas en la que los participantes podrán exponer su experiencia, consultar sus dudas o expresar sus preocupaciones.

Sesión 11: Intervención individual

Objetivo general

Cuestionar la efectividad de la evitación como estrategia de afrontamiento a corto y largo plazo.

Objetivos específicos

- Introducir el concepto de “Evitación Experiencial” y “*Mindfulness*”.
- Desafiar las reglas que rigen la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento del malestar.
- Crear un sentido paradójico en el paciente que le lleve a cuestionar sus estrategias y a disponerse a adoptar otras más funcionales.
- Cuestionar la preocupación excesiva y la rigidez conductual.
- Promover la aproximación al malestar mediante la exposición y la aceptación activa de las experiencias aversivas.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación

- Autorregistro
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Ejercicio experiencial
- Mindfulness

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con la revisión del “Autorregistro Funcional de Conducta”, se pondrán en común todas aquellas conductas que el paciente reconoce realizar para evitar las experiencias aversivas relacionadas con el SII, para cuestionarlas posteriormente mediante la psicoeducación, el diálogo socrático y el uso de metáforas.

A continuación, se introducirá brevemente el concepto de evitación experiencial, como aquel proceso de naturaleza verbal, por el que se intentan evitar las propias vivencias desagradables (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales, tendencias de conducta). El objetivo es que el paciente tome consciencia de que las creencias que mantiene sobre la evitación, son las que la mantienen, ya que la considera como una forma efectiva de reducir el malestar a corto plazo, pero en realidad se retroalimenta, limitando considerablemente lo que la persona quiere hacer con su vida. Asimismo, se presentará la idea de que cuanto mayor es el intento por suprimir recuerdos, pensamientos y sensaciones, mayor presencia tienen estos y mayor afectación generan en las diversas áreas de la vida. Se finalizará la psicoeducación hablando de los efectos de la evitación, haciendo hincapié en la rumia o preocupación excesivas y en la rigidez conductual. Durante la psicoeducación, se hará uso del diálogo socrático, para generar la actitud de cuestionamiento sobre su propia conducta y se irá aportando información gradualmente, conforme el paciente vaya tomando consciencia de sus propias estrategias.

Para complementar la psicoeducación sobre la evitación experiencial se utilizará la “Metáfora del tigre hambriento” ([Véase Anexo 47](#)). La idea es que el paciente asimile que los repetidos esfuerzos por eliminar aquellos eventos privados aversivos, le conducen inevitablemente a un aumento de juicios negativos de esos eventos y provoca que, cuanto más se repiten, mayor esfuerzo se realiza para evitarlos. Tras tomar consciencia de los

peligros de la evitación experiencial, se planteará al paciente la posibilidad de abandonar el control y la evitación, ayudándole a considerar que quizá existe una alternativa real a la lucha contra aquello que le hace sufrir. Se le advertirá que la alternativa al control puede comenzar resultando ligeramente frustrante, ya que no será sencillo cambiar el patrón de funcionamiento y el convencimiento establecidos durante años de condicionamiento.

A continuación, se sugerirá al paciente que reflexione sobre el autoconocimiento que ha adquirido y se le animará a actuar con cautela, pidiéndole que por el momento no intente cambiar nada y que se limite a observar con calma las ideas y sentimientos que fluyen en su interior. Se realizará un entrenamiento en *Mindfulness*, explicando brevemente en qué consiste, la actitud que requiere por el practicante, la importancia de la postura, de la respiración, y se propondrá el Ejercicio: “¿Qué estás sintiendo justo ahora?” ([Véase Anexo 48](#)) y el Ejercicio: “La uva pasa” ([Véase Anexo 49](#)), con el objetivo de reforzar la importancia de centrar la mente en el momento presente. Antes de despedirle se le anticipará cómo en las próximas sesiones empezará a explorar la manera de aproximarse al dolor con el que ha estado luchando durante todo este tiempo.

Sesión 12: Intervención individual

Objetivo general

Desliteralizar el lenguaje del paciente de SII, debilitando el control que los pensamientos tienen sobre su conducta.

Objetivos específicos

- Tomar consciencia del poder del lenguaje y su influencia en el pensamiento.
- Desmantelar el lenguaje y sus funciones.
- Minimizar el valor de las palabras.
- Alterar la literalidad de las palabras.
- Reducir la fijación entre la palabra y la función.
- Tomar conciencia del problema que suponen los pensamientos.

- Aprender a observar los pensamientos desde fuera y no fusionarse con ellos.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con una psicoeducación sobre el lenguaje y su relación con los conceptos trabajados con anterioridad, la evitación y el sufrimiento que presentan los pacientes de SII. El paciente deberá reflexionar en cómo, en sesiones anteriores, ha tomado consciencia de los aspectos de su enfermedad que le hacen sufrir y de los esfuerzos que realiza para controlarlos. Además, se recordará como estos esfuerzos son una trampa realmente, a la que hemos puesto el nombre de evitación experiencial y sobre la que hemos cuestionado su utilidad para solucionar el malestar. Recordaremos la naturaleza verbal de esta trampa de la evitación y explicaremos cómo se construye debido a la forma de funcionamiento del lenguaje humano, especialmente cuando pensamiento y lenguaje se aplican a las experiencias privadas. Le pediremos al paciente que utilice un nombre inventado para nombrar a la evitación experiencial, con el fin de facilitar la comprensión y el acceso a dicho concepto en un lenguaje coloquial. Seguidamente, para ejemplificar cómo el lenguaje y, por ende, el pensamiento (las imágenes mentales que nos asaltan), nos llevan al sufrimiento, se trabajará el “Ejercicio de la Pieza de Música” ([Véase Anexo 50](#)).

En la segunda parte de la sesión se continuará la psicoeducación, introduciendo el concepto de fusión cognitiva. Para ello se describirá la función evolutiva que cumple nuestra mente mediante la producción de pensamientos. Se representará al pensamiento como una figura que se encuentra constantemente categorizando los acontecimientos que tienen lugar, relacionándolos con el análisis del pasado y predicciones futuras y evaluando lo que has conseguido o lo que deberías haber conseguido. Se hará hincapié en la naturaleza incontrolable de los pensamientos y cómo cuando tratamos de parar de pensar intencionalmente, lo que hacemos es dar lugar al siguiente pensamiento. Se trabajará la idea

de que las personas habitualmente nos tomamos nuestros pensamientos como verdades absolutas y, en el caso de las personas que sufren de SII, interpretan sus experiencias aversivas relacionadas con la enfermedad como realidades, de forma que terminan fusionándose con su concepto de “persona enferma” o con el sufrimiento que la enfermedad les genera. Puede resultar difícil para los pacientes comprender que su dolor no les define y que, en muchas ocasiones, su sufrimiento no es más que pensamientos producidos por la mente. Para representar esta idea se utilizará la “Metáfora de la radio siempre encendida” ([Véase el Anexo 51](#)). El último punto de la psicoeducación se centrará en enlazar la idea de fusión cognitiva como la causa de la evitación experiencial. El objetivo es que el paciente interiorice que, si mantiene un diálogo interno catastrofista, empoderando sus pensamientos negativos, es muy probable que acabe fusionándose con dichas ideas. La consecuencia es que se encontraría reviviéndolas constantemente y convirtiéndose en su enfermedad, aumentando la probabilidad de querer evitar cualquier aspecto relacionado con la misma.

Para finalizar la sesión, se llevará a cabo el Ejercicio: “Contemplando el tren de la mente” ([Véase Anexo 52](#)), como una forma de introducir las habilidades que se pondrán en práctica en las próximas sesiones y que buscarán un cambio de perspectiva que permita observar los pensamientos sin enredarse en ellos y sin luchar.

Sesión 13: Intervención individual

Objetivo general

Fomentar la toma de perspectiva permitiendo diferenciar el “Yo como contenido” y el “Yo como contexto”.

Objetivos específicos

- Mejorar el nivel de conciencia por medio de la atención plena y la autoobservación.
- Identificar las principales creencias disfuncionales, sesgos e ideas erróneas que presentan los pacientes de SII.
- Identificar y comprender las principales emociones y conductas derivadas de los patrones de pensamiento disfuncionales, de los sesgos cognitivos y de las creencias erróneas.

- Fomentar la toma de perspectiva de la propia vida y la aceptación de los eventos psicológicos privados aversivos como elementos externos a la persona, mediante la defusión cognitiva.
- Reestructurar los patrones de pensamiento disfuncionales del SII mediante la toma de perspectiva.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Autorregistro
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Ejercicio experiencial
- Mindfulness

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará mediante el recuerdo del Ejercicio: “Contemplando el tren de la mente” realizado en los últimos minutos de la sesión anterior. El objetivo es que la persona tome consciencia de que su “Yo” (la construcción verbal de su identidad), es el centro desde el que debe actuar, diferenciándose de sus propias emociones, pensamientos o recuerdos. Se buscará mediante el cuestionamiento basado en el diálogo socrático y la escucha activa, crear en la persona un sentido de identidad que vaya más allá de los estados transitorios que pueda estar atravesando en ese momento. Para ejemplificar esta idea se hará uso de la “Metáfora del Tablero de Ajedrez” ([Véase Anexo 53](#))

Una vez introducido el concepto de toma de perspectiva y de hacerse consciente de que el paciente es el contexto en el que suceden los eventos privados aversivos y, para reforzar esta idea, se practicará el “Ejercicio del Observador” ([Véase Anexo 54](#)).

La sesión continuará con la práctica de la “Meditación del Aquí y el Ahora” mediante la visualización y escucha de un vídeo de meditación guiada ([Véase el Anexo 55](#)), como una herramienta para que el paciente desarrolle una actitud de autoobservación y que focalice su

atención plena en el momento presente.

Para finalizar la sesión, se pedirá al paciente que la próxima semana recupere su Ejercicio: “Autorregistro Funcional”, y que esta vez, haga especial hincapié en anotar aquellos pensamientos relacionados con el SII que le generan malestar y los traiga registrados para la próxima sesión.

Sesión 14: Intervención individual

Objetivo general

Continuar con la toma de perspectiva, permitiendo diferenciar el “Yo como contenido” del “Yo como contexto”.

Objetivos específicos

- Mejorar el nivel de conciencia por medio de la atención plena y la autoobservación.
- Identificar las principales creencias disfuncionales, sesgos e ideas erróneas que presentan los pacientes de SII.
- Identificar y comprender las principales emociones y conductas derivadas de los patrones de pensamiento disfuncionales, de los sesgos cognitivos y de las creencias erróneas.
- Fomentar la toma de perspectiva de la propia vida y la aceptación de los eventos psicológicos privados aversivos como elementos externos a la persona, mediante la defusión cognitiva.
- Reestructurar los patrones de pensamiento disfuncionales del SII mediante la toma de perspectiva.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Autorregistro
- Diálogo socrático

- Metáfora
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará realizando una revisión del Ejercicio: “Autorregistro Funcional de Pensamiento”, en el que el paciente deberá haber anotado todos aquellos pensamientos relativos a su enfermedad que le preocupan, que le asaltan, que intenta controlar y, por ende, le generan sufrimiento. Para que el paciente analice el contenido y la forma de dichos pensamientos se realizará el Ejercicio: “Hojas Flotando en la Corriente” ([Véase Anexo 56](#)).

A continuación, para ayudar al paciente a tomar consciencia de las manifestaciones que hace su mente sobre sí mismo como enfermo de SII y que las toma como verdades literales, se realizará el Ejercicio: “Considerando tus Autoconceptualizaciones” ([Véase el Anexo 57](#)) con el objetivo de que el paciente descubra cómo éstas favorecen su rigidez psíquica y que se cuestione su verdadera identidad.

Una vez definidas las auto verbalizaciones que realiza el paciente sobre sí mismo, se procederá con el Ejercicio Experiencial: “Yo no soy eso” ([Véase el Anexo 58](#)), para ayudar a los pacientes a diferenciarse de lo “objetos” observados (creencias sobre la enfermedad, sesgo de catastrofización, emociones asociadas el diagnóstico, preocupaciones, expectativas y miedos que surgen a raíz de la enfermedad). La sesión finalizará con un diálogo en el que el terapeuta cuestiona al paciente si se siente identificado con todas aquellas autoconceptualizaciones que verbalizó en el ejercicio anterior, e introduciendo la cuestión de que, si realmente no es todas esas cosas ¿quién es realmente? Se le anticipará que la pregunta la responderá en las siguientes sesiones.

Sesión 15: Intervención grupal

Objetivo general

Adquirir conocimientos sobre pautas de alimentación adecuadas para el SII y de los riesgos que suponen las conductas alimentarias inadecuadas.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos sobre alimentación en SII y las principales dietas que

respalda la evidencia.

- Adquirir conocimientos sobre conductas alimentarias inadecuadas y los signos de alarma de TCA.
- Conocer los diferentes tipos de TCA y sus características.
- Aprender estrategias para la adherencia a la intervención dietética.
- Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza
- Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales
- Fomentar la atención plena en el momento presente.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Compartir experiencias
- Mindfulness

Desarrollo de la sesión

La sesión la comenzará el nutricionista, realizando una formación sobre educación nutricional y dieta para pacientes de SII, específica para el subtipo presentado en cada grupo. Se les informará de los principios básicos de una dieta adecuada para el manejo del SII y la importancia de identificar alimentos que desencadenan o alivian los síntomas. A continuación, el dietista expondrá las principales dietas que la evidencia científica avala como eficaces para mejorar el manejo de los síntomas gastrointestinales del SII. Al finalizar esta parte se ofrecerá un espacio abierto para que los pacientes relaten sus experiencias o para que realicen sus preguntas.

En la segunda parte de la sesión, el psicólogo procederá a realizar una psicoeducación por parte del sobre los peligros de las dietas no controladas por un profesional, poniendo énfasis en las conductas alimentarias inadecuadas y el riesgo que suponen de desarrollar deficiencias nutricionales o un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Además, se identificarán aquellos comportamientos alimentarios inadecuados que pueden exacerbar los

síntomas de SII (abstinencia alimentaria, atracones, rumiación). Se procederá a describir e informar de los diferentes tipos de TCA existente, realizando una descripción pormenorizada de sus características y diferencias, así como su relación con el SII.

Para continuar la ponencia, propondrán diferentes estrategias prácticas para mejorar la adherencia al tratamiento basado en la dieta. Se abordarán las barreras psicológicas y obstáculos habituales que presentan los pacientes de SII en función del subtipo presentado (ansiedad por consumir determinados alimentos, catastrofización, limitación excesiva del rango de alimentos consumido por miedo a que desencadenen los síntomas) y cómo esto afecta a su calidad de vida, reduciendo la cantidad de actividades relacionadas con la alimentación realizadas.

Para finalizar la sesión, se llevará cabo el Ejercicio: “Simplemente, sentarse” ([Véase el Anexo 59](#)), mediante el cual los participantes podrán practicar la “acción de sentarse”, desde un enfoque de atención plena, con una actitud de observación del momento presente, de sus características y sucesos. El objetivo es permanecer en contacto con el “Yo observador” y ver focalizarse en cualquier cosa que suceda en ese espacio de tiempo. Tras practicarlo en sesión, se solicitará a los pacientes que lo introduzcan en su día a día y que practiquen en casa o en el trabajo, para profundizar la meditación en la siguiente sesión.

Sesión 16: Intervención individual

Objetivo general

Profundizar en la adquisición de técnicas de atención plena “*Mindfulness*”, que permitan al paciente de SII vivir aquí y ahora, promoviendo la aceptación y la flexibilidad psicológica.

Objetivos específicos

- Renunciar al control de la experiencia.
- Desarrollar una actitud de observación de la experiencia, sin valorarla, aceptándola tal y cómo se da.
- Aprender a centrarse intencionalmente en el presente.
- Explorar el malestar físico y psicológico ocasionado por los síntomas de SII, sin tratar

de reducirlo o controlarlo.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Ejercicio experiencial
- Mindfulness

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con una psicoeducación sobre *Mindfulness*, en la que se describirán sus principales características: es considerada un tipo de meditación herencia filosófica de la cultura oriental, basada en la aceptación radical, sin emitir juicios o valores (contemplativa), se centra intencionalmente en el presente eligiendo las experiencias, renunciando al control directo sobre ellas, permitiendo a los pacientes experimentar el malestar sin rehuirlo, sin tratar de reducirlo o controlarlo (Vargas, 2023). Se explicará al paciente que es una técnica que carece de carácter verbal, presentando un referente emocional y sensorial. También puede entenderse como un constructo de personalidad (centrarse en el presente como una característica intrínseca de la identidad). Se considera a su vez, como una técnica y un componente de las terapias contextuales, entre las que se encuentra la ACT.

Tras introducir el concepto, se procederá a dar indicaciones generales para la práctica del *Mindfulness*, comenzando por generar previamente un espacio de tranquilidad, adoptar una postura que favorezca la meditación, realizar respiraciones de forma controlada, focalizar la atención en los eventos que suceden en el propio cuerpo, centrarse en los eventos privados de un carácter más abstracto, sin juzgarlos, sin valorarlos, sólo permitiendo que ocurran con una actitud de aceptación, para posteriormente retomar la respiración de forma controlada.

Una vez expuestos los principios del *Mindfulness*, se comenzará la práctica de diferentes técnicas de meditación basadas en esta corriente. Se utilizará la práctica de la “Meditación del cuerpo o *Body Scan*” ([Véase el Anexo 60](#)), teniendo en cuenta que, al presentar síntomas gastrointestinales, dolor y distensión abdominal, en estos pacientes el

escaneo del abdomen o de los órganos digestivos, puede generar un efecto contraproducente. Por tanto, será necesario monitorear la experiencia del paciente durante la meditación, solicitando el *feedback* durante la misma y reconduciendo el foco atencional a otras partes del cuerpo en caso de que aumente los niveles de ansiedad. Si el paciente es capaz de tolerarlo, se pondrá el foco en todas esas sensaciones viscerales, en la ansiedad que generan y se le pedirá que las observe sin juzgarlas, dejándolas ser, con una actitud contemplativa y sin pretender controlarlas o reducirlas. Esta práctica puede servir como una técnica de exposición y habituación a la sintomatología gastrointestinal presentada por los pacientes de SII. Para complementar el trabajo realizado con la ansiedad gastrointestinal se utilizará la “Metáfora del Invitado Indeseado” ([Véase el Anexo 61](#)).

Para finalizar la sesión, se procederá a explicar la técnica “Comer conscientemente” ([Véase el Anexo 62](#)), con el fin de que los pacientes de SII desarrollen una actitud más flexible que les permita disfrutar del proceso de alimentación, centrándose en la experiencia misma y dejando de lado todas aquellas preocupaciones que la suelen acompañar.

Sesión 17: Intervención individual

Objetivo general

Identificar, clarificar y promover los valores de la persona, definiendo lo que es verdaderamente importante en su vida.

Objetivos específicos

- Aprender qué son los valores, que no son y cómo dan un sentido a nuestra vida.
- Identificar y articular los valores que consideran valiosos para su vida.
- Reflexionar sobre cómo los valores influyen en las decisiones y en el bienestar.
- Definir metas vitales específicas en base a los valores identificados.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático

- Metáfora
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará introduciendo el concepto de valores mediante la “Metáfora del Jardín” ([Véase Anexo 63](#)). Se realizará una breve psicoeducación explicando qué son, qué no son (diferenciarlos de las presiones sociales y comunitarias) y cómo dan un sentido a nuestra vida dándole dirección y significado. Se establecerá la diferencia entre valores, metas, sentimientos y resultados. Se expondrán ejemplos de valores habituales (honestidad, responsabilidad...) Se pedirá al paciente que se auto examine y que valore si el dolor que siente se debe a su ansiedad, depresión, síntomas físicos, sensaciones corporales, recuerdos, tristeza, y demás; o si el dolor proviene realmente de no estar viviendo su vida tal y como le gustaría. El objetivo es que el paciente comprenda que, aunque los ejercicios de defusión, concienciación y aceptación que ha realizado son útiles por sí mismos, es necesario aplicarlos para lograr vivir una vida significativa alineada con sus valores personales.

Para ayudar al paciente a identificar sus valores personales significativos se empleará el Ejercicio: “¿Para qué quieres tu vida?” ([Véase el Anexo 64](#)). Para continuar con este trabajo se realiza el Ejercicio: “La rueda de la vida” ([Véase Anexo 65](#)), evaluando en qué medida sus comportamientos actuales reflejan sus valores, señalando y discutiendo sobre las congruencias y discrepancias. A partir de este ejercicio los pacientes reflexionan y confeccionan una lista de los valores que consideran importantes, compartiéndolos con el terapeuta y explicando su importancia.

Para finalizar la sesión, se emplazará al paciente a continuar el trabajo sobre los valores y el compromiso a vivir una vida alineada con los mismos en casa, solicitándole que reflexione durante la semana sobre aquellos aspectos que considere valiosos y que elabore una lista alternativa enumerándolos para la próxima sesión.

Sesión 18: Intervención individual

Objetivo general

Lograr que los pacientes se comprometan a vivir una vida alineada con sus valores personales, integrando las estrategias de manejo del SII aprendidas durante la terapia.

Objetivos específicos

- Evaluar la congruencia entre los valores identificados y los comportamientos actuales de evitación y control, relativos al SII.
- Definir las acciones que pueden ser útiles para lograr las metas establecidas anteriormente.
- Desarrollar un plan de acciones específico, encaminado a mejorar el manejo del SII y a vivir una vida alineada con los valores personales identificados.
- Valorar las conclusiones y decisiones a las que llega el paciente sobre la terapia.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará revisando la lista de valores y reflexiones de la sesión previa. Se discutirán los valores personales previamente identificados, reforzando su importancia y relevancia. Posteriormente se evaluará como los comportamientos actuales en relación al manejo del SII, se alinean o no con los valores personales. En base a su congruencia o discrepancia se plantearán nuevas metas y se planificarán nuevas estrategias para el manejo del SII basadas en las técnicas de ACT (aceptación, consciencia, defusión cognitiva, toma de perspectiva, diferenciación del yo). Se establecerán metas claras y específicas, que sean realistas, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo determinado. El objetivo es que el paciente elabore un plan de acción detallado, que incluya objetivos, estrategias, pasos concretos y acciones específicas para que se comprometa a vivir una vida alineada con sus valores. La persona deberá interiorizar el concepto de que, la ACT, se basa en conseguir comprometerse a realizar las acciones que vayan alineadas con sus valores, no *a pesar* del dolor (que es una expresión que implica lucha), sino *con* su dolor. Para reforzar esta idea se

utilizará la “Metáfora del ancla en la tormenta” ([Véase el Anexo 66](#)), con el objetivo de que el paciente perciba sus valores como un anclaje para mantenerse firme en su camino, incluso en sus peores momentos.

La sesión continuará con una psicoeducación sobre la disposición, el compromiso y la toma de acción. Se explicará al paciente que ninguna de las estrategias ACT que ha aprendido servirá de nada si es capaz de ponerla en práctica mediante la acción, se resaltarán la importancia de establecer metas u objetivos específicos, tanto a corto, como a largo plazo. Se hará hincapié en que dichas metas deberán ser prácticas, realistas, alcanzables y asequibles en su situación actual. Se describirá como las metas a largo plazo hay que fragmentarlas en pasos más pequeños para facilitar su consecución. A continuación, se planteará la necesidad de pasar a la acción para conseguir sus objetivos desarrollando un plan de acciones específicas, resaltando que dichas acciones deben estar bien definidas, deben tener un principio y un fin, una forma determinada y contexto específico. Además, deberán incluirse acciones que puedan comenzarse en el momento presente, así como los pasos adicionales necesarios para llevarlas a buen término. La psicoeducación continuará exponiendo la posibilidad de aparición de potenciales barreras u obstáculos a la toma de acción (de nuevo evitación experiencial, control, miedos, pensamientos negativos etc.) y se reforzará la idea de mantenerse comprometido con las metas. Para ilustrar este aspecto, se utilizará una breve metáfora llamada “La Brújula de la Vida”, en la que los valores representan una brújula que marca la dirección de nuestra vida, las metas u objetivos representan el mapa que nos conduce en la dirección deseada y los pasos que damos representan las acciones específicas necesarias para lograr dichas metas.

Para trabajar los aspectos presentados durante la psicoeducación se propondrá el Ejercicio: “Muchos mapas para distintos viajes” ([Véase el Anexo 67](#)). En éste el paciente deberá identificar uno por uno sus valores y trabajarlos de forma individual. Una vez identifique un valor significativo para su vida, deberá plantear los objetivos que debe alcanzar para vivir una vida alineada con dicho valor, así como las acciones específicas que deberá realizar, las posibles barreras u obstáculos que puede encontrar en el camino y las estrategias que puede utilizar para continuar nuestro camino “con” y no “a pesar de” las barreras presentadas. Esta actividad deberá continuarla durante toda la fase de seguimiento e implementarla en su vida diaria. Se le recordará que, en caso de no ser capaz de desarrollar estrategias eficaces para superar las barreras presentadas durante la toma de acción, podrá

solicitar apoyo al terapeuta durante el seguimiento telefónico, o en las sesiones presenciales u online posteriores.

La sesión finalizará se realizará un breve resumen de los puntos clave discutidos durante la sesión, así como aquellos aspectos clave que deberá tener cuenta durante la fase de seguimiento, se solicitará el *feedback* de los aspectos trabajados y se agradecerá y despedirá al paciente, acordando la siguiente sesión programada.

Sesión 19: Intervención grupal

Objetivo general

Preparar a los participantes para la transición a la fase de seguimiento, desarrollando un plan de acción específico y dotándolos de estrategias para la prevención de recaídas.

Objetivos específicos

- Conocer el objetivo y estructura de la fase de seguimiento.
- Enseñar técnicas y estrategias efectivas para la prevención de recaídas.
- Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza.
- Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales.
- Reflexionar sobre el proceso terapéutico e intercambiar experiencias.
- Proporcionar una conclusión positiva y significativa del trabajo grupal realizado.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Metáfora
- Compartir experiencias

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará con una introducción a la fase de seguimiento en la que se explicará su propósito y la estructura que va a seguir. Se ofrecerán detalles sobre las sesiones de seguimiento, su frecuencia y formato. Se resolverán las dudas que presenten los pacientes y se clarificarán las expectativas mediante el diálogo socrático y la escucha activa.

Se continuará la sesión con una psicoeducación en estrategias para la prevención de recaídas, informando a los pacientes sobre señales de advertencia y factores de riesgo, técnicas de manejo de situaciones de riesgo, se recordarán las estrategias de afrontamiento aprendidas durante la intervención y estrategias de planificación anticipada de las recaídas. Se realizará una actividad grupal en la que cada participante deberá elaborar su plan de prevención de recaídas personalizado en base a la información aportada anteriormente por el terapeuta. Se entregará a su vez, un diario personal de seguimiento para que los pacientes registren su progreso y reflexiones.

Seguidamente, se realizará una puesta en común por parte de los participantes que lo deseen de sus experiencias del proceso terapéutico. Se realizará una dinámica de grupo en la que cada participante compartirá su experiencia y aprendizajes, facilitando una discusión sobre los puntos en común y aprendizajes colectivos. Esta actividad servirá como una retroalimentación entre los participantes, para fortalecer su apoyo mutuo y la cohesión del grupo. Para reforzar la confianza de los pacientes, se utilizará la “Metáfora del farol en la niebla” ([Véase el Anexo 68](#)), cuyo objetivo es que tomen conciencia de la importancia de continuar el proceso terapéutico cuando les asalten las dudas. Se recordará el nuevo papel que cumplen los valores en su vida como guía para los momentos difíciles.

La sesión finalizará con la despedida del grupo de trabajo, celebrando los logros individuales y colectivos, reconociendo el esfuerzo y progreso de cada participante y reforzando el compromiso con los cambios logrados.

Sesión individual 20 y 21: Evaluación psicológica post-tratamiento

Objetivo general

Llevar a cabo la evaluación psicológica post-intervención justo al finalizar la fase de intervención para valorar la efectividad del programa a corto plazo y determinar si se ha logrado suscitar un cambio terapéutico en las variables dependientes de interés.

Objetivos específicos

- Recordar cómo administrar los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica administrados en la fase de evaluación pre-intervención.
- Recoger información de carácter cuantitativo y cualitativo durante el proceso de evaluación.
- Evaluar la continuidad de la flexibilidad psicológica lograda durante la intervención.
- Monitorear el estado emocional y la calidad de vida.
- Evaluar cambios en la sintomatología gastrointestinal del SII y la sintomatología ansioso-depresiva.
- Monitorizar si el paciente puede presentar algún sesgo, como el sesgo de aprendizaje por repetición de las pruebas.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Evaluación psicométrica
- Diálogo socrático
- Validación emocional

Desarrollo de la sesión

Justo al finalizar la intervención, se citará a los pacientes para tomar una medida de evaluación posterior al tratamiento. Se volverá a administrar el mismo protocolo de evaluación empleado en las fases de evaluación pre y post intervención, incluyendo esta vez la BDI-II y el STAI en esta fase. Se explicará de nuevo el protocolo de evaluación con un lenguaje sencillo y accesible, motivando al paciente durante la realización de las pruebas, apoyándole y validando cualquier emoción que exprese durante el proceso. Además de la información cuantitativa que se recogerá durante la administración de las pruebas, el terapeuta evaluará las conductas del paciente durante la realización de las pruebas y recogerá información de carácter cualitativo. Así mismo, se evaluará también cualquier posible sesgo

que se haya podido desarrollar durante el proceso y se monitorizará al paciente durante las pruebas para evaluar si ha podido desarrollar un sesgo de aprendizaje por repetición de los instrumentos empleados.

Durante esta fase de evaluación se administrarán los siguientes instrumentos: IBS-AAQ, BEAQ, CFQ, BAFT, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-QOL, IBS-SSS, BDI-II y STAI. De nuevo, la evaluación se dividirá en 2 sesiones:

- **Sesión 20:** IBS-QOL, BEAQ, CFQ, BAFT y STAI.
- **Sesión 21:** IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II.

Al finalizar, se agradecerá la participación, el esfuerzo realizado y se le pedirá el *feedback* sobre cómo se ha sentido durante las pruebas. Por último, se citará al paciente para la siguiente sesión en la que se le hará entrega de un informe con los resultados de la evaluación pre y post intervención, así como la interpretación de los mismos.

Sesión 22: Devolución de resultados

Objetivo general

Devolver los resultados obtenidos en la evaluación post-intervención, entregar un informe personalizado a cada paciente y reajustar los objetivos para la fase de seguimiento.

Objetivos específicos

- Devolver los resultados de la evaluación post-intervención.
- Entregar un informe detallado que resuma sus evaluaciones, los avances y recomendaciones de cara al futuro.
- Asegurarse de que los pacientes comprenden el contenido del informe y que resuelven sus dudas.
- Reajustar los objetivos de la intervención de cara a la fase de seguimiento.
- Adaptar el plan de mantenimiento y prevención de recaídas en base a los puntos fuertes y áreas a mejorar de cada paciente.

- Brindar apoyo emocional y motivacional.

Técnicas a emplear

- Devolución e interpretación de resultados
- Diálogo socrático
- Validación emocional
- Ajuste de objetivos

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará dando la bienvenida al paciente y explicando los objetivos de la sesión. Seguidamente, se procederá a la devolución de los resultados y entrega del informe. Se presentarán los resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención y se contrastarán con los obtenidos en la evaluación post-intervención. Se valorarán los cambios producidos en las variables dependientes de interés: cambios en los niveles de calidad de vida, cambios en la flexibilidad cognitiva y los componentes de la ACT, cambios en el estado emocional, cambios en la sintomatología gastrointestinal del SII y en la sintomatología ansioso-depresiva. Se revisará detalladamente el informe, resaltando los progresos y áreas de mejora, permitiendo al paciente preguntar cualquier duda que le surja al respecto.

Posteriormente y en base a los resultados obtenidos, se realizará un reajuste de los objetivos de intervención para la fase de seguimiento. Se evaluarán los objetivos iniciales, se discutirán los objetivos alcanzados y los que requieren un mayor esfuerzo, reformulándolos para trabajarlos en la fase de seguimiento. Se identificarán nuevas metas específicas para cada paciente, con expectativas realistas y alcanzables. Se realizarán también adaptaciones al plan de mantenimiento personalizado basado en la práctica de los componentes de la ACT, identificación de señales de alerta y estrategias para el manejo de las recaídas, que buscará extrapolar los aprendizajes de la intervención a la vida cotidiana de los pacientes.

Para finalizar la sesión se brindará apoyo emocional, motivando a los pacientes y reafirmando su compromiso con el cambio terapéutico que les acercará a vivir una vida más alineada con sus valores personales. Antes de despedirse, se recordará que se llevará a cabo un seguimiento por vía telefónica 1 mes después de haber finalizado la sesión y se aclarará

que en caso de que el paciente necesite hablar antes, el terapeuta se encontraría disponible para resolver cualquier duda o ayudarlo con cualquier dificultad que se le presente.

Sesiones 23 y 24: Seguimiento telefónico

Objetivo general

Monitorear el progreso del paciente después de la intervención, evaluando la continuidad de las mejoras y proporcionando apoyo adicional si es necesario.

Objetivo específico

- Evaluar la persistencia de los progresos.
- Reforzar las habilidades y estrategias aprendidas.
- Identificar y ayudar a manejar las posibles dificultades.
- Ajustar el plan de mantenimiento a las dificultades encontradas.
- Proporcionar apoyo emocional.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Preguntas de sondeo
- Diálogo socrático
- Validación emocional

Desarrollo de la sesión

La sesión consistirá en una llamada telefónica con una duración de unos 15-20 minutos. Se comenzará saludando al paciente, se explicará el propósito de la llamada y se verificará que es un buen momento para hablar. En caso de que no lo sea, se propondrá otra fecha y otro horario para realizarla. La llamada se continuará realizando una evaluación del estado actual del paciente haciendo preguntas sobre el estado de sus síntomas de SII y el bienestar emocional. Ejemplo de preguntas: “¿Cómo han estado tus síntomas

gastrointestinales durante este último mes?” “¿Has notado alguna mejoría o empeoramiento de la ansiedad?”.

El siguiente paso será recordar brevemente las técnicas de ACT aprendidas, como la atención plena, defusión y la aceptación. Ejemplo de pregunta: “¿Has utilizado las técnicas de *Mindfulness* aprendidas?” “¿Has puesto en práctica la aceptación de las experiencias desagradables?”.

Seguidamente, se procederá a identificar las dificultades que ha podido encontrarse el paciente durante la aplicación de las estrategias y técnicas aprendidas en la intervención. Para ello se preguntará directamente por las dificultades o recaídas, se discutirán las posibles soluciones o ajustes necesarios para dichas estrategias. Ejemplo de pregunta: ¿Has tenido alguna dificultad para mantener las prácticas de la ACT?” “¿Cómo crees podemos ajustar el plan para ayudarte?”.

Una vez se han repasado las técnicas de ACT e identificado las posibles dificultades, se procederá a ajustar el plan de mantenimiento, revisándolo y haciendo cambios según sea necesario, estableciendo nuevos objetivos si fuera pertinente. Ejemplo de pregunta: “¿Hay algo que te gustaría cambiar o añadir a tu plan de mantenimiento?”.

Para finalizar la llamada, se brindarían palabras de apoyo y motivación, reforzando la importancia de continuar con la práctica de la ACT y manteniendo el compromiso con el tratamiento.

Sesión 25 y 26: Recuerdo presencial y online

Objetivo general

Evaluar el progreso del paciente en relación a los objetivos marcados para el seguimiento y proporcionar el apoyo adicional que sea necesario.

Objetivos específicos

- Identificar posibles cambios en el estado emocional.
- Evaluar los avances logrados y si estos se han mantenido en el tiempo.
- Proporcionar *feedback* personalizado.

- Reforzar las habilidades adquiridas durante la terapia.
- Identificar factores de riesgo que pueden desencadenar recaídas.
- Explorar y abordar nuevos desafíos o metas que se hayan presentado.
- Reformular nuevos objetivos y plantear nuevas estrategias para alcanzarlos.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación de repaso
- Autorregistro
- Diálogo socrático
- Validación emocional

Desarrollo de la sesión

La sesión presencial comenzará revisando el progreso de los participantes en su diario de seguimiento, compartiendo sus logros y dificultades encontradas. Se revisarán los objetivos personales y del programa, identificando posibles nuevos desafíos y obstáculos encontrados. Se discutirán las posibles soluciones o estrategias para superarlos.

Posteriormente se proporcionará *feedback* personalizado a cada paciente y se brindará el apoyo en las áreas o en aquellos aspectos que se identifiquen como relevantes para la persona. Además, se reforzarán todos aquellos logros obtenidos con el fin de promover la motivación y el compromiso con el programa. Se hará un breve resumen de los puntos clave y sobre los próximos pasos.

La sesión terminará con una ronda de preguntas y respuestas con el objetivo de resolver cualquier duda que pueda presentar el paciente.

Por otro lado, la sesión online los participantes compartirán sus experiencias desde la última sesión de seguimiento presencial. Se discutirá la implementación de estrategias y la sostenibilidad de los cambios logrados. Se identificarán nuevos desafíos, cambios de circunstancias o dificultades encontradas ante las estrategias propuestas en la sesión anterior. A continuación, el terapeuta presentará recursos adicionales y se consensuará junto al

paciente las nuevas estrategias para abordar los retos actuales. Se finalizará la sesión, resolviendo cualquier duda que presente el paciente y solicitando su *feedback* sobre la efectividad del programa hasta el momento y sugerencias de mejora para el mismo.

Sesión 27 y 28: Evaluación de seguimiento

Objetivo general

Llevar a cabo la evaluación psicológica de seguimiento tras 12 meses de haber finalizado el proceso terapéutico para valorar la efectividad del programa a largo plazo y determinar la persistencia de los cambios terapéuticos suscitados durante la intervención.

Objetivos específicos

- Administrar los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica planteados para la fase de seguimiento.
- Recoger información de carácter cuantitativo y cualitativo durante el proceso de evaluación.
- Evaluar la continuidad de la flexibilidad psicológica lograda durante la intervención.
- Monitorear el estado emocional y la calidad de vida.
- Evaluar cambios en la sintomatología gastrointestinal del SII y la sintomatología ansioso-depresiva.
- Monitorizar si el paciente puede presentar algún sesgo, como el sesgo de aprendizaje por repetición de las pruebas.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Evaluación psicométrica
- Diálogo socrático
- Validación emocional

Desarrollo de la sesión

Tras 6 meses desde la última sesión de recuerdo y tras 12 meses de haber finalizado la intervención, se contactará por vía telefónica y por correo electrónico con los pacientes para recordarles que deben acudir para realizar la fase final de evaluación de seguimiento.

La sesión comenzará con un repaso de los últimos 6 meses en los que no se ha tenido contacto con el paciente, solicitando *feedback* sobre su experiencia manejando los síntomas del SII y la comorbilidad psicológica mediante las estrategias y herramientas aprendidas durante la terapia. Seguidamente, se volverá a administrar el mismo protocolo de evaluación empleado en las fases de evaluación pre y post intervención. Se explicará de nuevo el protocolo de evaluación con un lenguaje sencillo y accesible, motivando al paciente durante la realización de las pruebas, apoyándole y validando cualquier emoción que exprese durante el proceso. Además de la información cuantitativa que se recogerá durante la administración de las pruebas, el terapeuta evaluará las conductas del paciente durante la realización de las pruebas y recogerá información de carácter cualitativo. Así mismo, se evaluará también cualquier posible sesgo que se haya podido desarrollar durante el proceso y se monitorizará al paciente durante las pruebas para evaluar si ha podido desarrollar un sesgo de aprendizaje por repetición de los instrumentos empleados.

Durante esta fase de evaluación se administrarán los siguientes instrumentos: IBS-AAQ, BEAQ, CFQ, BAFT, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-QOL, IBS-SSS, BDI-II y STAI. De nuevo, la evaluación se dividirá en 2 sesiones:

- **Sesión 27:** IBS-QOL, BEAQ, CFQ, BAFT y STAI.
- **Sesión 28:** IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II.

Al finalizar, se agradecerá la participación, el esfuerzo realizado y se le pedirá el *feedback* sobre cómo se ha sentido durante las pruebas. Por último, se citará al paciente para una sesión final en la que se le hará entrega de un informe final con los resultados de las diferentes fases de evaluación y el análisis de los datos.

Sesión 29: Cierre del proceso terapéutico

Objetivo general

Cerrar el proceso terapéutico de manera efectiva, proporcionando al paciente una comprensión clara de su progreso y reforzar el plan para mantener los logros alcanzados.

Objetivos específicos

- Devolver los resultados y entregar el informe final.
- Asegurarse de que los pacientes comprenden el contenido del informe y que resuelven sus dudas.
- Reforzar las habilidades aprendidas.
- Recordar el plan de mantenimiento y prevención de recaídas.
- Cerrar el proceso terapéutico, agradecer y despedirse.

Técnicas a emplear

- Psicoeducación
- Diálogo socrático
- Validación emocional
- Ejercicio experiencial

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzará presentando y explicando los resultados obtenidos durante las 3 fases de evaluación, así como la comparación entre las diferentes medidas, su interpretación y valoración. Para ello se hará entrega de un informe final en el que se detalle de forma resumida sus evaluaciones, los avances conseguidos, puntos fuertes y áreas de mejora y las recomendaciones de cara al futuro. Se realizarán preguntas al paciente para asegurarse de que comprende el contenido y el significado de la información recogida en el informe y se le permitirá que realice las preguntas que considere necesarias.

Una vez trabajado el informe, se hará un breve repaso de los contenidos aprendidos durante la intervención, repasando las técnicas y estrategias aportadas por la ACT para el manejo de la sintomatología psicológica asociada al SII, destacando las más efectivas y pertinentes para cada paciente. Se discutirá si ha logrado integrar estas habilidades en su vida diaria con éxito durante la fase de seguimiento, se resolverán dudas y realizarán las adaptaciones necesarias para que las integre con éxito a largo plazo. Por último, se hará un breve repaso del plan personalizado para el mantenimiento de los logros e identificando las posibles señales de alerta y las estrategias más efectivas para el manejo de las posibles recaídas.

Para finalizar la sesión y cerrar el proceso terapéutico realizará el Ejercicio: “Carta para la persona que fui” ([Véase Anexo 69](#)), en el que el paciente deberá escribir una carta para la persona que era antes de comenzar la terapia. El contenido de la carta deberá incluir una descripción de la persona que era, la persona en quién se ha convertido, las dificultades que ha atravesado y las estrategias que ha seguido para lograr superarlas. La carta será un recordatorio y un agradecimiento a sí mismo, por el esfuerzo invertido en cuidarse y en mejorar su calidad de vida. Tras realizar la actividad, se buscará facilitar un cierre emocional adecuado, permitiendo al paciente expresar sus sentimientos sobre el final del proceso, agradeciendo la participación y reconociendo sus esfuerzos y logros.

5. Conclusiones

En el presente trabajo se ha elaborado una propuesta de intervención para abordar la inflexibilidad psicológica que presentan los adultos diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable (SII), con el fin de mejorar su calidad de vida. Esta propuesta se considera necesaria debido a que, la revisión de la literatura científica en el ámbito del SII, destaca que las principales terapias psicológicas utilizadas para su tratamiento se centran en modificar o eliminar los síntomas (Farmer, Wood, y Ruffle, 2020; Weaver, Melkus, y Henderson, 2017), evidenciando la escasez de enfoques específicos que aborden esta problemática desde una perspectiva de aceptación de la enfermedad.

Tal y como refleja la literatura, el SII es un trastorno crónico persistente, con carácter limitante, que se retroalimenta de las estrategias de evitación y control, llevadas a cabo para huir del malestar físico, el sufrimiento emocional y la ansiedad (Lacy et al., 2021; Organización Mundial de Gastroenterología, 2015). Por este motivo se propone una intervención psicológica mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); cuyo objetivo es debilitar las patrones de funcionamiento de estas personas, cronificados por las contingencias y sus contextos verbales, aumentando la flexibilidad psicológica (entendida desde un enfoque contextual); sustituyendo progresivamente las conductas de evitación y control por conductas de exposición y aceptación, alejando la mente del pasado/futuro y centrando la atención en el momento presente. De esta forma, se busca que los pacientes tomen conciencia del grado de fusión cognitiva que presentan, desarrollando la capacidad de observar sus experiencias internas aversivas sin inundarse de ellas, adoptando una actitud de observadores externos de sus propios procesos, tomando perspectiva de los mismos y cuestionando si sus conductas les acercan o les alejan de los valores que para ellos son significativos. El fin último de este proceso es que los pacientes de SII se comprometan a llevar a cabo las acciones que estén alineadas con sus valores, ampliando su repertorio conductual hacia conductas más flexibles y permitiéndose vivir la vida que desean, en lugar de resignarse a vivir una vida repleta de limitaciones autoimpuestas que afectan significativamente a su calidad de vida.

Los casos de SII parecen estar aumentando con el paso del tiempo, como resultado del incremento del reconocimiento que esta enfermedad recibe por parte de los médicos, así como de los cambios en la dieta y el estilo de vida occidental (Black y Ford, 2020). Esta intervención cobra más importancia en el contexto actual de aumento de la prevalencia de SII

a nivel global, así como del aumento de los trastornos de salud mental (Staudacher et al., 2023). Los pacientes de SII presentan con frecuencia comorbilidad psicológica de ansiedad y depresión, lo que agrava su condición y aumenta la demanda de servicios de salud mental (Sebastián Domingo, 2022). La cronicidad y el carácter limitante del trastorno derivan en visitas recurrentes al médico y tratamientos farmacológicos continuados, que generan un gasto y una sobrecarga importante para el sistema sanitario (Flacco et al., 2019; Lacy et al., 2021). Por este motivo la implementación de un programa en ACT, no sólo mejoraría la calidad de vida de los pacientes crónicos, sino que reduciría el gasto de recursos que suponen para los sistemas de salud debido a la persistencia de su trastorno.

Esta propuesta se basa en los fundamentos de la ACT, terapia que ha demostrado su eficacia para el tratamiento psicológico del SII (APA, 2021). Al tratarse de una terapia contextual, la ACT se dirige a las condiciones que propician el problema, y en concreto, a su contexto socio-verbal. Por tanto, de esta intervención, se espera que reduzca las conductas de evitación y control, que reduzca la el grado de fusión cognitiva que presentan los pacientes, que aumenten su nivel de conciencia en el momento presente, su flexibilidad psicológica, su grado de aceptación de la enfermedad, la concordancia entre sus valores y acciones, su nivel de compromiso con dichas acciones, reduciendo el número de limitaciones en su vida y aumentando su calidad de vida general y la relacionada con la enfermedad. Por otro lado, la evidencia científica sugiere que, mediante la ACT, se podría lograr de manera transversal, un impacto positivo en la sintomatología ansioso-depresiva, así como en la gravedad de la sintomatología gastrointestinal percibida por estos pacientes, resultando en una mejoría de la sintomatología física, más allá de la psicológica (Lacy et al., 2021; Shorey et al., 2021). Por este motivo, y a pesar de que no es uno de los objetivos principales de este programa, se espera lograr de forma transversal e indirecta una reducción significativa de la gravedad de los síntomas gastrointestinales y de la sintomatología ansioso-depresiva.

La viabilidad de la intervención se evaluará teniendo en cuenta los medios físicos, materiales y humanos necesarios ([Véase en 3.2.2. Instrumentos de intervención](#)), así como los económicos ([Anexo 29. Tabla 6](#)) y la predisposición de los pacientes requeridos y de los profesionales colaboradores de las sesiones de intervención grupal (gastroenterólogo, psiquiatra y nutricionista del hospital).

Tras diseñar este programa de intervención se han identificado diferentes fortalezas y limitaciones. Por un lado, en cuanto a las fortalezas, este trabajo es relevante clínica y

socialmente, ya que aborda un problema de salud significativo que afecta a una gran parte de la población y tiene un impacto considerable en su calidad de vida. En caso de resultar eficaz, esta propuesta supondría una mejoría para la vida de muchas personas y un alivio a la carga que supone para el sistema sanitario. Además, ofrece un enfoque integral, trabajando múltiples dimensiones del bienestar del paciente incidiendo de forma directa en los aspectos psicológicos de la enfermedad y repercutiendo indirectamente en la sintomatología física (ya que se ve afectada negativamente por la psicológica). A su vez, hace uso de la ACT, una terapia basada en la evidencia con poco recorrido en este trastorno, apoyando su implementación y aceptación, tanto por la comunidad científica, como por los profesionales y pacientes. Asimismo, la ACT ofrece una alternativa para los pacientes que les permite dejar de luchar con su enfermedad, ya que se centrarán en cesar sus intentos de modificar o eliminar los síntomas, para centrarse en vivir una vida con muchas menos limitaciones.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones de la propuesta, la falta de un grupo de control dificulta la atribución de los cambios observados a la intervención de ACT. Por una parte, se han observado limitaciones relacionadas con la especificidad de la muestra, debido a que la selección de participantes se basa en criterios estrictos de cribado, pudiendo limitar la representatividad de la muestra y dificultar el acceso a la misma, reduciendo el poder estadístico del estudio. Por otra parte, un tamaño muestral reducido en una población tan heterogénea, puede ocasionar que los resultados no sean representativos de la población general de SII, limitando la capacidad de generalizar los resultados de la intervención, afectando a la validez externa del estudio y su aplicabilidad para otros contextos clínicos. A su vez se pueden dar sesgos relacionados con la selección de la muestra, ya que los pacientes que se inscriben voluntariamente pueden no ser representativos de la población de SII, ya que se trata de una población donde un gran porcentaje de personas no pide ayuda (Sebastián Domingo, 2022). Los pacientes más motivados y con menor severidad de los síntomas serán más proclives a participar, y es posible que, si creen estar recibiendo una intervención efectiva, puedan experimentar mejores resultados debido a sus expectativas positivas.

La variabilidad de respuesta individual, causada por las potenciales diferencias individuales en la gravedad de los síntomas gastrointestinales, podría dificultar la generalización de resultados y la identificación de los mecanismos específicos del cambio terapéutico. Además, otra limitación podría deberse a la influencia de las comorbilidades psicológicas como la sintomatología ansiosa y depresiva, así como otras comorbilidades de

tipo médico que pueden influir en la respuesta y la adherencia a la intervención. También una posible limitación es la existencia de intervenciones concurrentes, en las que los pacientes pueden estar recibiendo otras formas de tratamiento al mismo tiempo (medicación, otras terapias, cambios en la dieta). Esto puede influir en la interpretación de los resultados y en la atribución de la causalidad del efecto terapéutico. Otra limitación podría ser la adherencia a la intervención debido a los síntomas gastrointestinales. Los pacientes quizá no puedan acudir a las sesiones, por la diarrea, el estreñimiento o el dolor, limitando la efectividad de la intervención y la sostenibilidad de los beneficios a largo plazo.

En cuanto a los posibles sesgos presentes durante la evaluación, la repetición de los mismos instrumentos de evaluación a lo largo del estudio, podría llevar a los pacientes a aprender a responder de forma que refleje mejor las expectativas del estudio o sus propias expectativas de mejora. Asimismo, los pacientes pueden proporcionar respuestas que consideren más aceptables socialmente o que crean que son las esperadas por los investigadores. Esto puede llevar a exagerar las puntuaciones positivas y a subestimar los problemas reales, llevando a conclusiones erróneas sobre la efectividad de la intervención. También, en relación a los instrumentos seleccionados, la mayoría ofrecen medidas autoinformadas por los participantes. La respuesta a los mismos puede estar influenciada por la interpretación que realiza el paciente, sus propias creencias, sesgos, distorsiones, deseos o expectativas.

Como propuestas de cara al futuro, sería pertinente considerar nuevas líneas de investigación en el campo de la SII y su intervención mediante ACT. Durante el trabajo de revisión bibliográfica se ha evidenciado una abundancia de trabajos de intervención desde el enfoque de la TCC y una escasez de evidencia científica actualizada de ACT en SII. Por tanto, para el futuro se podría plantear la posibilidad de realizar estudios comparativos entre la ACT, la TCC y la condición de placebo, para determinar la efectividad de cada una de ellas en pacientes de SII. De igual manera, sería conveniente también estudiar en profundidad las implicaciones y la comorbilidad psicológica específica que conllevan los diferentes subtipos de SII, para poder adaptar las intervenciones realizadas a las características y necesidades de los pacientes, de forma que se elabore un protocolo de actuación con estrategias adaptadas para cada uno de ellos.

Para mejorar el proceso de evaluación del programa sería conveniente cribar a los pacientes y separarles en grupos según la gravedad y tipología de síntomas presentados, con

el fin de homogeneizar la muestra. Además, para mejorar la robustez de los estudios, sería necesario la utilización de grupos de control, la aleatorización de la muestra y la aplicación del enmascaramiento en la medida de lo posible. También, para evitar la subjetividad de las medidas autoadministradas, se podrían complementar con medidas objetivas, registros médicos, observación directa en sesión, en el entorno habitual o incluso la presencia de biomarcadores para el SII.

Para futuros trabajos será necesario tener en cuenta los posibles factores externos, como cambios del estilo de vida, el propio tratamiento farmacológico, cambios en la dieta, que pueden influir en el resultado de la evaluación, comprometiendo la capacidad para atribuir la causalidad del mismo a la intervención de ACT. En esta misma línea, sería conveniente controlar las posibles intervenciones concurrentes que puedan estar llevando a cabo de forma simultánea, dificultando de esta forma la interpretación de los resultados y la atribución del efecto terapéutico a la ACT. También, con el fin de ofrecer una alternativa a los pacientes con una gravedad de los síntomas más elevada, que puedan presentar problemas para asistir a las sesiones, se planteará la posibilidad de realizar la terapia en formato online, para aquellos días en los que no puedan acudir, facilitando de esta forma la adherencia al tratamiento.

Como conclusión, esta propuesta de intervención podría suponer una contribución significativa para la ciencia psicológica, tanto a nivel académico, como en la práctica clínica, al presentar una alternativa al enfoque terapéutico habitual utilizado para manejar la sintomatología psicológica asociada al SII. Además, para la realización de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de las intervenciones existentes en ACT para este trastorno, identificando una carencia notable en la literatura respecto a otros enfoques terapéuticos. Este trabajo supone un intento de integrar desde un enfoque holístico, la intervención en el manejo del SII mediante un equipo multidisciplinar, tal y como recomiendan las guías clínicas existentes sobre este trastorno. Este trabajo pretende proporcionar evidencia empírica que contribuya a mejorar la comprensión y el manejo del SII, mejorando la calidad de vida de los pacientes, su bienestar psicológico, así como la adherencia a las intervenciones dietéticas o el tratamiento farmacológico. Este trabajo también podría suponer una mejora a la calidad de la atención proporcionada por los profesionales de la psicología clínica a estos pacientes y un alivio para la carga que el SII supone al sistema sanitario, reduciendo la frecuencia de las visitas médicas y la necesidad de tratamientos más costosos.

6. Bibliografía.

- Algera, J., Lövdahl, J., Sjölund, J., Tornkvist, N. T., y Törnblom, H. (2023). Managing pain in irritable bowel syndrome: current perspectives and best practice. *Expert review of gastroenterology y hepatology*, 17(9), 871–881. <https://doi.org/10.1080/17474124.2023.2242775>
- Almansa C, Díaz-Rubio M, Rey E. Manejo clínico de los pacientes con síndrome de intestino irritable: resultados de una encuesta entre gastroenterólogos españoles. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103: 570-575. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011001100003>
- American Psychological Association [APA] (2021). Diagnosis: irritable bowel syndrome, psychological treatments. <https://www.div12.org/diagnosis/irritable-bowel-syndrome/>
- Asha, M. Z., y Khalil, S. F. H. (2020). Efficacy and Safety of Probiotics, Prebiotics and Synbiotics in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University medical journal*, 20(1), e13–e24. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.01.003>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Badia, X., Herdman, M., Mearin, F. y Perez, I. (2000). Adaptación al español del cuestionario IBSQOL para la medición de la calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev. Esp. Enferm. Dig* ; 92(10): 637-43
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Bedregal, L. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive behaviors*, 31(2), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.012>
- Black, C. J., y Ford, A. C. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature reviews. Gastroenterology y hepatology*, 17(8), 473–486. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0286-8>
- Black, C. J., Thakur, E. R., Houghton, L. A., Quigley, E.M.M, Moayyedi, P., Ford, A.C. (2020). Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. Aug;69(8):1441-1451. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321191>
- Black, C. J., Staudacher, H. M., y Ford, A. C. (2022). Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*, 71(6), 1117–1126. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325214>
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., Gudleski, G. D., Katz, L., Rowell, D., Sykes, M., Kuhn, E., Gusmano, R., Carosella, A. M., Firth, R., y Dulgar-Tulloch, L. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 633–648. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.003>
- Bustos-Fernández, L. M., y Hanna-Jairala, I. (2022). Eje cerebro intestino microbiota. Importancia en la práctica clínica. *Revista de Gastroenterología Del Peru : Organo Oficial de La Sociedad de Gastroenterología Del Peru*, 42(2), 106–116. <https://doi.org/10.47892/rgp.2022.422.1438>
- Calderón, P., y Monrroy, H. (2017). Clasificaciones en Gastroenterología Calidad de vida en síndrome de intestino irritable: ¿Cómo evaluarla? Life quality in irritable bowel syndrome. How can we assess it? In *Nº* (Vol. 28).
- Carcavilla, N. (2020). MoCA: Test de Evaluación Cognitiva Montreal. Comunicación y Demencias. <https://comunicacionydemencias.com/test-moca-demencia/>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.

- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chen, M., Tang, T. C., Qin, D., Yue, L., y Zheng, H. (2020). Pharmacologic treatments for irritable bowel syndrome: An umbrella systematic review. In *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* (Vol. 29, Issue 2, pp. 199–209). Romanian Society of Gastroenterology. <https://doi.org/10.15403/jgld-817>
- Chey, W. D., Keefer, L., Whelan, K., y Gibson, P. R. (2021). Behavioral and Diet Therapies in Integrated Care for Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 160(1), 47–62. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.06.099>
- Cortés, X., Roset, M., Barrull, C. *et al.* Coste del síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento en España. *PharmacoEcon Span Res Artic* **13**, 1–8 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40277-015-0048-0>
- Cumming, W. (1849). Electro-galvanism in a peculiar affliction of the mucous membrane of the bowels. *London Med Gazette*, 969-973.
- Drossman D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, S0016-5085(16)00223-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Drossman, D. A., y Hasler, W. L. (2016). Rome IV - Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
- Farmer, A. D., Wood, E., y Ruffle, J. K. (2020). An approach to the care of patients with irritable bowel syndrome. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(11), E275–E282. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190716>
- Ferreira, N. B., Eugenicos, M. P., Morris, P. G., y Gillanders, D. T. (2013). Measuring acceptance in irritable bowel syndrome: preliminary validation of an adapted scale

and construct utility. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(7), 1761–1766. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0299-z>

Ferreira, N. B., Eugenicos, M., Morris, P. G., y Gillanders, D. (2011). Using acceptance and commitment therapy in irritable bowel syndrome. *Gastrointestinal Nursing*, 9(9), 28–35. <https://doi.org/10.12968/gasn.2011.9.9.28>

Ferreiro, L. y Benito, J. (2020). Validación del IBS-AAQ en pacientes con Síndrome del Intestino Irritable en España. *Psicothema*, 32(2), 239-247.

Flacco, M. E., Manzoli, L., De Giorgio, R., Gasbarrini, A., Cicchetti, A., Bravi, F., Altini, M., Caio, G. P., y Ursini, F. (2019). Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis. *European review for medical and pharmacological sciences*, 23(7), 2986–3000. https://doi.org/10.26355/eurrev_201904_17580

Fond, G., Loundou, A., Hamdani, N., Boukouaci, W., Dargel, A., Oliveira, J., Roger, M., Tamouza, R., Leboyer, M., y Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(8), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0502-z>

Ford, A. C., Lacy, B. E., Harris, L. A., Quigley, E. M. M., y Moayyedi, P. (2019). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *The American journal of gastroenterology*, 114(1), 21–39. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0222-5>

Francis, C. Y., Morris, J., y Whorwell, P. J. (1997). The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary pharmacology y therapeutics*, 11(2), 395–402. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x>

Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Moreno-Padilla, M., Reyes Del Paso, G. A., y de la Caba, P. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central

- Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 10(12), 2706. <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., y Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- González, M, y De Ascencao, M. (2005). Síndrome de Intestino Irritable. Aspectos Psicológicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 28(2), 139-145. Recuperado en 13 de mayo de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000200007&lng=es&tylng=es.
- Hanning, N., Edwinston, A. L., Ceuleers, H., Peters, S. A., De Man, J. G., Hassett, L. C., De Winter, B. Y., y Grover, M. (2021). Intestinal barrier dysfunction in irritable bowel syndrome: a systematic review. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 14, 1756284821993586. <https://doi.org/10.1177/1756284821993586>
- Harris, R. (2009). *Act with Love: Stop Struggling, Reconcile Differences, and Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, C.S. y Smith, S. (2021). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Credé, M., Earleywine, M., y Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): a psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological assessment*, 24(4), 877–891. <https://doi.org/10.1037/a0027782>
- Hinojosa del Val, J. (2024). Síndrome del Intestino Irritable (SII) y Fibromialgia. Fundación Española del Aparato Digestivo. <https://www.saludigestivo.es/>
- Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management*. (2017). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion.
- Kennedy, T. M., Chalder, T., McCrone, P., Darnley, S., Knapp, M., Jones, R. H., y Wessely, S. (2006). Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 10(19), iii–67. <https://doi.org/10.3310/hta10190>
- Koloski, N. A., Jones, M., y Talley, N. J. (2016). Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. *Alimentary pharmacology y therapeutics*, 44(6), 592–600. <https://doi.org/10.1111/apt.13738>
- Koloski, N. A., Jones, M., Kalantar, J., Weltman, M., Zaguirre, J., y Talley, N. J. (2012). The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*, 61(9), 1284–1290. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2011-300474>
- Labus, J. S., Mayer, E. A., Chang, L., Bolus, R., y Naliboff, B. D. (2007). The central role of gastrointestinal-specific anxiety in irritable bowel syndrome: further validation of the

- visceral sensitivity index. *Psychosomatic medicine*, 69(1), 89–98.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e2f24>
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., y Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393-1407.e5.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Lacy, B. E., Pimentel, M., Brenner, D. M., Chey, W. D., Keefer, L. A., Long, M. D., y Moshiree, B. (2021). ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 116(1), 17–44.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001036>
- Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., Hollon, S. D., y Walker, L. S. (2016). Short-term and Long-term Efficacy of Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 14(7), 937–947.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.11.020>
- Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., Hollon, S. D., y Walker, L. S. (2017). Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 51, 142–152.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.001>
- Lakhan, S. E., y Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(8), e71834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- Lee, C., Doo, E., Choi, J. M., Jang, S. H., Ryu, H. S., Lee, J. Y., Oh, J. H., Park, J. H., Kim, Y. S., y Brain-Gut Axis Research Group of Korean Society of Neurogastroenterology and Motility (2017). The Increased Level of Depression and Anxiety in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared with Healthy Controls: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 23(3), 349–362.
<https://doi.org/10.5056/jnm16220>

- Lewis, S. J., y Heaton, K. W. (1997). Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(9), 920–924. <https://doi.org/10.3109/00365529709011203>
- Lovell, R. M., y Ford, A. C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 10(7), 712–721.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>
- Macías, J., Ruiz-García, A., y Valero-Aguayo, L. (2023). Validation and psychometric properties of the Valued Living Questionnaire (VLQ) for the Spanish population. *Behavioral Psychology*, 31(2), 247–267.
- Manning, A. P., Heaton, K. W., Thompson, W. G., y Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal*, 2(6138), 653–654. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6138.653>
- Mayer, E. A., Naliboff, B. D., Chang, L., y Coutinho, S. V. (2001). V. Stress and irritable bowel syndrome. *American journal of physiology. Gastrointestinal and liver physiology*, 280(4), G519–G524. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.2001.280.4.G519>
- McCracken L. M. (2013). Committed action: an application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The journal of pain*, 14(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>
- Mearin, F., Caballero, A. M., Serra, J., Brotons, C., Tantiñà, A., Fort, E., Martínez-Cerezo, F. J., Perelló, A., Sánchez-Antolín, G., Rey, E., Angós Musgo, R., Berdier, R., Gómez-Rodríguez, B., Clavé, P., García-Alonso, M., Torán-Monserrat, P., y Tack, J. (2019). A retrospective and prospective 12-month observational study of the socioeconomic burden of moderate to severe irritable bowel syndrome with constipation in Spain. *Gastroenterología y Hepatología*, 42(3), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.10.008>
- Mearin, F., Peña, E., y Balboa, A. (2014). Importancia de la dieta en el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología y Hepatología*, 37(5), 302–310. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.12.010>

- Mearin, F., Sans, M., y Balboa, A. (2022). Relevance and needs of irritable bowel syndrome (IBS): Comparison with inflammatory bowel disease (IBD). (Please, if you are not interested in IBS, read it.). In *Gastroenterología y Hepatología* (Vol. 45, Issue 10, pp. 789–798). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.12.008>
- Mind Tools. (n.d.). The Wheel of Life®. Recuperado de https://www.mindtools.com/pages/article/newHTE_93.htm
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2020). Irritable bowel syndrome in adults. United Kingdom. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/search?q=Irritable+bowel+syndrome+in+adults>
- Navarro, M. E, Sanz, J., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española de la Escala de Ideación Suicida de Beck. En J.Sanz y C. Vázquez (Eds.), *Instrumentos de evaluación en psicología: Depresión* (pp. 225-227). Madrid: Editorial Síntesis.
- Nikolova, V. L., Pelton, L., Moulton, C. D., Zorzato, D., Cleare, A. J., Young, A. H., y Stone, J. M. (2022). The Prevalence and Incidence of Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease in Depression and Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 84(3), 313–324. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001046>
- Oka, P., Parr, H., Barberio, B., Black, C. J., Savarino, E. v., y Ford, A. C. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 5(10), 908–917. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X)
- Olden, K. W., y Brown, A. R. (2006). Treatment of the severe refractory irritable bowel patient. *Current treatment options in gastroenterology*, 9(4), 324–330. <https://doi.org/10.1007/s11938-006-0014-7>

- Organización Mundial de Gastroenterología. (2015). *Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. Directrices Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*. Recuperado de <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-spanish-2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). DD91.0 Síndrome del intestino irritable. En *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11.^a ed.). Recuperado de <https://icd.who.int/>
- Páramo-Hernández, D. B., Pineda-Ovalle, L. F., Moya-Valenzuela, L. M., y Concha-Mejía, A. (2023). Rationality for the Use of Neuromodulation in Disorders of Gut-Brain Interaction (Functional Gastrointestinal Disorders). *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 38(2), 180–187. <https://doi.org/10.22516/25007440.997>
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Frederick, I. O., DiCesare, J., y Puder, K. L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Digestive diseases and sciences*, 43(2), 400–411. <https://doi.org/10.1023/a:1018831127942>
- Peters, S. L., Muir, J. G., y Gibson, P. R. (2015). Review article: gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology y therapeutics*, 41(11), 1104–1115. <https://doi.org/10.1111/apt.13202>
- Raskov, H., Burcharth, J., Pommegaard, H. C., y Rosenberg, J. (2016). Irritable bowel syndrome, the microbiota and the gut-brain axis. *Gut microbes*, 7(5), 365–383. <https://doi.org/10.1080/19490976.2016.1218585>
- Romero, J. (2020). Síndrome del intestino irritable (SII) en 2020. Fundación Española del Aparato Digestivo. <https://www.saludigestivo.es/>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the “Cognitive Fusion Questionnaire”. *Behavioral Psychology*, 22(1), 117–132.

- Rometsch, C., Mansueto, G., Maas Genannt BERPohl, F., Martin, A., y Cosci, F. (2024). Prevalence of functional disorders across Europe: a systematic review and meta-analysis. *European journal of epidemiology*, 10.1007/s10654-024-01109-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10654-024-01109-5>
- Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., y Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. *Revista clinica espanola*, 198(1), 11–14.
- Ruiz, F. J., Odriozola-González, P., y Suárez-Falcón, J. C. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema*, 26(3), 308–313. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.221>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Sebastián Domingo, J. J. (2022). Irritable bowel syndrome. In *Medicina Clinica* (Vol. 158, Issue 2, pp. 76–81). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.029>
- Sebastián Sánchez, B., Gil Roales-Nieto, J., Ferreira, N. B., Gil Luciano, B., y Sebastián Domingo, J. J. (2017). New psychological therapies for irritable bowel syndrome: Mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). In *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas* (Vol. 109, Issue 9, pp. 648–657). ARAN Ediciones S.A. <https://doi.org/10.17235/reed.2017.4660/2016>
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., y Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of addictive diseases*, 36(3), 151–157. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1302661>

- Shorey S, Demutska A, Chan V, Siah KTH (2021). Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review. *J Psychosom Res.* 2021;140:110289. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110289>
- Simón, V. (2011). *Meditación del Aquí y el Ahora* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gr4-eWUO-h0>
- Skinner H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363–371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Slouha, E., Mohamed, A., Patel, B., Razeq, Z., Clunes, L. A., y Kollias, T. F. (2024). The Use of Psychotherapy for Refractory Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Cureus*, 16(2), e54138. <https://doi.org/10.7759/cureus.54138>
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., Whitehead, W. E., Dumitrascu, D. L., Fang, X., Fukudo, S., Kellow, J., Okeke, E., Quigley, E. M. M., Schmulson, M., Whorwell, P., Archampong, T., Adibi, P., Andresen, V., Benninga, M. A., ... Palsson, O. S. (2021). Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene. R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Staudacher, H. M., Black, C. J., Teasdale, S. B., Mikocka-Walus, A., y Keefer, L. (2023). Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity — approach to multidisciplinary management. In *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* (Vol. 20, Issue 9, pp. 582–596). Nature Research. <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00794-z>
- van Lanen, A. S., de Bree, A., y Greyling, A. (2021). Efficacy of a low-FODMAP diet in adult irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *European journal of nutrition*, 60(6), 3505–3522. <https://doi.org/10.1007/s00394-020-02473-0>
- Van Oudenhove, L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L., Lackner, J. M., Murphy, T. B., Naliboff, B. D., y Levy, R. L. (2016). Biopsychosocial Aspects of

Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, S0016-5085(16)00218-3.
Advance online publication. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.027>

Vargas Guerrero, A. (2023). *Técnicas Avanzadas de Intervención en Psicología de la Salud* [Diapositivas de PowerPoint]. Facultad de Psicología, Universidad Europea de Canarias.

Vasant, D. H., Paine, P. A., Black, C. J., Houghton, L. A., Everitt, H. A., Corsetti, M., Agrawal, A., Aziz, I., Farmer, A. D., Eugenicos, M. P., Moss-Morris, R., Yiannakou, Y., y Ford, A. C. (2021). British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*, 70(7), 1214–1240. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598>

Vázquez-Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., y Vázquez Morejón, A. J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335–340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>

Wang, B., Duan, R., y Duan, L. (2018). Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 24(3), 141–150. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_603_17

Weaver, K. R., Melkus, G. D., y Henderson, W. A. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *The American journal of nursing*, 117(6), 48–55. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01>

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

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., y Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249–272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>.

Yu, S. J., Lee, H. S., Gung, H. J., Kim, J. S., Kim, K. B., Kwon, Y. H., Kim, J. H., Koo, H. S., Shin, H. D., Jee, S. R., Lee, H. B., Kim, J., Park, H. W., y IBS Research Study Group of the Korean Society of Neurogastroenterology and Motility (2022). Efficacy of a Restrictive Diet in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *The Korean journal of gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe chi*, 80(1), 6–16. <https://doi.org/10.4166/kjg.2022.014>

Zamani, M., Alizadeh-Tabari, S., y Zamani, V. (2019). Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. In *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* (Vol. 50, Issue 2, pp. 132–143). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/apt.15325>

Zhang, T., Ma, X., Tian, W., Zhang, J., Wei, Y., Zhang, B., Wang, F., y Tang, X. (2022). Global Research Trends in Irritable Bowel Syndrome: A Bibliometric and Visualized Study. *Frontiers in medicine*, 9, 922063. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.922063>

Zhang, T., Zhang, C., Zhang, J., Sun, F., y Duan, L. (2022). Efficacy of Probiotics for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 12, 859967. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.859967>

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Eje-Cerebro-Intestino-Microbiota y Trastornos de la Interacción Cerebro-Intestino.

En la categoría diagnóstica de Trastornos Funcionales Gastrointestinales se incluían todos aquellos trastornos del aparato digestivo en los que el paciente no presenta alteraciones bioquímicas, estructurales u orgánicas detectables que expliquen la sintomatología clínica presentada (Sebastián Domingo, 2022). Este conjunto de trastornos fue renombrado posteriormente, como Trastornos de la Interacción Cerebro-Intestino (TICI), considerándose los diagnósticos más comunes en gastroenterología, pudiendo llegar a afectar hasta el 40% de las personas en algún momento de su vida (Drossman y Hasler, 2016). Estos TICI tienen su origen en las alteraciones del Eje Cerebro-Intestino-Microbiota (ECIM), cuyo fundamento es la interacción bidireccional entre el Sistema Nervioso Central (SNC) y el aparato digestivo. La investigación científica ha evidenciado que las alteraciones del ECIM presente en los TICI puede estar relacionada con la aparición de trastornos mentales como el estrés, la depresión, la ansiedad y la desregulación emocional (Bustos-Fernández y Hanna-Jairala, 2022; Páramo-Hernández et al., 2023).

El Eje Cerebro-Intestino-Microbiota (ECIM) está integrado por el cerebro, la médula espinal, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA); formado por el Sistema Nervioso Simpático (SNS), el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP) y el Sistema Nervioso Entérico (SNE); así como el sistema neuroendocrino, neurohumoral y la microbiota presente en el intestino (Van Oudenhove et al., 2016). La composición de la microbiota que coloniza el tracto digestivo (mayoritariamente bacterias y en menor medida, virus, arqueas y levaduras), así como la permeabilidad de la barrera intestinal (encargada de dejar pasar nutrientes y bloquear sustancias tóxicas, bacterias y virus al torrente sanguíneo), son elementos imprescindibles para el correcto funcionamiento del ECIM (Bustos-Fernández y Hanna-Jairala, 2022; Hanning et al., 2021; Van Oudenhove et al., 2016), que en caso de deteriorarse, ocasionan alteraciones en la funcionalidad del tracto gastrointestinal (Raskov et al., 2016). También se ha puesto de manifiesto que el intestino, a partir de la microbiota que habita en él y de los cambios de permeabilidad de la barrera intestinal, puede ser el punto de partida de la respuesta inflamatoria sistémica presente en diversos TICI (Bustos-Fernández y Hanna-Jairala, 2022).

7.2. Anexo 2: Surgimiento y evolución de los criterios diagnósticos del SII

Manning (1978) establece los primeros criterios diagnósticos del SII basándose en síntomas observados frecuentemente, criterios que quedaron obsoletos debido a que no diferenciaban los subtipos que se habían evidenciado hasta entonces en la práctica clínica (Sebastián Domingo, 2022). En 1988, un comité de expertos internacionales en gastroenterología se reúne para debatir sobre los TFGI y el resultado de su trabajo fue la clasificación de dichos trastornos mediante un esquema basado en síntomas, que se publicaron bajo el nombre de los criterios de Roma I, en 1992. Con el paso de las décadas han ido apareciendo sucesivamente otros nuevos criterios que mejoran y actualizan a los anteriores: en el año 1999 aparecieron los criterios Roma II, en el año 2006 los criterios Roma III y finalmente, en 2016 se publican los criterios Roma IV (Drossman y Hasler, 2016), que son los que se han mantenido vigentes hasta la actualidad (Sebastián Domingo, 2022).

7.3. Anexo 3: Criterios diagnósticos de Roma-IV para el SII

Para realizar un diagnóstico positivo de SII, según estos criterios, los siguientes síntomas deben presentarse en los 6 meses previos al diagnóstico y deben haber estado presentes durante los últimos 3 meses (Drossman y Hasler, 2016):

- Dolor abdominal recurrente (al menos 1 día por semana en los últimos 3 meses)
- Este dolor debe estar asociado a 2 o más de los siguientes criterios:
 - Presentarse en el momento de la defecación.
 - Cambios en la frecuencia de las deposiciones.
 - Cambios de forma o aspecto de las heces.

7.4. Anexo 4: Características de la sintomatología gastrointestinal del SII

El dolor que presentan los pacientes de SII se encuentra localizado en la parte baja del abdomen, cursa de forma crónica, recurrente e intermitente. Coincide temporalmente con el momento en que el paciente presenta alteraciones de frecuencia o consistencia de las heces. La diarrea se caracteriza por deposiciones blandas, frecuentes, de volumen pequeño o moderado. Suelen producirse durante la hora de vigilia o después de las comidas. Suelen estar precedidas por el dolor abdominal, sensación de urgencia y de evacuación incompleta. Aproximadamente la mitad de los pacientes de SII presentan mucosidad en las heces. En caso de estreñimiento, las heces son duras, de diferente apariencia y se puede experimentar *tenesmos* (sensación de querer defecar, aunque los intestinos estén vacíos). La distensión abdominal no es un síntoma principal en el SII, pero suele ser común y apoya el diagnóstico (Sebastián Domingo, 2022).

7.5. Anexo 5: Subtipos de SII según el patrón de heces predominante

Los criterios diagnósticos de Roma-IV (Drossman y Hasler, 2016) reconocen 4 subtipos de SII:

- SII con predominio de **estreñimiento** (SII-E): Más de una cuarta parte (25%) de las deposiciones tienen heces tipo 1 o 2 de Bristol, y menos de una cuarta parte, heces con forma 6 o 7.
- SII con predominio de **diarrea** (SII-D): Más de una cuarta parte (25%) de las deposiciones tienen heces con forma tipo 6 o 7 de Bristol, y menos de una cuarta parte, heces con forma 1 y 2.
- SII con hábito intestinal **mixto** (SII-M): Más de una cuarta parte (25%) tienen heces con forma tipo 1 y 2 de Bristol, y más de una cuarta parte, heces con forma 6 o 7.
- SII **sin clasificar** (SII-NC): Pacientes con SII cuyos hábitos intestinales no pueden ser clasificados en ninguna de las tres categorías anteriores.

7.6. Anexo 6: Escala de Bristol de la forma de las heces

Figura 1. Escala de Bristol de la forma de las heces

Tipo 1		Bolas duras y separadas, como nueces
Tipo 2		Como una salchicha pero con bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o una serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trozos blandos con bordes definidos
Tipo 6		Trozos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7		Acuosas, sin trozos sólidos.

Nota. Lewis y Heaton (1997)

7.7. **Anexo 7: Datos relativos a la prevalencia global del SII**

Las mujeres presentaron tasas de SII más altas que los hombres, en todos los grupos de edad estudiados e independientemente de los criterios diagnósticos utilizados. A su vez, se encontró que hombres y mujeres presentaron diferencias en el diagnóstico, ya que en mujeres fue más frecuente el diagnóstico de SII-E, mientras que en hombre lo fue el SII-D (Sperber et al., 2021). La prevalencia del SII se redujo a la mitad cuando se utilizaron los criterios de Roma-IV frente a los anteriores criterios de Roma-III. Esto puede deberse a que los criterios Roma-IV son más restrictivos y requieren que el dolor abdominal se presente de forma semanal, frente a la frecuencia mensual que requerían criterios anteriores y se ha evidenciado que cuanto más restrictivos sean los criterios utilizados, menor será la prevalencia encontrada (Organización Mundial de Gastroenterología [OMG], 2015).

7.8. **Anexo 8: Datos estadísticos anteriores sobre la relevancia del SII en España**

En un estudio estadístico realizado en el año 2011, en el que se evaluó la importancia del SII en la consulta del gastroenterólogo, se encontró que más de la mitad de los especialistas encuestados afirmaron que el SII suponía entre el 25 y el 50% del total de sus consultas (Almansa, Díaz-Rubio, y Rey, 2011). La Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD), refiere que el SII se trata de una patología muy frecuente, ya que es el trastorno gastrointestinal más diagnosticado, estimando que puede padecerla en algún momento entre un 10-15% de la población y que representa el 25% de las visitas al Médico Especialista Digestivo en España (Almansa, Díaz-Rubio, y Rey, 2011). Según otro estudio de la FEAD, la prevalencia para la población general varía desde el 12-21% y refiere que en España afecta al 14% de la población, suponiendo el 12% de las consultas de atención primaria (Hinojosa del Val, 2024).

7.9. **Anexo 9: Costes del SII en otros países y en España**

Como se destaca en un artículo de revisión reciente, los costes médicos directos en los Estados Unidos (EEUU, suponen entre 1,5 y 10 mil millones de dólares al año (Lacy et al., 2021). En una revisión realizada (Staudacher et al., 2023) en la que se evalúa el impacto del SII en diferentes países, se estima que el coste total anual de los cuidados requeridos por las personas que sufren de SII, es de 1,3-2 mil millones de libras en Reino Unido, 3-4 mil millones de euros en Alemania y 2 mil millones de dólares en China. Estos costes anuales son significativamente mayores para los pacientes que sufren síntomas gastrointestinales graves y para aquellos que presentan comorbilidades psicológicas (Staudacher et al., 2023).

Un estudio sobre el impacto del SII en países europeos con cobertura sanitaria universal realizado por Flacco et al. (2019), estimó el coste per cápita del SII en unos 3000€ al año. Además, resaltó que el SII supone unos costes anuales per cápita mayores al de otras enfermedades altamente prevalentes y prioritarias para el sistema sanitario, como el asma crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes (Flacco et al., 2019).

En un estudio realizado en España por Cortés et al. (2016), con 5.649 pacientes de SII, estimaron los costes anuales para el Sistema Nacional de Salud entre 4 y 5 millones de euros (sólo para esa muestra), además en el mismo estudio, llevaron a cabo un desglose de los costes de los diferentes recursos empleados. El recurso con el coste más elevado fueron las visitas a la atención primaria (59,3% del gasto anual total) debido al elevado número de visitas anuales que requieren estos pacientes, seguido de las visitas al especialista (11,4% del gasto anual total) y el coste del tratamiento farmacológico (6,4% del gasto anual total; Cortés et al., 2016).

En otro estudio observacional realizado en el año 2019, se evaluó el coste del SII-E moderado-grave para el Sistema Sanitario Español y concluyó que su coste total directo fue de 1.635€ al año, por cada paciente (Mearin et al., 2019).

7.10. **Anexo 10: Miedo, distrés, hipervigilancia y psicopatización en SII**

Diferentes estudios respaldan que el distrés puede funcionar como variable desencadenante o como variable que exacerba los síntomas del SII. El impacto emocional de vivir con una enfermedad crónica y poco comprendida puede ser significativo en estos pacientes y pueden sufrir de estrés postraumático como consecuencia de haber vivido episodios desagradables relacionados con la aparición repentina de sus síntomas (Algera et al., 2023; Sebastián Sánchez et al., 2017). Por otro lado, los propios síntomas del SII pueden provocar el distrés formando un ciclo de retroalimentación que puede afectar negativamente a la calidad de vida de las personas que lo sufren. El estrés vital crónico se considera un factor que afecta negativamente al pronóstico del SII (OMG, 2015) y que lleva a experimentar dificultades cognitivas, como problemas de memoria, atencionales, concentración y toma de decisiones (Sebastián Sánchez et al., 2017). Uno de los sesgos cognitivos más habituales en los pacientes de SII es la catastrofización en relación a sus síntomas (Lacy et al., 2021).

7.11. Anexo 11: Relación entre la sintomatología ansioso-depresiva y el SII.

Diversos estudios de revisión sistemática (RS) y metaanálisis (MA) concluyen que las personas que sufren de SII presentan un riesgo tres veces mayor de sufrir depresión y ansiedad que los controles sanos (Zamani, Alizadeh-Tabari, y Zamani, 2019), independientemente del subtipo de SII que presenten (Lee et al., 2017). Estos datos concuerdan con los encontrados en otra RS y MA realizada, donde se hallaron niveles de ansiedad y depresión mayores en pacientes de SII, que en los controles sanos (Fond et al., 2014). Además, se estimó la prevalencia de la sintomatología ansioso-depresiva entre las personas que sufren de SII en un 39% para la ansiedad, un 29% para la depresión y un 23% de coexistencia de ambas (Staudacher et al., 2023). Estudios longitudinales (Koloski et al., 2012; Koloski, Jones, y Talley, 2016) revelan que las personas que inicialmente reportaron sintomatología ansioso-depresiva, sin presentar un diagnóstico de SII, acabaron desarrollando sintomatología gastrointestinal a lo largo del tiempo. Mientras que, por otro lado, aquellas personas que inicialmente presentaron un diagnóstico de SII sin ansiedad, ni depresión en la línea base, acabaron reportando sintomatología ansioso-depresiva en la etapa de seguimiento (Staudacher et al., 2023). Se ha evidenciado que la severidad de los síntomas aumenta significativamente, conforme aumenta el número de comorbilidades psicológicas concurrentes. La ansiedad y la depresión mal controladas son comunes en este trastorno y pueden afectar negativamente las respuestas al tratamiento del SII (Staudacher et al., 2023).

7.12. **Anexo 12: Evidencias sobre la relación entre depresión y SII**

En una RS y MA (Nikolova et al., 2022), se concluyó que las personas que sufrían de depresión, tenían un riesgo dos veces mayor de padecer SII comórbido y un riesgo casi dos veces mayor de desarrollar un SII de nueva aparición, en comparación con las personas que no presentaban depresión (Staudacher et al., 2023). Según estos autores, la depresión puede empeorar los síntomas del SII y dificultar la capacidad para hacerles frente. Además, concluyen que, estas personas pueden presentar dificultades para experimentar relaciones significativas, para avanzar en sus carreras profesionales/académicas y para participar en actividades que antes disfrutaban, promoviendo la desesperanza y la tristeza derivada de vivir desalineados con sus objetivos, metas y valores.

7.13. Anexo 13: Autoestima, autoeficacia, vergüenza y estigma en SII

La naturaleza impredecible y a veces embarazosa de los síntomas mantiene a los pacientes de SII en una preocupación constante, que los lleva a controlar y planificar sus actividades, pudiendo hacerles sentir que son menos válidos o menos capaces de llevar una vida normal, que las personas que no sufren de SII. A esto se suma la creencia de que sólo las personas débiles no son capaces de controlar su función intestinal (Staudacher et al., 2023). El SII puede producir efectos negativos en la percepción de la imagen corporal debido a las fluctuaciones de peso, la distensión e hinchazón abdominal. Vivir con SII puede interferir en la percepción de uno mismo y en la capacidad para hacer frente a los desafíos de la vida cotidiana.

Los pacientes de SII pueden experimentar la estigmatización por parte de sus amigos, familia y profesionales sanitarios (Staudacher et al., 2023). Los resultados de este estudio (Mearin, Sans, y Balboa, 2022), indican que existe una estigmatización percibida muy elevada por los pacientes del SII. Esto puede dificultar la búsqueda de ayuda, de apoyo social y puede fomentar el aislamiento y la soledad. Pueden sentir culpa por no poder controlar sus síntomas o sentirse avergonzados debido al carácter funcional y no orgánico de la enfermedad, produciendo la percepción de que se trata de una enfermedad “poco seria” o imaginaria.

7.14. **Anexo 14: Aislamiento social, influencia en las relaciones interpersonales, absentismo y presentismo laboral en SII.**

Los pacientes de SII evitan salir, participar en actividades sociales por temor a experimentar los síntomas o a no disponer de un baño cercano cuando lo necesiten. También, pueden presentar incomodidad, vergüenza o rechazo a la hora de defecar en baños públicos (escuela, trabajo o lugares de ocio). El hogar se convierte en la zona de confort, se evita salir y por tanto pasan mucho tiempo en casa, provocando que dispongan de excesivo tiempo libre para fijar su atención en sus propios síntomas y en sus preocupaciones, rumiando y exacerbando el cuadro clínico (González y De Ascencao, 2005). Además, el aislamiento derivado del SII tiene un impacto negativo en la calidad de vida, debido a las limitaciones que presentan estos pacientes para socializar o viajar (Staudacher et al., 2023).

Los pacientes de SII se sienten incomprendidos o poco apoyados por sus allegados, lo que resulta en una fuente de conflictos y problemas de comunicación. Además, esto puede desencadenar problemas en la esfera sexual: el dolor abdominal, la incomodidad física, las sensaciones interoceptivas, la fatiga y el estrés asociado pueden tener efectos negativos en la sexualidad de estas personas. Pueden ver disminuido su deseo sexual, dificultades para mantener intimidad por el malestar físico o por la preocupación de los síntomas (miedo a que se desencadenen durante las relaciones sexuales, entorpeciendo la calidad de las mismas; González y De Ascencao, 2005).

El 21% de los pacientes evaluados, han estado de baja por su enfermedad y hasta el 60%, refieren haber disminuido su rendimiento o capacidad en el trabajo (Sebastián Sánchez et al., 2017). A su vez, la FEAD la coloca como la segunda causa de absentismo laboral más frecuente en España (Romero, 2020). Estos datos se ven respaldados por los resultados encontrados en estudios similares a nivel global, en los que se indica que entre el 5-50% de las personas que sufren de SII, necesitan ausentarse del trabajo a causa de los síntomas y que el 82% experimenta un deterioro en su desempeño laboral debido al SII (Staudacher et al., 2023).

7.15. Anexo 15: Dietas de exclusión / restrictivas y riesgo de desarrollo de un TCA

Aproximadamente dos tercios de los pacientes de SII relacionan sus síntomas con algún alimento específico (Mearin, Peña, y Balboa, 2014). La evitación de ciertos alimentos por temor a desencadenar los síntomas, puede llevar a deficiencias nutricionales y a conductas alimentarias inadecuadas como la restricción excesiva o los atracones (Sebastián Sánchez et al., 2017), pudiendo provocar la aparición de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Además, la restricción alimentaria se puede considerar una conducta de control que refuerza el patrón de conducta evitativo-controlador de los síntomas, que habitualmente realizan los pacientes de SII. Debe cuidarse que no aparezcan trastornos de la alimentación ya que los pacientes de SII buscan manipular su dieta, pudiendo provocar dietas inadecuadas o desbalanceadas a nivel nutricional (Mearin, Peña, y Balboa, 2014; OMG, 2015).

7.16. **Anexo 16: Problemas de sueño y su relación con el SII**

Los síntomas del SII dificultan la capacidad para conciliar o mantener el sueño durante la noche (González y De Ascencao, 2005; Lacy et al., 2016; Sebastián Domingo, 2022; Sebastián Sánchez et al., 2017). Por otro lado, una calidad de sueño insuficiente puede empeorar los síntomas del SII, contribuyendo a aumentar los niveles de ansiedad y depresión. En una RS y MA realizados, se concluyó que la prevalencia de los trastornos del sueño fue mayor en pacientes que sufrían de SII, que en pacientes sanos pertenecientes al grupo control (Wang, Duan, y Duan, 2018).

7.17. Anexo 17: Estilo de afrontamiento evitativo y de control en pacientes de SII

Los pacientes tienden a evitar situaciones, eventos, comidas o situaciones relacionadas con la comida; así como situaciones sociales o laborales, ocio o viajes, relaciones personales y el contacto íntimo. Aunque la mayoría de los pacientes creen que este tipo de respuesta es esencial para el manejo de su condición, también reconocen que está es la causa principal de su sufrimiento (Staudacher et al., 2023). Por lo tanto, se ha sugerido que el contenido o la naturaleza de las experiencias estresantes o angustiosas (físicas o psicológicas) no causan el sufrimiento en el SII, sino más bien, la forma en que se relacionan los pacientes con dichas experiencias y cómo intentan afrontarlas (Staudacher et al., 2023). Estas estrategias producen un alivio a corto plazo que las refuerza a ser repetidas en el futuro, pero perpetúan el ciclo del miedo, el malestar físico y emocional que sufren estas personas a largo plazo. El comportamiento evitativo vinculado a los síntomas es uno de los factores que pueden afectar negativamente al pronóstico del SII (OMG, 2015) y que pueden provocar una baja adherencia al tratamiento (Zamani, Alizadeh-Tabari, y Zamani, 2019).

7.18. Anexo 18: Tratamientos farmacológicos con evidencia en SII.

El tratamiento farmacológico se recomienda para pacientes con sintomatología moderada-grave que presentan deterioro de su calidad de vida y se compone de: laxantes osmóticos para el estreñimiento, fármacos antidiarreicos, antiespasmódicos para aliviar el dolor abdominal, probióticos para restablecer la salud de la microbiota y antidepresivos para los síntomas globales de la enfermedad y el dolor abdominal (Sebastián Domingo, 2022). En una RS y MA realizados por (Ford et al., 2019), se concluyó que los antidepresivos resultaron eficaces a la hora de reducir los síntomas en pacientes con SII. El tratamiento debe basarse en el síntoma predominante y en el subtipo de SII.

A continuación, se presentan los principales fármacos aprobados para el tratamiento del SII por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y utilizados en España (Sebastián Domingo, 2022):

- **Estreñimiento:** laxantes osmóticos habituales (fármaco bien tolerado, de respuesta rápida y que se mantiene el tiempo, pero produce un efecto adverso que es la diarrea).
- **Diarrea:** Loperamida (más eficaz que el placebo al disminuir la frecuencia para defecar y aumentar la consistencia de las heces, pero no para aliviar la hinchazón, el malestar abdominal, ni los síntomas globales).
- **Antiespasmódicos:** aceite de menta piperita, otros antiespasmódicos que trabajan directamente en la relajación del músculo liso intestinal (funcionan para aliviar los síntomas de dolor abdominal, pero no se ha establecido su eficacia a largo plazo). También se incluyen los que actúan mediante sus propiedades anticolinérgicas o antimuscarínicas.
- **Probióticos:** el uso de determinadas cepas de *Bifidobacterium bifidum* ha concluido en una mejoría de los síntomas de al menos un 30% del dolor abdominal y un alivio significativo general, en al menos 4 de las 8 semanas del tratamiento. En una RS y MA realizados por (Asha y Khalil, 2020), se concluyó que los probióticos presentan potencial para aliviar la sintomatología global del SII, reduciendo el dolor abdominal, los gases intestinales, la sensación de urgencia y mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Los efectos encontrados al analizar los prebióticos no fueron significativos, pudiendo en algunos casos resultar contraproducentes, ya que se componen de hidratos de carbono y polioles de cadena corta de mala absorción y altamente fermentables (FODMAP, por sus siglas en inglés); en muchos casos, pudiendo exacerbar los síntomas del SII. En otra RS y MA posterior (Zhang et al., 2022), se sugiere que

determinados probióticos como la *Bacillus coagulans* son especialmente efectivos a la hora de aliviar los síntomas globales de SII, el dolor abdominal, la distensión abdominal. Por otro lado, se demostró que aquellos que tomaron *Lactobacillus acidophilus* mostraron una incidencia menor de eventos adversos.

- **Antidepresivos:** en una RS y MA sobre tratamientos farmacológicos en SII, se encuentra que los efectos del tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADTI) y los de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son similares. Algunas guías clínicas (Zhang et al., 2022) y trabajos de RS (Zhang et al., 2022), coinciden en recomendar el uso de amitriptilina (ADTI) para tratar los síntomas globales del SII y el dolor abdominal.

7.19. **Anexo 19: Tratamientos basados en la modificación de la dieta con evidencia en SII.**

Las intervenciones centradas en la modificación de la dieta se basan principalmente en dos modelos: las dietas de exclusión y la dieta FODMAP (Sebastián Domingo, 2022). Por un lado, la dieta FODMAP: centrada en evitar o reducir el consumo de alimentos que contienen estas sustancias. El objetivo de esta dieta es reducir la cantidad de gases en el intestino delgado y el colon, aliviando así los síntomas del SII (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; Romero, 2020). Por otro lado, las dietas de exclusión, en pacientes que presentan diarrea relacionada con el consumo de ciertos alimentos específicos, se recomienda su exclusión de la dieta durante varias semanas (4-8 semanas) y su posterior reintroducción gradual hasta niveles que no produzcan síntomas (Sebastián Domingo, 2022).

En una RS y MA realizados por (van Lanen, de Bree, y Greyling, 2021) para evaluar la eficacia de una dieta baja en FODMAP en adultos diagnosticados de SII, se concluyó que este tipo de dieta ayuda a reducir la sintomatología gastrointestinal y a mejorar la calidad de vida en pacientes que sufren de SII, en comparación con otras dietas usadas como grupo control. En otra RS y MA realizada por (Black, Staudacher, y Ford, 2022), se encontró que la FODMAP fue la mejor opción en comparación con cinco intervenciones dietéticas alternativas para el SII, en términos de eficacia. En otra reciente RS y MA (Yu et al., 2022), se concluyó que las dietas bajas en almidón y sacarosa, dietas bajas en FODMAP y las dietas sin gluten, tuvieron efectos superiores sobre el resto de dietas analizadas, a la hora de reducir los síntomas de SII.

7.20. Anexo 20: Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual SII

La TCC trabaja con los pensamientos automáticos, sesgos cognitivos y las creencias distorsionadas que subyacen al SII. Además, incorpora la exposición sistemática, la cual puede ser particularmente eficaz para mejorar los síntomas gastrointestinales y el funcionamiento diario en personas con SII. Permite brindar a las personas la oportunidad de practicar sus rutinas diarias a pesar de sus síntomas físicos. La exposición también puede reducir la hipervigilancia a las sensaciones viscerales, una característica del SII que se cree que exacerba los síntomas (Laird et al., 2017).

7.21. Anexo 21: Críticas al enfoque de la TCC en el tratamiento psicológico del SII

Un estudio de concluyó que la TCC no es más efectiva que el grupo control con condición de placebo (Blanchard et al., 2007) y otro estudio mostró que los beneficios de la TCC en SII no se mantienen a largo plazo, disminuyendo tras seis meses de seguimiento (Kennedy et al., 2006). Otros trabajos, indican que los tratamientos psicológicos como la TCC, la terapia psicodinámica y la hipnoterapia (Peters, Muir, y Gibson, 2015) pueden ser eficaces para mejorar los síntomas del SII, sin embargo, concluyen que la mejora es moderada e inconsistente; manteniendo el SII como una condición crónica y, por lo tanto, en estos casos, un enfoque basado en la aceptación tiene el potencial para ser particularmente eficaz (Lakhan y Schofield, 2013).

7.22. Anexo 22: SII desde la perspectiva de la ACT

El objetivo de la intervención basada en ACT es ayudar al paciente a desarrollar y mejorar las habilidades que le permitan tomar consciencia y aceptar los eventos privados relacionados con la enfermedad (pensamientos, sentimientos de vergüenza, culpa, miedo, ansiedad, estrés, síntomas específicos etc.) en lugar de cambiarlos y, por tanto, alinear su repertorio conductual hacia sus valores y objetivos en la vida (Sebastián Sánchez et al., 2017). Esta modalidad de terapia aporta una nueva conceptualización del sufrimiento de los pacientes con SII, quienes se caracterizan por presentar conductas que buscan controlar, alterar o eliminar las experiencias físicas, emocionales y cognitivas asociadas con el SII, tanto en presencia, como en ausencia de síntomas (Sebastián Sánchez et al., 2017).

Estos comportamientos parecen estar motivados por una excesiva fusión con su autoconcepto como personas enfermas de SII, con creencias o cogniciones disfuncionales específicas sobre la enfermedad y por un predominio de las consecuencias futuras o la comparación con un pasado idealizado (antes de sufrir el SII). También presentan patrones evitativos cognitivos y conductuales, que proporcionan un alivio a corto plazo de sus experiencias internas desagradables, en lugar de comportamientos valiosos y coherentes con sus valores (Ferreira et al., 2011). Estos son procesos que ocurren de forma simultánea, que contribuyen a aumentar esta inflexibilidad psicológica de los pacientes que sufren SII, reduciendo el repertorio conductual del paciente, llevándolo a la inacción, la evitación persistente y a una limitación cada vez mayor de su vida (Hayes et al., 2006).

Un patrón de inflexibilidad psicológica mantenido en el tiempo puede alterar el comportamiento de la persona, resultando en síntomas cada vez más severos, tanto físicos como psíquicos y en una menor calidad de vida (Sebastián Sánchez et al., 2017).

7.23. Anexo 23: Consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/D^a _____, mayor de edad,
con DNI _____, y domicilio en _____,
actuando en mi propio nombre manifiesto que:

He recibido de D/D^a _____, psicólogo
colegiad_ n.º CM _____, toda la información necesaria, de forma confidencial, clara,
comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos,
temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que he
formulado, y que este proceso está sujeto al secreto profesional y al resto de los preceptos que rigen
en el Código Deontológico y en las diferentes normas de deontología profesional de la Psicología.

Así mismo se me ha informado de que:

- Como profesional, tiene la obligación legal de revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo grave para mí o terceras personas, si tuviera conocimiento de la comisión actual o futura de un delito contra mí mismo/a u otras personas, o bien porque así fuera ordenado judicialmente; en este último caso, se proporcionará sólo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- Tengo, como cliente, el derecho de interrumpir la intervención cuando desee.
- El presente consentimiento podrá ser revocado libremente y por escrito en cualquier momento, y sin expresión de la causa.

Por tanto, AUTORIZO y OTORGO MI EXPRESO CONSENTIMIENTO a D/D^a _____, a realizar la citada intervención profesional y a todo lo indicado anteriormente.

He recibido una copia de este documento

En _____, a ____ de _____ de 202__

Fdo: D/D^a _____

Fdo: D/D^a _____
Psicólogo_ Colegiad_ CM _____

Modelo recomendado por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de la Psicología de CLM

7.24. Anexo 24: Hipótesis específicas de intervención

En relación a la calidad de vida relacionada con el SII:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar pacientes con un nivel de calidad de vida bajo, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en el IBS-QOL.
- Tras la intervención se espera encontrar una mejoría en la calidad de vida, mediada por el compromiso a llevar a cabo acciones que estén alineadas con los valores y reflejadas en un incremento en las puntuaciones del IBS-QOL.
- Durante y tras la fase de seguimiento se espera que los pacientes hayan desarrollado la capacidad de prevenir posibles recaídas haciendo uso de las herramientas aprendidas durante todo el programa.

En relación a la flexibilidad psicológica:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar pacientes con un patrón cognitivo y conductual de inflexibilidad psicológica, con una marcada rigidez a la hora de evitar alimentos, situaciones, lugares y circunstancias relacionadas con la alimentación, así como con sus síntomas físicos, psicológicos y con su malestar. Se espera encontrar una puntuación baja en las diferentes dimensiones del IBS-AAQ.
- Tras la intervención un aumento de la flexibilidad psicológica, dejando atrás la rigidez cognitiva y conductual, aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan vivir una vida más alineada con los valores. Se espera encontrar una mejoría en las puntuaciones de las diferentes dimensiones del IBS-AAQ.

En relación a la evitación experiencial, el control y la aceptación:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar pacientes con un nivel de aceptación bajo sobre sus experiencias internas relacionadas con el SII, con un estilo de afrontamiento basado en estrategias de evitación experiencial y de control.
- Una reducción de las estrategias de afrontamiento basadas en evitación experiencial y control (reduciendo las puntuaciones en el BEAQ), así como un aumento de las estrategias basadas en la aceptación y la exposición (aumentando las puntuaciones de la dimensión de aceptación del IBS-AAQ).

En relación a la atención plena:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar un grupo de pacientes con un nivel bajo de conciencia sobre el momento presente, teniendo en cuenta las puntuaciones del FFMQ.
- Tras realizar la intervención se espera que el nivel de autoconciencia y autoobservación aumente, teniendo en cuenta las puntuaciones del FFMQ.

En relación a la fusión cognitiva:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar pacientes que presenten una fusión cognitiva muy marcada con su concepto de enfermo y con las experiencias internas relacionadas al SII. Se tendrán en cuenta las puntuaciones del CFQ y el BAFT.
- Tras la intervención se espera que los participantes presenten una mayor comprensión de los patrones que rigen su pensamiento, de las emociones y las conductas asociadas a su enfermedad. Además de, una toma de perspectiva que permita diferenciar a la persona de sus experiencias internas desagradables. Se espera que las puntuaciones de fusión cognitiva mejoren en el CFQ y en el BAFT.

En relación a los valores y el compromiso:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar a personas con unos valores difusos y una discordancia significativa entre sus valores y su vida actual, teniendo en cuenta las puntuaciones del VLQ.
- Tras la intervención se espera encontrar una mayor conciencia de los valores personales, los cuales estarán alineados con las acciones realizadas en la vida diaria. Se espera encontrar una mejoría en las puntuaciones del VLQ.
- En cuanto al compromiso se espera que los pacientes comiencen la intervención mostrando puntuaciones bajas en su nivel de compromiso con las acciones que se alinean con sus valores; y tras la intervención, se espera que mejoren las puntuaciones en el nivel de compromiso, medido mediante el CAQ-8.

En relación a la inactividad conductual y el aislamiento social:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar a personas con un nivel de aislamiento

social elevado y una vida llena de limitaciones en diferentes ámbitos (a nivel académico / laboral, social y familiar).

- Tras la intervención se espera que se reduzca el aislamiento social y se aumente la activación conductual, aumentando el número de actividades de carácter social llevadas a cabo en el ámbito laboral/académico (reducción del absentismo y presentismo), social (planes de ocio) y familiar (actividades en familia).

En relación a la sintomatología ansioso-depresiva:

- Al comenzar la evaluación se espera encontrar niveles elevados de sintomatología ansioso-depresiva, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación BDI-II y STAI.
- Tras la intervención se espera encontrar una mejoría indirecta significativa en los síntomas ansioso-depresivos, evaluados mediante el BDI-II y el STAI.

En relación a la gravedad de los síntomas gastrointestinales:

- Al comenzar la intervención se espera encontrar personas con una gravedad de la sintomatología gastrointestinal de nivel moderado-grave, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en el IBS-SSS.
- Tras la intervención se espera encontrar una mejoría indirecta de la gravedad de los síntomas gastrointestinales, teniendo en cuenta las puntuaciones del IBS-SSS.

7.25. Anexo 25: Entrevista semiestructurada de elaboración propia

DATOS PERSONALES			
Nombre y Apellidos		Edad	
Fecha de Nacimiento		Lugar de nacimiento	
Sexo		Género	
Estado civil		¿Con quién vive actualmente?	
Nivel de estudios		Ocupación	
Fecha de valoración			
Datos del terapeuta		Nº colegiado	
CONTACTO			
Correo electrónico		Teléfono fijo / móvil	
ANTECEDENTES CLÍNICOS			
¿Tiene usted problemas de salud?		Indique cuáles	
¿Tiene o ha tenido problemas con el consumo de sustancias?		¿Ha recibido o recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico?	
¿Toma usted medicación en la actualidad?		Indique cuál y para qué	
Informes previos aportados			
MOTIVO DE CONSULTA			
Describa con sus palabras en qué consiste el problema por el que acude a consulta			
¿Cómo le afecta?		¿En qué áreas de su vida le afecta?	
Desarrollo del problema (desde que comenzó hasta la actualidad)			
¿Por qué cree que le ocurre?		¿Frecuencia, intensidad, duración?	
Situaciones o circunstancias ante las que ocurre		¿Se ha mantenido igual, ha	

		empeorado o mejorado?	
¿A quién ha consultado previamente sobre su problema?		¿Qué tratamiento ha llevado o lleva? ¿Cuál ha sido su efecto?	
Cuando se le presenta el problema, ¿qué piensa?		¿Cuánto tiempo le dedica al día a pensar en su problema?	
¿Qué siente?			
¿Qué hace para resolverlo?		¿Resultan efectivas esas estrategias?	
¿En qué cree que le podría ayudar seguir un tratamiento psicológico?			
¿Qué aspectos de su vida le gustaría mejorar?			
ÁREA DE OCIO			
¿Cuáles son sus intereses y aficiones?		¿En qué ocupa la mayor parte del tiempo?	
¿Disfruta el tiempo de ocio?		¿Con quién lo comparte?	
¿Ha afectado su problema a su tiempo de ocio? ¿Cómo?		¿Ha dejado de realizar actividades de ocio? ¿Por qué?	
ÁREA SOCIAL			
¿Cuántos amigos tiene?		¿Pasa mucho tiempo con ellos?	
¿A cuántos considera buenos amigos?		¿Suele contarles a sus amigos acerca de su problema?	
¿Hay alguien que le esté ayudando o que pueda hacerlo?		¿Le resulta fácil hacer nuevas amistades y conservarlas?	
ÁREA ACADÉMICO / LABORAL			
En la actualidad, ¿trabaja o		¿Se siente satisfecho con su desempeño	

estudia? ¿En qué?		en el ámbito académico o laboral?	
¿Considera que su problema le puede estar afectando a su desempeño?		¿Suele ausentarse del trabajo o de los estudios por culpa de su problema?	
ÁREA FAMILIAR			
¿Qué personas conforman su núcleo familiar?		¿Se siente comprendido y apoyado por sus familiares cercanos?	
¿Considera que su problema puede afectar o haber afectado a sus relaciones familiares?			
OTRAS ÁREAS DE INTERÉS			
¿Ha cambiado tu forma de alimentarte desde la aparición del problema?		¿Llevas acabo algún tipo de dieta? ¿En qué consiste?	
¿Has experimentado alteraciones de la calidad de tus relaciones sexuales?		¿Crees que puede guardar relación con el problema?	
¿Has experimentado dificultades para conciliar el sueño?		¿A qué crees que puede deberse?	
¿En qué piensas y cómo te sientes cuando no puedes dormir?		¿Qué medidas tomas para intentar conciliar el sueño?	

7.27. Anexo 27: Pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar las variables de interés.
Tabla 4
Pruebas estandarizadas utilizadas para medir las diferentes variables dependientes de interés

Función	Proceso a evaluar	Prueba psicológica	Duración
Evaluación de cribado	Aspectos sociodemográficos, criterios de inclusión y estado mental general.	Entrevista semiestructurada de elaboración propia	30 min
	Deterioro cognitivo	Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	10 min
	Rasgos y conductas compatibles con Trastornos de Personalidad	Cuestionario de evaluación (IPDE Módulo DSM-5)	30 min
	Conductas compatibles con un Trastorno de la Conducta Alimentaria	Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)	10 min
	Abuso activo o dependencia del alcohol	Test para Identificar los Trastornos del Uso del Alcohol (AUDIT)	10 min
	Abuso activo o dependencia de drogas	Cuestionario sobre uso de drogas (DAST-10)	10 min
	Ideación suicida	Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)	10 min
	Severidad de la sintomatología depresiva	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	10 min
	Sintomatología ansiosa (estado o rasgo)	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	10 min
Evaluación psicológica	Flexibilidad psicológica, evitación experiencial y aceptación del SII	Cuestionario de Aceptación y Acción para el Síndrome del Intestino Irritable (IBS-AAQ)	10 min
	Evitación experiencial	Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ)	5 min
	Fusión cognitiva	Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)	5 min
	Fusión cognitiva con pensamientos y emociones relacionados con la ansiedad	Cuestionario de Credibilidad de Pensamientos y Sentimientos Angustiosos (BAFT)	10 min
	Atención y conciencia plena	Test 5 facetas del mindfulness (FFMQ)	10 min
	Alineación acciones diarias / valores	Cuestionario de Valoración Vital (VLQ)	5 min
	Compromiso con acciones valiosas	Committed Action Questionnaire (CAQ)	5 min
	Calidad de vida relacionada con el SII	Calidad de vida relacionada con el SII (IBS-QOL)	15 min
	Gravedad de los síntomas gastrointestinales	Cuestionario de gravedad de los síntomas de SII (IBS-SSS)	5 min

Nota. Los tiempos de administración son estimaciones aproximadas y pueden variar según el rendimiento y las características de cada paciente.

7.28. Anexo 28: Resultados esperados

La propuesta de intervención expuesta en el presente trabajo no ha sido implementada previamente, por consiguiente, los >16 que se exponen a continuación están basados en hipótesis formuladas por el autor de este trabajo, derivadas del análisis teórico y la revisión de la literatura existente sobre el SII y la ACT. En general, se anticipan diferencias significativas entre las medidas de evaluación previas al tratamiento, posteriores al tratamiento y en la evaluación final de seguimiento:

En relación a la calidad de vida:

- Se espera que en el cuestionario IBS-QOL, se experimente un aumento de las puntuaciones de calidad de vida en la escala global y en todas las subescalas, especialmente en evitación alimentaria, interferencia con la actividad diaria, relaciones interpersonales y preocupaciones por la salud. Pasando de puntuaciones de < 50 a ≥ 50

En relación a la flexibilidad psicológica:

- Se espera que en el cuestionario IBS-AAQ, se experimente un aumento de las puntuaciones globales de la prueba, pasando de unas puntuaciones de <60 a ≥ 60 .

En relación a la evitación experiencial:

- Se espera que en el cuestionario BEAQ, los pacientes pasen de puntuaciones ≥ 35 a puntuaciones comprendidas entre 15 – 34.

En relación a la fusión cognitiva general:

- Se espera que los pacientes en el cuestionario CFQ, pasen de puntuaciones <29 a puntuaciones ≥ 29 .

En relación a la fusión cognitiva con los pensamientos y sentimientos angustiosos:

- Se espera que los pacientes en el cuestionario BAFT, pasen de puntuaciones de ≥ 61 a < 61 .

En relación a el nivel de atención plena:

- Se espera que los pacientes presenten una puntuación en el cuestionario FFMQ de 39 – a 97, indicando un nivel bajo de *Mindfulness*, y que tras la intervención pase a aumentar hasta 97 – 195, indicando un nivel moderado-alto.

En relación a la alineación entre las acciones diarias y los valores:

- Se espera que los pacientes obtengan en el cuestionario VLQ, unas puntuaciones iniciales de ≤ 42 y que tras la intervención aumenten a > 42 .

En cuanto el compromiso a realizar acciones alineadas con los valores:

- Se espera que los pacientes comiencen la intervención con puntuaciones entre 0-16 indicando un bajo compromiso, y terminen la intervención con puntuación >16 indicando un compromiso moderado-alto.

En relación a la gravedad de los síntomas gastrointestinales:

- Se espera que los pacientes inicien con puntuaciones altas ≥ 175 y que al terminar la intervención se reduzcan hasta < 175 .

En relación a la sintomatología depresiva:

- Se espera que los pacientes muestren unas puntuaciones iniciales de ≥ 14 y que tras la intervención se reduzcan hasta ≤ 13 .

En relación a la sintomatología ansiosa:

- Se espera que los pacientes disminuyan la sintomatología ansiosa de estado o rasgo, alcanzando puntuaciones que se encuentren la media del centil o inferior, según su edad.

7.29. Anexo 29. Tabla 6: Presupuesto

ÁREA	TIPO	N.º SESIONES TOTALES	PRESUPUESTO (60€ sesión)	TOTAL
Evaluación, intervención y seguimiento	Evaluación de cribado	3 x 32 = 96	5760€	47.040€
	Evaluación pre y post intervención	4 x 32 = 128	7680€	
	Evaluación de seguimiento	2 x 32 = 64	3840€	
	Sesiones individuales de intervención	12 x 32 = 384	23.040€	
	Sesiones grupales de intervención	4 x 32 = 128	7680€	
	Sesiones de seguimiento presenciales	1 x 32 = 32	1920€	
	Sesiones de seguimiento online	1 x 32 = 32	1920€	
	Seguimiento telefónico (15 min)	2 x 0,25 x 32 = 16	960€	
Materiales	Material de papelería, (folios, bolígrafos, láminas...)			100€
	Instrumentos de evaluación psicométrica (test y cuestionarios estandarizados)			500€
	Teléfono móvil			300€
	Ordenador portátil			400€
	Proyector			80€
Gastos operativos	Cuota de autónomo (12 meses)			3528€
	Seguro de responsabilidad civil (a través del COP)			13€
	Seguridad social (12 meses)			600€
	Ley de protección de datos			180€
	Internet (12 meses)			400€
GASTO TOTAL DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN				58.901€

7.30. Anexo 30: Tabla 7. Cronograma del programa

Cronograma de las sesiones del programa		
BLOQUE	SESIÓN	TEMPORALIZACIÓN
CRIBADO	Sesiones 1, 2 y 3	Semana 1 - 4
FASE INTRODUCTORIA	Sesiones 4 y 5	Semana 5 – 6
FASE PRETRATAMIENTO	Sesiones 6 y 7	Semana 7 - 8
TRATAMIENTO	Sesiones 8 – 19	Semana 9 - 29
FASE POSTRATAMIENTO	Sesiones 20, 21 y 22	Semana 30 - 32
SEGUIMIENTO TELEFÓNICO	Sesiones 23 y 24	Semana 36 y 40
SEGUIMIENTO PRESENCIAL	Sesión 25	Semana 44
SEGUIMIENTO ONLINE	Sesión 26	Semana 56
EVALUACIÓN FINAL	Sesiones 27, 28 y 29	Semana 80

7.31. Anexo 31. Tabla 8: Esquema de las sesiones

SESIONES DE EVALUACIÓN INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO		
SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS
Sesión 1: Cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el programa • Firmar el consentimiento • Recoger datos demográficos y clínicos • Recoger puntuaciones de cribado • Fomentar la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta presentación • Consentimiento informado • Entrevista semiestructurada • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
Sesión 2: Cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger puntuaciones de cribado • Evaluar criterios de inclusión-exclusión • Fomentar la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional • MoCA, AUDIT, DAST-10 y STAI • “Metáfora del Autostopista” • Ejercicio: “Un viaje compartido”
Sesión 3: Cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger puntuaciones de cribado • Evaluar criterios de inclusión-exclusión • Fomentar la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional • IPDE, EAT-40, SSI y BDI-II • “Metáfora del paseo en bicicleta” • Ejercicio: “Compartir historias”
Sesión 4: Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer equipo de trabajo • Adquirir conocimientos de SII, de ACT y presentar calendario de sesiones. • Fomentar apoyo social y sentimientos de pertenencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre SII • Psicoeducación ACT • Relato de experiencias individuales

	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Validación emocional • Preguntas y respuestas • Ejercicio: “Anclaje de la Respiración”
<p>Sesión 5: Intervención Individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la ACT • Introducir el SII • Fomentar y validar la expresión del paciente • Establecer objetivos terapéuticos individuales • Introducir concepto de dolor y sufrimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre ACT y SII • “Metáfora de los escaladores” • “Tu inventario de sufrimiento” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 6: Evaluación pre-intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas pre-intervención • Fomentar y validar la expresión del paciente • Promover la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • IBS-QOL, BEAQ, CFQ y BAFT. • Preguntas de sondeo • Diálogo socrático • Validación emocional
<p>Sesión 7: Evaluación pre-intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas pre-intervención • Fomentar y validar la expresión del paciente • Promover la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ e IBS-SSS • Preguntas de sondeo • Diálogo socrático • Validación emocional
<p>Sesión 8: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Devolver y explicar los resultados de la evaluación • Reajustar objetivos en base a los resultados • Profundizar en el concepto de la paradoja de la lucha contra el sufrimiento • Introducir el concepto de evitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección de “Tu inventario de sufrimiento” • “Diferencias Modelo Médico vs Modelo Contextual” • “Autorregistro Funcional de Conducta” • Metáfora de las

		<p>Arenas Movedizas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 9: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir el concepto de control como problema • Desafiar las reglas que rigen el control • Cuestionar las estrategias de afrontamiento • Disponerse a adoptar otras estrategias de afrontamiento alternativas • Promover la aproximación al malestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección de “Autorregistro Funcional de Conducta” • “Metáfora de la lucha contra el monstruo” • Ejercicio experiencial: “El nombre de tu madre” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 10: Intervención grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre farmacología del SII • Educar sobre el SII refractario • Ofrecer pautas de adherencia al tratamiento farmacológico • Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza • Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre farmacológica del SII • Psicoeducación sobre la adherencia al tratamiento farmacológico • Relato de experiencias individuales • Ejercicio: “Las bolitas de papel” • “Metáfora del Campo de Hoyos” • Preguntas y respuestas • Validación emocional
<p>Sesión 11: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir el concepto de Evitación Experiencial • Desafiar las reglas que rigen la 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección del “Autorregistro Funcional de

	<p>evitación experiencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un sentido paradójico en el paciente que le lleve a cuestionar sus estrategias y a disponerse a adoptar otras más funcionales • Cuestionar la preocupación excesiva y la rigidez conductual • Promover la aproximación al malestar mediante la exposición y la aceptación activa de las experiencias aversivas 	<p>Conducta”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre evitación experiencial • Diálogo socrático y escucha activa • “Metáfora del tigre hambriento” • Ejercicio: “Qué estas sintiendo ahora?” • Ejercicio: “La uva pasa” • Validación emocional
<p>Sesión 12: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar consciencia del poder del lenguaje y su influencia en el pensamiento • Desmantelar el lenguaje y sus funciones • Minimizar el valor de las palabras • Alterar la literalidad de las palabras • Reducir la fijación entre la palabra y la función • Tomar consciencia del problema que suponen los pensamientos • Aprender a observar los pensamientos desde fuera y no fusionarse con ellos 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre el lenguaje y relación con la evitación y el sufrimiento • “Ejercicio de la pieza de música” • Psicoeducación sobre fusión cognitiva • “Metáfora de la radio siempre encendida” • “Ejercicio: Contemplando el tren de la mente” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 13: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el nivel de conciencia de la enfermedad por medio de la atención plena y la autoobservación. • Identificar las principales creencias disfuncionales y sesgos presentes en el SII • Identificar y comprender las 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre toma de perspectiva (“Yo contenido” vs. “Yo contexto”) • Corrección del Ejercicio: “Contemplando el tren de la mente”

	<p>principales emociones y conductas derivadas de los patrones de pensamiento disfuncionales, de los sesgos cognitivos y de las creencias erróneas del SII.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la toma de perspectiva de la propia vida y la aceptación de los eventos psicológicos privados aversivos como elementos externos a la persona, mediante la defusión cognitiva • Reestructurar los patrones de pensamiento disfuncionales del SII mediante la toma de perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • “Metáfora del Tablero de Ajedrez” • “Ejercicio del Observador” • “Meditación del Aquí y el Ahora” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 14: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el nivel de conciencia de la enfermedad por medio de la atención plena y la autoobservación. • Identificar las principales creencias disfuncionales y sesgos presentes en el SII • Identificar y comprender las principales emociones y conductas derivadas de los patrones de pensamiento disfuncionales, de los sesgos cognitivos y de las creencias erróneas del SII. • Fomentar la toma de perspectiva de la propia vida y la aceptación de los eventos psicológicos privados aversivos como elementos externos a la persona, mediante la defusión cognitiva • Reestructurar los patrones de pensamiento disfuncionales del SII mediante la toma de perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección: “Autorregistro Funcional de Pensamiento” • Ejercicio: “Hojas Flotando en la Corriente” • Psicoeducación sobre pensamientos negativos y autoconceptualizaciones • Ejercicio: “Considerando autoconceptualizaciones” • Ejercicio experiencial: “Yo no soy eso” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 15: Intervención grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conocimientos sobre alimentación en SII y las 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional y

	<p>principales dietas que respalda la evidencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conocimientos sobre conductas alimentarias inadecuadas y los signos de alarma de TCA. • Conocer los diferentes tipos de TCA y sus características. • Aprender estrategias para la adherencia a la intervención dietética. • Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza • Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales 	<p>dietética en SII</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre TCA, signos de alarma y prevención • Estrategias de adherencia a la dieta • Relato de experiencias individuales • Ejercicio: “Simplemente sentarse” • Preguntas y respuestas • Validación emocional
<p>Sesión 16: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la consciencia y atención plena • Renunciar al control de la experiencia. • Desarrollar una actitud de observación de la experiencia, sin valorarla, aceptándola tal y cómo se da. • Aprender a centrarse intencionalmente en el presente. • Explorar el malestar físico y psicológico ocasionado por los síntomas de SII, sin tratar de reducirlo o controlarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre <i>Mindfulness</i>, su relación con la ACT y su utilidad en SII • Principios del <i>Mindfulness</i> y actitudes necesarias • “Meditación <i>Body Scan</i>” • “Metáfora del Invitado Indeseado” • Ejercicio: “Comer conscientemente” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 17: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender qué son los valores, que no son y cómo dan un sentido a nuestra vida. • Identificar y articular los valores que consideran valiosos para su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Metáfora del Jardín” • Psicoeducación sobre valores • Ejercicio “¿Para qué quieres tu vida?”

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre cómo los valores influyen en las decisiones y en el bienestar. • Definir metas vitales específicas en base a los valores identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio: “La rueda de la vida” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 18: Intervención individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la congruencia entre los valores identificados y los comportamientos actuales de evitación y control, relativos al SII. • Establecer metas alineadas con los valores personales y el manejo del SII. • Definir las acciones que pueden ser útiles para lograr dichas metas. • Desarrollar un plan de acciones específico, encaminado a mejorar el manejo del SII y a vivir una vida alineada con los valores personales identificados. • Valorar las conclusiones y decisiones a las que llega el paciente sobre la terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de valores • Psicoeducación sobre valores, disposición, compromiso y acción • Metáfora “El ancla en la tormenta” • Metáfora “La Brújula de la Vida” • Ejercicio: “Muchos mapas para distintos viajes” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 19: Intervención grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas y estrategias efectivas para la prevención de recaídas • Fomentar el apoyo social, los sentimientos de pertenencia y la confianza • Mejorar la autopercepción mediante la comparación con los iguales • Reflexionar sobre el proceso terapéutico e intercambiar experiencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en prevención de recaídas • Diario Personal de Seguimiento • Plan Específico de Prevención de recaídas • Metáfora “El farol en la niebla” • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 20: Evaluación post-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas post-intervención 	<ul style="list-style-type: none"> • IBS-QOL, BEAQ,

intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar puntuaciones pre-post • Monitorizar sesgos de evaluación 	CFQ, BAFT y STAI.
Sesión 21: Evaluación post- intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas post-intervención • Comparar puntuaciones pre-post • Monitorizar sesgos de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II.
Sesión 22: Devolución de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Devolver y explicar los resultados de la evaluación • Reajustar objetivos del seguimiento en base a los resultados pre-post • Adaptar el plan de mantenimiento y prevención de recaídas • Brindar apoyo emocional y motivacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de informes e interpretación de los mismos • Discusión de resultados y objetivos • Reajuste de objetivos para adaptarlos a la fase de seguimiento • Validación emocional
Sesiones 23 y 24: Seguimiento telefónico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la persistencia de los progresos • Reforzar las habilidades y estrategias aprendidas • Identificar y ayudar a manejar las posibles dificultades • Ajustar el plan de mantenimiento a las dificultades encontradas • Proporcionar apoyo emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamada telefónica • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional • Pautas para posibles recaídas
Sesión 25: Intervención de recuerdo presencial	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el progreso en relación a los objetivos marcados para el seguimiento • Reforzar las habilidades adquiridas durante la terapia • Identificar factores de riesgo que pueden desencadenar recaídas • Explorar y abordar nuevos desafíos o metas que se hayan presentado • Reformular nuevos objetivos y plantear nuevas estrategias para alcanzarlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación componentes ACT • Preguntas y respuestas • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
Sesión 26:	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la implementación a largo 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación

<p>Intervención de recuerdo presencial</p>	<p>plazo de las estrategias aprendidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar nuevos desafíos o cambios en las circunstancias de los pacientes • Proporcionar apoyo y recursos adicionales en base a las necesidades identificadas • Recoger <i>feedback</i> sobre la efectividad del programa y sugerencias de mejora 	<p>componentes ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas • Diálogo socrático y escucha activa • Validación emocional
<p>Sesión 27: Evaluación de seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas de seguimiento • Comparar puntuaciones pre-post y seguimiento • Monitorizar sesgos de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Feedback</i> sobre el progreso del paciente • IBS-QOL, BEAQ, CFQ, BAFT y STAI
<p>Sesión 28: Evaluación de seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener medidas de seguimiento • Comparar puntuaciones pre-post y seguimiento • Monitorizar sesgos de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Feedback</i> sobre el progreso del paciente • IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II
<p>Sesión 29: Cierre de la terapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Devolver los resultados y entregar el informe final • Asegurarse de que los pacientes comprenden el contenido del informe y que resuelven sus dudas • Reforzar las habilidades aprendidas • Recordar el plan de mantenimiento y prevención de recaídas • Cerrar el proceso terapéutico, agradecer y despedirse 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparación de medidas pre, post y seguimiento • Interpretación de resultados • Entrega de informe final • Repaso de contenidos del programa • Discusión sobre puntos fuertes y áreas de mejora • Pautas para prevención de recaídas • “Carta para la persona que fui”

7.32. Anexo 32. Tabla 9: Material para cada sesión

SESIÓN	MATERIALES
Sesión 1: Evaluación de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja informativa del programa • Consentimiento informado • Plantilla de la entrevista semiestructurada.
Sesión 2: Evaluación de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de MoCA, AUDIT, DAST-10 y STAI.
Sesión 3: Evaluación de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IPDE, EAT-40 y BDI-II.
Sesión 4: Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja resumen de fundamentos del SII • Hoja resumen de fundamentos de la ACT • Pautas para anclaje de la respiración • Calendario de sesiones.
Sesión 5: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta “Tu inventario de Sufrimiento” • Ficha “Diferencias entre Modelo Médico y Modelo Contextual”
Sesión 6: Evaluación pre-tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta IBS-QOL, BEAQ, CFQ y BAFT
Sesión 7: Evaluación pre-tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ e IBS-SSS
Sesión 8: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha “Diferencias entre Modelo Médico y Modelo Contextual” • Hoja de respuesta de “Autorregistro Funcional de Conducta” • Hoja de respuesta de “Tu inventario de sufrimiento”
Sesión 9: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta “Autorregistro Funcional de Conducta”
Sesión 10: Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja resumen adherencia al tratamiento farmacológico.

	<ul style="list-style-type: none"> • Bolas de papel.
Sesión 11: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta “Autorregistro Funcional de Conducta” • Hoja resumen de la evitación experiencial • Hoja resumen de pautas y actitudes del Mindfulness. • Paquete de uvas pasas.
Sesión 12: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de psicoeducación sobre defusión cognitiva Reproductor de música • Radio • Hoja de respuesta del Ejercicio: “Contemplando el tren de la mente”.
Sesión 13: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta del Ejercicio: “Contemplando el tren de la mente” • Hoja resumen de las diferencias del “Yo contenido” vs. “Yo contexto” • Tablero de Ajedrez. • Audio de Meditación “Aquí y ahora”
Sesión 14: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha del Ejercicio: “Hojas flotando en la corriente” • Hojas de respuesta del “Autorregistro Funcional de Conducta” • Plantilla de respuesta del Ejercicio: “Considerando tus Autoconceptualizaciones” • Plantilla del Ejercicio: “Yo no soy eso”.
Sesión 15: Intervención grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas de alimentación • Ficha de conductas de riesgo para desarrollo de un TCA
Sesión 16: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja resumen de los principios del <i>Mindfulness</i>, • Pautas de la “Meditación <i>Body Scan</i>”

	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas para la técnica de “Comer conscientemente”.
Sesión 17: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Plantilla “Metáfora del Jardín” • Plantilla Ejercicio: “La rueda de la vida” • Hoja resumen de “Psicoeducación sobre valores”,
Sesión 18: Intervención individual	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha “Lista de valores” • Hoja resumen “Psicoeducación sobre valores Compromiso y acción” • Plantilla Ejercicio “Muchos mapas para distintos viajes”
Sesión 20: Evaluación post-intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IBS-QOL, BEAQ, CFQ, BAFT y STAI.
Sesión 21: Evaluación post-intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II
Sesión 22: Devolución de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Informes psicológicos
Sesión 23 y 24: Seguimiento telefónico	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador y teléfono
Sesión 25: Intervención de recuerdo presencial	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja resumen de contenidos de la terapia • Diario de seguimiento
Sesión 26: Intervención de recuerdo online	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador • Diario de seguimiento
Sesión 27: Evaluación de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IBS-QOL, BEAQ, CFQ, BAFT y STAI.
Sesión 28: Evaluación de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de respuesta de IBS-AAQ, FFMQ, VLQ, CAQ, IBS-SSS y BDI-II
Sesión 29: Cierre de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Informe psicológico final, ficha resumen de los contenidos trabajados durante el programa y pautas de prevención de recaídas. Hoja de respuesta del Ejercicio “Carta para persona que fui”.

7.33. Anexo 33: Carta de presentación del programa

[Nombre del programa]
[Nombre de la Organización] [Dirección de la Organización] [Teléfono de contacto del coordinador] [Correo Electrónico] [Fecha de emisión de la carta]
Estimado/a Sr/a [Destinatario]:
<p>Objetivo del programa: Nos dirigimos a usted para presentarle el programa Manejo del Síndrome de Intestino Irritable mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso, desarrollado en [Nombre de la Organización]. Este programa tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que sufren de SII, mediante el desarrollo de una actitud de aceptación hacia su enfermedad y el compromiso con los valores que considere significativos para su vida.</p>
<p>Metodología: Este programa, constará de está enfocado en proporcionar terapia psicológica en forma individual (12 sesiones) y grupal (4 sesiones), pudiendo realizarse tanto de forma presencial, como online. Además, este programa incluye 3 sesiones de evaluación de cribado y 6 sesiones de evaluación psicológica en 3 momentos diferentes del tiempo, antes de la intervención, después y a los 12 meses, con el fin de evaluar si las mejorías logradas son mantenidas en el tiempo. El programa está basado en los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso, desde un enfoque holístico e integrador. Esta modalidad de terapia basada en la evidencia científica se considera una de las que mejores resultados está ofreciendo en la actualidad a los pacientes con enfermedades crónicas.</p>
<p>Temporalización: El programa se desarrollará a lo largo de 29 sesiones distribuidas durante 80 semanas, de las cuales las 32 primeras semanas, corresponden a la fase de evaluación e intervención y las 48 semanas restantes, a la fase de seguimiento. Las sesiones individuales tendrán una duración de 1 hora, mientras que las grupales durarán 2 horas.</p>
<p>Participación: La participación en este programa es completamente voluntaria y esperamos contar con su colaboración. Su participación puede resultarle beneficiosa ya que este programa persigue una mejoría en su calidad de vida de sus participantes.</p>
<p>Confidencialidad: Queremos asegurarle que toda información que proporcione será tratada con la máxima confidencialidad y se utilizará únicamente para los fines descritos en este programa. Por este motivo, adjuntamos el formulario de consentimiento informado, el cual explica con mayor detalle sus derechos y obligaciones como participante. Por favor, léalo detenidamente.</p>
<p>Si tiene alguna duda o necesita más información, no dude en contactarnos mediante los datos de contacto presentados a pie de página.</p>
<p>Agradecemos su tiempo y esperamos contar con su participación.</p>
Atentamente, [Firma del coordinador]

7.34. Anexo 34: “Metáfora del Autostopista”

Durante la sesión se introduce la actividad al paciente:

- “Quiero compartir contigo una metáfora que nos ayudará a entender mejor cómo trabajaremos juntos en esta terapia”.

A continuación, se procede con la metáfora:

- “Imagina que estás conduciendo tu coche por un camino largo y tortuoso. Durante el viaje te encuentras con un autoestopista en la carretera que decide acompañarte en tu viaje. No pretende decirte a dónde debes ir o cómo conducir, sólo quiere estar contigo, apoyarte durante el camino y ayudarte a encontrar las mejores rutas cuando te enfrentes a los obstáculos del camino”.
- “En esta metáfora, yo soy el autostopista, estoy aquí para acompañarte en tu viaje (la terapia), para ofrecerte apoyo y sugerencias cuando enfrentes desafíos. Pero recuerda, eres tú quién está al volante. Tú decidirás la dirección que tomamos y la velocidad a la que vamos, o si es necesario hacer un alto en el camino”.

Una vez el paciente interioriza y comprende la metáfora, se le realizan las siguientes preguntas:

- “¿Cómo te hace sentir esta metáfora? ¿Hay algo en ella que resuene contigo respecto a nuestra terapia?”
- ¿Qué esperas de mí como tu compañero de viaje?

Nota. Hayes, Strosahl y Wilson (1999)

7.35. Anexo 35. Ejercicio: “Un viaje compartido”

Esta actividad es una versión diferente de la “Metáfora del Autostopista” y se utilizará para reforzar la idea de que la terapia está en manos del paciente, para que la persona interiorice que su proceso terapéutico depende de si misma y que la función del terapeuta es acompañarle durante el viaje.

Ejemplo de diálogo durante la sesión:

- **Terapeuta:** "Imagina que estamos a punto de comenzar un viaje juntos. Este viaje representa nuestra terapia. ¿Cómo te sientes al respecto?"
- **Paciente:** "Me siento un poco nervioso porque no sé qué esperar."
- **Terapeuta:** "Es completamente normal sentirse así al inicio de un nuevo viaje. Mi papel es acompañarte y apoyarte en cada paso del camino. ¿Qué esperas encontrar en este viaje?"
- **Paciente:** "Espero poder entender mejor mis síntomas y aprender a manejarlos."
- **Terapeuta:** "Eso suena como una meta importante. A lo largo de nuestro viaje, trabajaremos juntos para encontrar las mejores estrategias para ti. ¿Hay algo que te preocupe sobre este viaje?"
- **Paciente:** "Me preocupa que pueda ser demasiado difícil y no vea mejoras rápidamente."
- **Terapeuta:** "Entiendo tus preocupaciones. Este viaje puede tener altibajos, pero estoy aquí para apoyarte en cada paso. Vamos a tomarlo un día a la vez y celebraremos cada pequeño logro. ¿Te gustaría establecer algunas metas específicas para nuestro viaje?"
- **Paciente:** "Sí, me gustaría aprender a manejar mejor mi ansiedad y a vivir una vida más plena a pesar de mis síntomas."

Nota. Harris, R. (2009)

7.36. Anexo 36: “Metáfora del paseo en bicicleta”

Esta metáfora se empleará en las sesiones iniciales para ayudar a los pacientes a comprender el rol colaborativo del terapeuta y del paciente en el proceso. Enfatiza la idea de que el proceso terapéutico supone un esfuerzo conjunto, donde ambos trabajan para lograr los objetivos del paciente.

Ejemplo de diálogo en sesión:

- **Terapeuta:** "Imagina que estamos en un tándem, una bicicleta para dos personas. Tú estás al frente dirigiendo hacia dónde vamos, y yo estoy detrás, ayudándote a mantener el equilibrio y a pedalear. ¿Cómo te hace sentir esta metáfora?"
- **Paciente:** "Me gusta la idea de tener apoyo, pero también me asusta un poco tener que tomar todas las decisiones."
- **Terapeuta:** "Es completamente normal sentirse así. Mi papel es apoyarte y proporcionarte la ayuda que necesites para que no te sientas solo en este proceso. Juntos, podemos encontrar el ritmo y la dirección que mejor te convengan. ¿Qué esperas de mí en este paseo?"
- **Paciente:** "Quiero sentir que no estoy solo en esto, pero también quiero asegurarme de que tengo el control sobre mi vida."
- **Terapeuta:** "Eso tiene mucho sentido. Estoy aquí para ofrecerte ese apoyo sin quitarte el control. Juntos, podemos trabajar para que te sientas más seguro y acompañado en este viaje."

Nota. Harris, R (2009)

7.37. Anexo 37. Ejercicio: “Compartir historias”

El objetivo de este ejercicio es fomentar la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta. Durante la sesión se compartirán experiencias personales relevantes para crear una conexión más humana y auténtica entre el terapeuta y el paciente, facilitando la comprensión mutua y la confianza.

Ejemplo de diálogo durante la sesión:

- **Terapeuta:** "Quiero compartir contigo una experiencia personal que me ayudó a entender mejor cómo manejar los desafíos. Hace unos años, enfrenté una situación difícil en mi vida y me sentía abrumado. Lo que me ayudó fue aceptar mis emociones y seguir adelante a pesar de ellas. ¿Hay alguna experiencia en tu vida que te haya hecho sentir de una manera similar?"
- **Paciente:** "Sí, recuerdo una vez cuando estaba pasando por un momento difícil en el trabajo y me sentía muy estresado."
- **Terapeuta:** "Gracias por compartir eso. ¿Cómo te sentiste durante esa experiencia? ¿Qué aprendiste de ella?"
- **Paciente:** "Me sentí muy ansioso y abrumado, pero aprendí que hablar con amigos y familiares me ayudó a sentirme mejor."
- **Terapeuta:** "Eso es muy importante. Vamos a trabajar para encontrar formas en las que puedas seguir utilizando ese apoyo durante nuestra terapia. ¿Hay algo más que te gustaría explorar o alguna meta que te gustaría alcanzar?"
- **Paciente:** "Me gustaría aprender a manejar mejor mi ansiedad en el trabajo."
- **Terapeuta:** "Esa es una excelente meta. Trabajaremos juntos para encontrar estrategias que te ayuden a manejar tu ansiedad de manera efectiva."

Nota. Hayes, Strosahl y Wilson (1999)

7.38. Anexo 38: Anclaje a la respiración

Ejemplo de Diálogo:

- **Terapeuta:** "Este ejercicio nos ayudará a centrarnos en el momento presente y a reducir el estrés y la ansiedad al concentrarnos en nuestra respiración. Siéntate en una posición cómoda, con la espalda recta pero relajada y los pies firmemente plantados en el suelo."
- **Paciente:** (Se sienta cómodamente y cierra los ojos)
- **Terapeuta:** "Inhala profundamente por la nariz, siente cómo el aire llena tus pulmones y luego exhala lentamente por la boca. Nota la sensación del aire al entrar y salir de tu cuerpo. Si tu mente se desvía hacia pensamientos, preocupaciones o distracciones, simplemente toma nota de ello y gentilmente devuelve tu atención a tu respiración."
- **Paciente:** (Respira profundamente y sigue las instrucciones)
- **Terapeuta:** "Cuando estés listo, abre los ojos lentamente. ¿Cómo te sientes después de hacer este ejercicio? ¿Notaste algún cambio en tus pensamientos o en tu nivel de estrés?"
- **Paciente:** "Me siento más relajado y menos ansioso. Fue útil concentrarme en mi respiración."

Nota. Kabat-Zinn (1994)

7.39. Anexo 39: Metáfora de los Dos Escaladores

Imagina que nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno/a en su propia montaña, separados por un gran valle. Yo, puedo ser capaz de ver un camino por el cual subir a tu montaña; no porque la haya escalado antes que tú, ni porque yo esté en la cima gritándote a ti por dónde tienes que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde estás tú.

Esta es tu terapia, pero si fuese la mía, yo tendría mi propia montaña que subir, y entonces tú podrías decirme algo sobre el camino por el que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sepa más, sea mejor o más fuerte que tú. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a tu montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que tú me digas porque sólo tú puedes verlas desde ahí. Por ejemplo: si la montaña que tú estás tratando de escalar es la correcta o no, sólo es una cuestión de valores. Únicamente tú puedes responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarte acerca de la senda que veo, no puedo subir tu montaña por ti.

En realidad, eres tú quien tiene la tarea más difícil...

Nota. Vargas (2023)

7.40. Anexo 40: Ejercicio: Tu Inventario de Sufrimiento

Haz una lista de todos los temas que, en el momento actual, te supongan algún problema psicológico. No anotes elementos externos o situacionales, céntrate en tus reacciones. Por ejemplo, “mi jefe” no sería un buen ejemplo de un problema que te esté afectando, pero “sentirme frustrado con mi jefe”, si lo sería. La columna de la izquierda puede incluir cualquiera de tus pensamientos, sentimientos, recuerdos, impulsos, sensaciones corporales, hábitos o tendencias que te estén causando sufrimiento. Una vez que hayas completado la lista, vuelve atrás y piensa durante cuánto tiempo han sido un problema para ti estos temas y anótalo también.

Asuntos difíciles y dolorosos	Desde hace cuánto tiempo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Organiza la lista, repasa y ordena los elementos anotados en ella en función del impacto que han tenido en tu vida. Ahora en el espacio que sigue, vuelve a escribir esos mismos elementos, pero ordenados. El orden puede ir desde los elementos que te causan más dolor y problemas en tu vida, a los que te causan menos.

7.41. Anexo 41: Diferencias entre el Modelo Médico y el Modelo Contextual

“Hasta hace muy poco tiempo, la psicología y la forma de trabajar de muchos/as psicólogos/as (incluso la mía, ya que me enseñaron bajo esa corriente), era similar a lo que ocurre en la medicina...” “En la medicina, se intenta eliminar el síntoma y el malestar y, por tanto, se busca eliminar el problema que lo está causando. Sin embargo, tras años de investigaciones, se ha descubierto que tratar de eliminar el sufrimiento tiene precisamente el efecto contrario, ya que la persona pasa tanto tiempo tratando de luchar y modificar lo que siente o piensa, para eliminar su malestar, que se olvida de hacer planes, de su familia y amigos, parejas y, en definitiva, de vivir; y esto, evidentemente, trae consigo consecuencias en el día a día y en la calidad de vida. El modelo desde el que vamos a trabajar va en la dirección contraria, busca aumentar la calidad de vida, aunque ese sufrimiento esté presente en ella” (Vargas, 2023).

7.42. Anexo 42: Metáfora de las Arenas Movedizas

Imagina que te encuentras a alguien que se ha caído a un pantano de arenas movedizas. No hay cuerdas, ni ramas de las que esa persona pueda echar mano. La única manera que tienes de poder ayudarle es hablándole, comunicándole con él o ella. La persona grita: “¡Socorro, sacadme de aquí!”, y empieza a hacer lo que suele hacer la gente normalmente cuando se encuentra atrapada en medio de algo a lo que teme: luchar para salir de ese lugar. En multitud de situaciones la acción más eficaz consiste en caminar, correr, brincar o saltar fuera del problema, pero con los pantanos de arenas movedizas no ocurre lo mismo. Cuando intentamos salir caminando, al levantar un pie y echarlo para adelante y, luego el otro, todo el peso de la persona atrapada descansa sobre la mitad de la superficie de sustentación, por lo que la presión hacia abajo se duplica y la succión de las arenas movedizas provoca que esa persona se hunda cada vez más.

Mientras observas a la persona atrapada puedes ver cómo todo ese proceso empieza a desencadenarse, ¿podrías decirle algo que le sirva de ayuda? Si entiendes bien cómo funcionan las arenas movedizas, podrías gritarle para que deje de luchar y que procure tumbarse de plano, aumentando la superficie de contacto con el pantano. En tal posición, es probable que no se hunda y quizá puede ir chapoteando hasta ponerse a salvo. En el momento en que esa persona intenta salir de las arenas movedizas, aumentar la superficie de contacto del cuerpo puede parecer que va contra toda intuición, pero a veces la acción más sensata y más segura que se puede intentar es permanecer en el pantano.

Nuestras propias vidas pueden parecerse mucho a esta situación, salvo que las arenas movedizas en las que nos encontramos, a veces, pueden ser interminables. Estas arenas movedizas pueden ser nuestras preocupaciones, nuestro sufrimiento, nuestro dolor o los síntomas de nuestra enfermedad. Con frecuencia estos elementos llevan presentes en nuestra vida durante muchos años, lo que sugiere que los métodos habituales para solucionar estos problemas han tenido pocas probabilidades de éxito. Esta larga duración de nuestros esfuerzos psicológicos puede sugerir que los métodos habituales que utilizamos para tratar de resolver nuestros problemas, podrían ser en sí mismos una parte del problema, al igual que los intentos de salir del pantano.

Cuando nos fallan las soluciones basadas en el sentido común, nos abrimos a las soluciones paradójicas que la moderna ciencia psicológica nos proporciona frente al sufrimiento y quizá aceptar todas aquellas experiencias que nos generan malestar sea una mejor solución que luchar contra ellas.

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.43. Anexo 43: Metáfora de la Lucha contra el Monstruo

Imagina que las experiencias que te generan malestar (ansiedad, depresión, dolor, preocupación, vergüenza, recuerdos, culpabilidad o cualquier otra situación negativa) se parecen a una situación en la que estás unido a un monstruo grande y feo por una cuerda y con un foso entre ambos. Mientras el monstruo está tranquilo, dormido, tumbado, puedes observarlo y estar tranquilo en su presencia, pero cuando el monstruo se despierta se vuelve insoportable, insufrible, y tiras de la cuerda para conseguir tirar al monstruo al foso. Parece que no vas a conseguir ganar: cuánto más tiras, más fuerte tira el monstruo hacia su terreno y más te acercas al filo del foso y, por el contrario, más grande y amenazante se vuelve el monstruo. Tienes que estar pendiente constantemente de si el monstruo se levanta para arrojarlo al foso tirando de la cuerda y cuando lo intentas, el monstruo también lo hace, provocando que te encuentres al borde del abismo frecuentemente. Tu vida se limita a estar pendiente de la cuerda, por lo que te replanteas si en realidad pudieras hacer otra cosa completamente diferente. Tal vez, tu tarea no consista en ganar esa lucha contra el monstruo, quizá consista en descubrir la manera de soltarte de la cuerda.

La ansiedad, los pensamientos negativos, la culpabilidad, los recuerdos, la preocupación, son como un monstruo que vive dentro de ti y que se alimenta de nuestros esfuerzos de lucha, volviéndose cada vez más aterrador y difícil de manejar. Si aceptamos el “monstruo” de nuestro interior y no hacemos nada para que se vaya, entonces dejaremos de darle el alimento que necesita para activarse e hibernará de nuevo.

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.44. Anexo 44: Ejercicio experiencial “El nombre de tu madre”

Para comenzar el ejercicio se establece el siguiente diálogo entre terapeuta y paciente:

- **Terapeuta:** Quiero que me contestes a una pregunta, ¿Cómo se llama tu madre?
- **Posible respuesta del paciente:** Mariluz
- **Terapeuta:** Muy bien, ahora, cuando te pregunte otra vez, quiero que me digas como se llama tu madre. ¿Cómo se llama tu madre?
- **Posible respuesta del paciente:** Mariluz
- **Terapeuta:** Vale, ahora te voy a preguntar cómo se llama tu madre, pero esta vez no quiero que me contestes. ¿Cómo se llama tu madre?
- **Posible respuesta del paciente:** (Silencio-ausencia de respuesta)
- **Terapeuta:** Ahora voy a preguntarte de nuevo y quiero que no pienses en el nombre de tu madre. ¿Cómo se llama tu madre?
- **Posible respuesta del paciente:** (Silencio-ausencia de respuesta)
- **Terapeuta:** ¿Qué pasó? ¿Pudiste dejar de pensar en el nombre de tu madre?
- **Posible respuesta del paciente:** No, jajaja. Es imposible. Me venía su nombre todo el tiempo.
- **Terapeuta:** Entonces... ¿Tienes control sobre lo que piensas?
- **Posible respuesta del paciente:** Parece ser que no...

Nota. Vargas (2023)

7.45. Anexo 45. Ejercicio: “Las bolitas de papel”

Ejemplo de Diálogo

- **Terapeuta:** "Este ejercicio nos ayudará a entender cómo a veces, luchar contra nuestros pensamientos y emociones puede ser contraproducente. Escribe en cada hoja de papel un pensamiento o emoción que te resulte difícil o perturbadora. Luego haz una bolita con cada hoja."
- **Paciente:** (Escribe pensamientos y emociones en las hojas y hace bolitas de papel)
- **Terapeuta:** "Ahora, imagina que estas bolitas de papel son tus pensamientos y emociones no deseados. Intenta deshacerte de ellas lanzándolas lo más lejos posible."
- **Paciente:** (Lanza las bolitas de papel)
- **Terapeuta:** "¿Cómo te sientes después de lanzar las bolitas? ¿Te parece que deshacerte de ellas fue efectivo? ¿Cómo fue el esfuerzo involucrado?"
- **Paciente:** "Fue frustrante y no parece que haya hecho mucha diferencia."
- **Terapeuta:** "Ahora, recoge las bolitas de papel y sostenlas suavemente en tus manos. No intentes deshacerte de ellas, solo sostenlas y observa cómo te sientes al hacer esto."
- **Paciente:** (Recoge las bolitas de papel y las sostiene)
- **Terapeuta:** "¿Cómo te sientes al sostener las bolitas de papel en tus manos en lugar de luchar contra ellas? ¿Notas alguna diferencia en tu experiencia?"
- **Paciente:** "Es menos estresante sostenerlas que intentar deshacerme de ellas."

Nota. Hayes, Strosahl y Wilson (1999)

7.46. Anexo 46: “Metáfora del campo de hoyos”

Ejemplo de diálogo durante la sesión:

- **Terapeuta:** "Quiero compartir contigo una metáfora que nos ayudará a entender cómo a veces, luchar contra nuestros pensamientos y emociones puede ser contraproducente. Imagina que estás en un campo lleno de hoyos. Cada hoyo representa un pensamiento o emoción difícil. Tienes una pala y estás intentando llenar cada hoyo para deshacerte de ellos. A medida que llenas un hoyo, otro se hace más profundo y parece que nunca puedes salir de este campo porque siempre hay más hoyos que llenar."
- **Paciente:** "Me suena como una lucha interminable y agotadora."
- **Terapeuta:** "Exactamente. ¿Cómo te sentirías si estuvieras en este campo, intentando llenar todos los hoyos? ¿Qué tan efectivo crees que sería este enfoque a largo plazo?"
- **Paciente:** "Me sentiría frustrado y agotado, y parece que no lograría mucho."
- **Terapeuta:** "Ahora, imagina que en lugar de intentar llenar los hoyos, decides caminar alrededor de ellos. Reconoces que están allí, pero no gastas toda tu energía en tratar de llenarlos. Simplemente aceptas que forman parte del campo y sigues adelante. ¿Cómo te sentirías si simplemente caminaras alrededor de los hoyos en lugar de intentar llenarlos?"
- **Paciente:** "Me sentiría más tranquilo y menos agotado."
- **Terapeuta:** "Me gustaría saber tus pensamientos sobre esta metáfora y cómo podría aplicarse a tus experiencias. ¿Hay algo en esta metáfora que resuene contigo respecto a cómo manejas tus pensamientos y emociones difíciles?"

Nota. Harris, R. (2009)

7.47. Anexo 47: Metáfora del Tigre Hambriento

Imagina que te despiertas una mañana y te encuentras, justo delante de tu puerta, 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 durante un rato, observas que está maullando sin parar y, entonces, te das cuenta de que debe de tener hambre. Le das un trocito de filete de carne roja, ya que supones que es lo que deben de comer los tigres. Haces la misma operación cada día y, días tras día, tu mascota de tigre crece un poquito más. Al cabo de un par de años, has tenido que cambiar la dieta de pequeños pedacitos de hamburguesa para tu tigre y ahora le estas dando costillares enteros y mitades de buey. A cambio, él te ruge ferozmente en cuanto siente que es la hora de comer. Tu astuta y linda mascota se ha vuelto una bestia salvaje incontrolable, dispuesta a destrozarte si no consigue lo que quiere.

La lucha con tu sufrimiento se puede comparar a esta mascota imaginaria de tigre. Cada vez que le das más poder a tu dolor alimentándolo con la carne roja de la evitación experiencial, ayudas al tigre de tu sufrimiento a crecer un poco más. Darle de comer de esa forma parece lo más prudente: El tigre de tu sufrimiento ruge ferozmente advirtiéndote de que tienes que alimentarlo con lo que quiere o, si no, te devorará a ti. Pero, cada vez que le das de comer, contribuyes a que tu sufrimiento se vuelva más fuerte, más intimidatorio y a que tenga mayor control de tu vida.

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.49. Anexo 49. Ejercicio: “La uva pasa”

Ejemplo de Diálogo

- **Terapeuta:** "Este ejercicio nos ayudará a centrarnos en el momento presente y a experimentar plenamente una actividad simple. Vamos a usar una uva pasa para practicar mindfulness. Sostén esta uva pasa en tu mano y simplemente obsérvala. No hagas nada con ella todavía, solo mírala."
- **Paciente:** (Observa la uva pasa)
- **Terapeuta:** "Mira la uva pasa como si nunca hubieras visto una antes. Observa sus colores, formas y arrugas. Ahora, cierra los ojos y toca la uva pasa. Siente su textura, su suavidad y sus rugosidades. Acerca la uva pasa a tu oído y apriétala suavemente. ¿Hace algún sonido? Ahora, huele la uva pasa. ¿Qué aromas puedes percibir?"
- **Paciente:** (Explora la uva pasa con los sentidos)
- **Terapeuta:** "Coloca la uva pasa en tu boca pero no la mastiques aún. Siente cómo se siente en tu lengua. Ahora, empieza a masticar lentamente, prestando atención a los sabores y texturas que emergen. Mastica lentamente y disfruta de cada momento. ¿Cómo te sentiste al experimentar la uva pasa de esta manera? ¿Qué notaste diferente en comparación con comer una uva pasa normalmente?"
- **Paciente:** "Fue una experiencia completamente diferente, me di cuenta de muchos detalles que nunca había notado antes."
- **Terapeuta:** "Me gustaría saber tus pensamientos sobre este ejercicio y cómo podrías aplicar esta forma de atención plena a otras áreas de tu vida."

Nota. Kabat-Zinn (1994)

7.50. Anexo 50: Ejercicio: “La Pieza de Música”

Durante la sesión se establece una conversación entre terapeuta y paciente:

- **Terapeuta:** “Muy bien, ahora voy a poner un trozo de una pieza musical, sencilla, y quiero que cierres los ojos, tomes una posición cómoda (manos en las piernas y pies relajados en el suelo) y escuches este fragmento de la obra. El objetivo es que trates de ver qué pensamientos o recuerdos te vienen, qué sensaciones experimentas etc.” (*El terapeuta pone la canción*).
- **Terapeuta:** (*La canción finaliza*). “¿Bien, ¿qué ocurrió? ¿Te recordó a algo o te evocó algún recuerdo concreto? ¿Algo que hayas experimentado? ¿Estabas pendiente de la canción o de otras cosas? ¿Qué estabas pensando?”
- **Posible respuesta del paciente:** En este momento, el paciente es probable que responda que le asaltaron ciertos pensamientos o recuerdos de situaciones que le preocupan que fueron desagradables (pensamientos intrusivos).
- **Terapeuta:** “De acuerdo, ahora voy a poner la misma canción, pero esta vez quiero que te concentres en averiguar el tipo de instrumento que está sonando, así como cuántos instrumentos hay, si el ritmo es lento o rápido, si su sonido es agudo o grave, etc.” (*Se pone de nuevo la canción*).
- **Terapeuta:** (*La canción finaliza*). “¿Qué ocurrió esta vez? ¿Estabas concentrado en la canción o en tus pensamientos?”
- **Posible respuesta del paciente:** Es probable que ahora el paciente, al encontrarse ocupado centrando su atención en memorizar las peticiones del terapeuta haya visto reducido el número de pensamientos intrusivos que le asaltaron.
- **Terapeuta:** “Como ves, hay dos maneras de vivir una experiencia, vivirla dejándote llevar por lo que estás pensando o sintiendo durante esa experiencia, por los recuerdos que te evocan (ya sean positivos o negativos), o simplemente atendiendo a la experiencia en sí misma.

Nota. (Vargas, 2023).

7.51. Anexo 51: Metáfora: “La radio siempre encendida”

Piensa en tu mente como en una radio que está encendida durante todo el día. A veces, transmite buenas noticias y otras veces, cosas que te asustan, que te preocupan o inquietan. Puede decirte cosas tales como, evita ir allí, no puedes conseguirlo, imagina que te pasa algo terrible, no estás haciendo suficiente... Si la escuchas todo el tiempo, puedes perder el contacto con las cosas que están ocurriendo en tu vida y con lo que es importante para ti.

Pero también tienes otra opción: recordar que sólo es una radio y no tomar tan en serio todo lo que dice. En ocasiones puede ser útil prestarle atención, como cuando nos da información sobre si va a llover o no, pero no puede decirte qué es importante para ti o si vale la pena salir a pesar de la lluvia.

Recuerda: “TIENES una radio, NO ERES la radio”. No dejes que ella decida por ti. Agradece las buenas noticias, después de todo sólo está tratando de informarte, pero recuerda que eres tú y no la radio quién decide a dónde ir.

Nota. Adaptado de Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002).

7.52. Anexo 52: Ejercicio: “Contemplando el Tren de la Mente”

Imagina que estás en un puente sobre una vía, observando cómo pasan tres tipos de trenes por las vías. Un tren mental va circulando muy despacio por cada una de las vías, alejándose de donde tu te encuentras. Cada tren se compone de una hilera de vagones que transportan material. De manera interminable, cada uno de los trenes traquetea lentamente a lo largo de la vía por debajo del puente.

Ahora, mientras miras hacia abajo, imagina que el tren de la izquierda sólo lleva uno de los tipos de material con la que has estado trabajando hasta hace un momento. Este mineral se compone de: sensaciones, percepciones y emociones. El tren de la vía del centro sólo transporta pensamientos: tus valoraciones, predicciones, auto conceptualizaciones y demás. El tren de la derecha va cargado con impulsos para la acción: tu tendencia a evitar y a mirar hacia otra parte, tus esfuerzos por cambiar de tema. El observar estas tres vías de ahí abajo es una metáfora de contemplar el contenido de tu mente.

Ahora comienza el ejercicio pensando en algo con lo que hayas estado luchando últimamente, luego, cierra los ojos e imagínate las tres vías. Tu trabajo va a consistir en permanecer sobre el puente observando. Si encuentras alguna cosa nueva en tu mente o si descubres que vas metido en uno de los vagones, traqueteando vía adelante, mientras vas luchando con ese contenido, que puede referirse a la frase de que “nunca vas a conseguir nada” o a la creencia de que el futuro “no va a traerte nada bueno”, ese puede ser un momento muy importante, (de hecho, es el propósito principal del ejercicio). Observa lo enganchado que estás a ese tipo de contenido. Archívalo y vuelve, mentalmente, al puente sobre las vías para mirar otra vez hacia abajo.

Recuerda, las sensaciones presentes, las percepciones y las emociones van en el tren de la izquierda. Los pensamientos en el tren del centro. Las estrategias de afrontamiento y los impulsos para la acción, van en el tren de la derecha. Tú procura permanecer en el puente, pero si te sales de él, date cuenta de dónde estás y regresa al puente de nuevo. Dedica al menos 3 minutos para ver lo que te llega.

Ahora, en la ficha siguiente anota lo que hayas observado mientras permanecías en el puente observando los tres trenes:

La carga del tren de la mente		
Sensaciones, percepciones y emociones actuales	Pensamientos	Impulsos, acciones y estrategias de afrontamiento

Si desapareciste psicológicamente, si no empezaste el ejercicio o te fuiste con una determinada carga en alguno de los vagones, ¿qué fue lo que pasó, justo antes de eso? ¿Qué clases de contenido apareció que hizo que te salieras del puente? Tómame unos minutos para anotar esas cosas en el espacio siguiente:

Esas son las cosas que te tienen enganchado, muy probablemente debido a una fusión cognitiva. Tu tarea consiste en aprender la manera de permanecer en el puente durante más tiempo y, cuando te salgas de él, poder regresar de nuevo más rápido al puente.

Nota. Adaptado de (Hayes y Smith, 2021)

7.53. Anexo 53: Metáfora: “El Tablero de Ajedrez”

Durante la sesión, se pide al paciente que imagine un tablero de ajedrez en el que hay fichas blancas y negras jugando una partida.

Las fichas blancas serían, por ejemplo, los pensamientos “positivos” que la persona tiene, aquellas cosas que le gusta pensar. Por el contrario, las fichas negras son los pensamientos, emociones, etc. contra las que el paciente ha estado luchando, aquellos que ha intentado expulsar de su vida. Pues bien, planteada así la situación, se pregunta a la persona quién sería él en esta hipotética situación. Habitualmente, las personas suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta deberá pedirle a la persona que considere alguna otra posibilidad. Si él no fuera las fichas blancas, ¿quién sería? Se puede sugerir a la persona que tal vez fuera el tablero que contiene tanto fichas blancas (emociones, pensamientos y otras experiencias que nos gustan) como las negras (las que no nos gustan).

Ejemplo de preguntas y afirmaciones que puede realizar el terapeuta:

- “Si usted es las fichas, entonces ¿pelea usted contra sí mismo?”
- “Si usted no es ninguna ficha en particular, ni tampoco el jugador ¿entonces quién sería?”
- “¿Pueden existir las fichas sin tablero, las que le gustan y las que no?”
- “Las piensas no pueden existir sin usted, ellas no le sujetan, es usted quien las mantiene a todas”.
- “Tenga en cuenta que, desde la posición del tablero, la guerra entre las piezas realmente no importa, da igual que estén situadas de un modo u otro, el tablero no cambia”.
- “Además, siendo el tablero, usted puede ver todas las piezas, estar en contacto muy cercano con ellas y ver cómo se mueven, además usted puede moverse en las direcciones que son valiosas para usted mientras ve tales piezas y sus movimientos”.
- ¿Para qué quieres permanecer siempre como tablero?
- ¿Qué te dice tu experiencia cuando has tratado por tus medios de no volver a tener esos pensamientos, esos recuerdos o esas sensaciones?
- “Sólo una cosa es segura, cuánto más practiques ese salto, ese cambio de perspectiva, mayor habilidad tendrás para situarte a nivel del tablero cuando estés enfrascado en las fichas”.

- “Eso se consigue mediante la práctica de darse cuenta de que estás haciendo caso a las fichas, peleando con ellas y, entonces, abandonas la lucha, las dejas, y te sitúas en la dirección elegida”.
- “Luego, cuando otra vez te veas iniciando la lucha, sólo tienes que abandonarla. La práctica es darse cuenta de que estás peleando con las fichas, de que este pensamiento con todas esos recuerdos, pensamientos y sensaciones”.
- “Da dos pasos hacia atrás y contempla las fichas desde el tablero”.

Nota. Vargas (2023)

7.54. Anexo 54: Ejercicio: “El observador”

Vamos a hacer un ejercicio para tratar de tener la experiencia de que tú no eres tú programación. No hay nada correcto o incorrecto en el ejercicio, todo lo que ocurre es adecuado. Ponte cómodo, cierra los ojos y sigue mi voz. Si notas que te evades, no pasa nada, vuelve hacia lo que dice mi voz... Por un momento, centra tu atención en esta habitación, fotografíala, imagínate a ti mismo en la habitación exactamente en el lugar en el que te encuentras. Ahora dirígete dentro de tu piel, ponte en contacto con tu cuerpo. Nota que estás sentado en la silla. A ver si puedes notar la forma que hay a través del contacto de tu piel con la silla. Nota las sensaciones que están allí. Mira cada una de ellas, reconoce cada sentimiento y permite a tu conciencia pasar sobre ellos. Nota cualquier emoción que estés teniendo, y si la tienes, sólo reconócela.

A continuación, intenta tener contacto con tus pensamientos y, en silencio, míralos por un momento. Ahora quiero que los notes. Tú has notado estas sensaciones, estos pensamientos, estos sentimientos. Y esa parte de ti la llamaremos tu “yo observador”. Hay una persona ahí, detrás de tu mirada que es consciente de lo que yo estoy diciendo ahora. Y es la misma persona que has sido toda tu vida. En un sentido profundo, este yo observador, es el yo que tú llamas “yo”. Ahora quiero que recuerdes algo que ocurrió el verano pasado. Levanta el dedo cuando tengas la imagen en tu mente. Bien. Ahora mira alrededor. Recuerda todas las cosas que ocurrieron entonces, recuerda los edificios, los sonidos, tus sentimientos, y conforme lo haces, a ver si puedes notar, también, que tú estabas allí, notando lo que estabas notando. Mira si puedes captar a la persona que hay detrás de tus ojos, quién veía, oía, sentía. Estabas allí entonces y estás aquí ahora. No te pido que creas en esto. Sólo te pido que tengas la experiencia de ser consciente y probar y ver si no es cierto que en sentido profundo el yo que está aquí ahora, estuvo allí entonces. La persona consciente de que tú eres consciente de aquí y ahora y de allí entonces. Observa si puedes notar esta continuidad de lo esencial, en algún profundo sentido, a nivel de la experiencia, no de la creencia. Tú has sido tú, toda tu vida.

Nota. Vargas (2023)

7.55. Anexo 55: “Meditación del Aquí y el Ahora”

<https://www.youtube.com/watch?v=gr4-eWUO-h0>

Nota. (Simón, 2011)

7.56. Anexo 56: Ejercicio: “Hojas Flotando en la Corriente”

En primer lugar, lee las instrucciones, asegúrate de que las comprendes y antes de comenzar el ejercicio cierra los ojos.

Imagina una hermosa corriente que fluye lentamente. El agua se desliza sobre rocas, entre árboles, va descendiendo y corre a lo largo de un valle. De vez en cuando, una hoja grande cae en la corriente y va flotando río abajo. Imagina que estás sentado junto a la corriente, en un día templado y soleado, observando cómo van flotando las hojas.

Ahora, hazte consciente de tus pensamientos. Cada vez que surja un pensamiento en tu mente, imagina que lo depositas en la hoja. Si piensas en imágenes, coloca las imágenes junto a una hoja. El objetivo es que permanezcas junto a la corriente mientras dejas que las hojas sigan flotando. No intentes hacer que la corriente vaya más rápido o más despacio; no intentes cambiar lo que aparezca encima de las hojas de ninguna manera. Si desaparecen las hojas o si tú, mentalmente, te vas a otra parte o si resulta que te encuentras en medio de la corriente sobre una hoja, simplemente detente y percibe lo que está ocurriendo. Archiva esa percepción y vuelve otra vez al borde de la corriente, localiza el siguiente pensamiento de tu mente, escríbelo en una hoja y deja que se vaya flotando corriente abajo.

Continúa al menos cinco minutos. Ten un cronómetro o un reloj cerca y anota cuando comiences el ejercicio. Te será útil para responder algunas de las preguntas que vienen a continuación. Si tienes claras las instrucciones, adelante; cierra los ojos y haz el ejercicio.

¿Cuánto tiempo pasó hasta que quedaste atrapado en alguno de tus pensamientos?

Si conseguiste que la corriente fluyera y, de pronto, se paró o si surgió algo diferente en tu mente, anota lo que ocurrió justo antes:

Si no conseguiste hacer que la imagen mental de la corriente se moviera, anota en qué estuviste pensando mientras la imagen no arrancaba:

Puedes entender los momentos en que la corriente no fluye como momentos de fusión cognitiva, mientras los momentos en los que corre, como momentos de defusión cognitiva. Muchas veces nos fundimos con los pensamientos sin darnos cuenta. Puedes repetir este ejercicio con regularidad para intentar mejorar con el tiempo, dejando que la corriente simplemente fluya.

Nota. Adaptado de (Hayes y Smith, 2021)

7.57. Anexo 57: Ejercicio: “Considerando tus Autoconceptualizaciones”

Examina las siguientes preguntas. Por favor, llena los espacios en blanco con la primera cosa que te venga a la mente. Si quieres dar varias respuestas, puedes hacerlo libremente:

Yo soy una persona que:

Yo soy una persona que no:

Lo que más me gusta de mí mismo es:

Lo que menos me gusta de mí mismo es:

Me he equivocado porque otros han:

Soy una persona mala en:

Considera una de tus respuestas negativas. Fíjate en ella. Ahora, imagina que ha ocurrido un milagro y que, sin que tú tuvieras que hacer cambio alguno en tu historia o circunstancias, ese problema simplemente hubiera desaparecido mientras tu seguías viviendo tu vida.

Ahora utiliza alguna de las técnicas de defusión que has aprendido en las sesiones anteriores, distánciate completamente del contenido de esas autoconceptualizaciones negativas. Sepárate de esos pensamientos y obsérvalos desde una postura consciente, sin juzgarlos. Imagina que todas esas ideas, no fueran más que pensamientos que surgen, ni más ni menos. Ahora pregúntate: Si no soy mis pensamientos, ¿Entonces quién soy?

Nota. Adaptado de (Hayes, 2021)

7.58. Anexo 58: Ejercicio experiencial: “Yo no soy eso”

Este es un ejercicio de meditación. Las instrucciones son sencillas, de manera que podrás memorizarlas para hacer luego el ejercicio sin tener que consultar el libro. Simplemente, siéntate bien cómodo en una silla, delante de una mesa, cerca de una pared. En la mesa, deberá haber varios objetos. Inspira un par de veces profundamente, y luego, comienza por mirar a un lugar en la pared mientras respiras tranquila y regularmente. Mantén los ojos fijos en un punto de la pared, al menos durante 10 o 15 minutos.

En algún momento (no te apresures), sentirás vivencialmente, que estás mirando a la pared, de modo que, en un nivel vivencial, tú no eres la pared. Esta es una diferenciación perfectamente asequible a la experiencia directa. No estamos hablando de la creencia verbal de que “no eres” la pared. Si fuera eso lo importante, no necesitaríamos un ejercicio de meditación ya que muy pocos creerían ser una pared. Si tu mente empieza a divagar acerca de la verdad o falsedad de esta idea, simplemente dale las gracias por la sugerencia, advierte que la persona que está observando incluso ese pensamiento concreto, no es el pensamiento que está observando y luego dirige tu atención de nuevo a la pared. No dejes que tu mente se apresure, ni te enfrentes con tu mente para figurarte todo esto. Este no es un ejercicio teórico: es un ejercicio experiencial.

Cuando la distinción entre el Yo observador y los elementos observados entren en tu consciencia, simplemente adviértela y, con amabilidad, clasifícalo como una vivencia real (no intentes crear la distinción o tu mente empezará a divagar de nuevo, argumentando, interpretando y demás). A continuación, dirige tu mirada hacia algún objeto de la mesa, repite el mismo que realizaste con la pared, con ese objeto. Mira el objeto hasta que la distinción entre tú, el Yo observador y el objeto observado, se produzca como una vivencia experiencial). Continúa hasta terminar con todos los elementos de la mesa, sin apresurarte.

Luego, cierra los ojos y observa, de una en una, cualquier cosa que surja en tu consciencia (sensaciones corporales, pensamientos, emociones etc.) tal como hiciste con los objetos anteriores. Después de haberlo hecho varias veces, termina abriendo los ojos y repite el ejercicio de mirar a la pared hasta que la distinción vivencial entre observador y observado se haga palpable.

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.59. Anexo 59. Ejercicio: “Simplemente, sentarse”

Ejemplo de Diálogo

- **Terapeuta:** "Este ejercicio nos ayudará a centrarnos en el momento presente y a aceptar nuestros pensamientos y emociones tal como son, sin intentar cambiarlos o controlarlos. Siéntate cómodamente en una silla, con los pies firmemente plantados en el suelo y las manos descansando sobre los muslos. Cierra los ojos si te sientes cómodo."
- **Paciente:** (Se sienta cómodamente y cierra los ojos)
- **Terapeuta:** "Vamos a empezar prestando atención a nuestra respiración. Siente cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. No necesitas cambiar la forma en que respiras, solo obsérvala. A medida que te sientas aquí, es posible que notes pensamientos, sensaciones o emociones que surgen. Simplemente obsérvalos como si fueran nubes pasando por el cielo. No necesitas hacer nada con ellos, solo déjalos estar y vuelve tu atención a tu respiración."
- **Paciente:** (Observa su respiración y pensamientos)
- **Terapeuta:** "Es importante aceptar todos los pensamientos y sensaciones sin juzgarlos. No hay pensamientos buenos o malos, solo pensamientos. No hay emociones correctas o incorrectas, solo emociones. Cuando estés listo, abre los ojos lentamente. ¿Cómo te sientes después de hacer este ejercicio? ¿Qué notaste sobre tus pensamientos y sensaciones mientras simplemente te sentabas?"
- **Paciente:** "Me siento más tranquilo y menos ansioso. Noté que tenía muchos pensamientos, pero pude dejarlos pasar sin involucrarme demasiado con ellos."

Nota. Kabat-Zinn (1994)

7.60. Anexo 60: “Meditación del Cuerpo o *Body Scan*”

Primero, intenta tomar conciencia de tu cuerpo como un todo, desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Siente su peso en los cojines, la cama o el suelo debajo de ti. Intenta ser consciente de todo tu cuerpo, su peso, su temperatura, cómo se siente.

Luego, toma conciencia de la respiración, siéntela entrando y saliendo del cuerpo. Siente el pecho y el abdomen subiendo y bajando al mismo tiempo que entra y sale la respiración. Ahora tome conciencia del abdomen mientras inhala y exhala. Percibe ahora las sensaciones que te llegan desde tus intestinos dentro de tu abdomen, desde tu estómago y demás órganos que te ayudan a la digestión. Quizá notes cómo se mueven tus vísceras, palpitaciones, tensión, incomodidad o dolor; intenta aceptar cualquier sensación con la que te encuentres.

Puede que notes que otras partes de tu cuerpo se mueven suavemente con la respiración: la espalda, los hombros, incluso los brazos o piernas. Puedes usar la respiración para profundizar en tu relajación corporal, llevando la respiración a cualquier zona de tensión, molestia o dolor que sientas, y cultivando un sentido de soltar mientras exhalas. Ahora trae tu atención a todas las partes del cuerpo, permitiendo que descanse en cada parte durante unos momentos. Puedes empezar con la cabeza e ir recorriendo lentamente el cuerpo hacia abajo hasta tus pies, o viceversa.

Conforme tomas conciencia de cada parte de tu cuerpo, intenta aceptar cualquier sensación que encuentres. Algunas partes puede que se sientan relajadas, sueltas y cómodas, mientras que otras partes tal vez se sientan tensas, incómodas o con dolor. Y aún, otras partes puede que se sientan insensibles.

La práctica consiste en aceptar cualquier sensación con la que uno se encuentre, tal y como es. Si las sensaciones son agradables, intenta aceptarlas sin intentar aferrarte a ellas. Si son dolorosas, intenta aceptarlas sin intentar rechazarlas, llevando la respiración a ellas, soltando en esa zona del cuerpo.

Nota. Adaptado de Vargas (2023)

7.61. Anexo 61: “Metáfora del Invitado Indeseado”

“Imagina que tienes una casa nueva y que has invitado a todos los vecinos a una fiesta de inauguración. Todos los vecinos del bloque están invitados, has puesto una nota en el supermercado para anunciar tu fiesta. Por eso todos los vecinos lo han visto y van a venir, va a ser una gran fiesta y aquí llega José el vagabundo, que vive detrás del supermercado, en el cuarto de la basura. José está sucio y huele mal y en ese momento piensas, ¡oh no! ¿por qué habrá venido? Pero tú pusiste en la nota: “todos los vecinos serán bienvenidos”. ¿Puedes ver que es posible darle la bienvenida, y realmente, hacerlo aunque no te guste que esté aquí? Puedes darle la bienvenida aunque no pienses bien de él. No te tiene que gustar, no tiene que gustarte su olor, su estilo de vida, su aspecto. Puedes avergonzarte por el modo en que sumerge el vaso en la sangría o toca los sándwiches. Tu opinión de él, tu evaluación de él, es absolutamente distinta de tu disposición a tenerle como invitado en tu casa”.

“También podrías decidir que aunque hayas dicho que todo el mundo es bienvenido, en realidad, José no lo es e invitarle a que se marche. Pero tan pronto como hagas eso, la fiesta cambia. Ahora tienes que estar delante de tu casa, vigilando la puerta, por si vuelve. O si dices, de acuerdo, es bienvenido, eso significa que sólo se podrá quedar en la cocina para que no se mezcle con el resto de los invitados. Entonces tienes que estar constantemente pendiente de que no salga de la cocina y tu fiesta consistirá en eso para ti. Mientras, la vida sigue, la fiesta sigue y tú estás fuera vigilando al vagabundo. Esto no mejora tu vida. Esto no parece una fiesta. Es mucho trabajo”.

Sobre qué es esta metáfora, está claro, es sobre los pensamientos, sentimientos, recuerdos que aparecen y que tú no quieres experimentar. Son sólo más vagabundos en la puerta. La cuestión es la postura que tomas al considerar tus propias cosas. ¿Son los vagabundos bienvenidos? ¿Puedes elegir darles la bienvenida, aunque pienses que no te gusta el hecho de que vengan? ¿Si no, cómo crees que va a ser la fiesta?

Nota. Vargas (2023)

7.62. Anexo 62: Ejercicio: “Comer conscientemente”

Para empezar, efectúa tu comida despacio. Tómate tu tiempo para ejecutar cada acción y percibe tu experiencia a medida que la realizas. Cuando tomes el tenedor o cortes carne, observa lo que experimentas al hacerlo. Cuando tomes un bocado en la boca y lo mastiques, piensa en los sabores y la textura del alimento: ¿Te resulta agradable o repulsivo? No te quedes en el juicio; solo nóvalo.

¿Descubres que te aparecen determinados pensamientos o sentimientos durante la comida? Si es así, adviértelo también, sencillamente. Podrías decidir poner en práctica alguna de las técnicas utilizadas durante la terapia para hacerlo.

¿Estás comiendo con un amigo o con tu pareja? ¿Estás comiendo solo o sola? Podría ser interesante observar tu mente mientras te relacionas con la gente con la que estás comiendo e, igualmente, podría ser muy interesante advertir el tipo de pensamientos y emociones que te surgen cuando comes solo.

Como todos necesitamos tomarnos un tiempo para comer si queremos sobrevivir, comer conscientemente es un modo espléndido de practicar el contacto con el momento presente y sacarle el máximo partido a nuestro tiempo.

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.63. Anexo 63: “Metáfora del jardín”

Durante la sesión el terapeuta plantea al paciente el siguiente supuesto:

Terapeuta: Supón que eres un jardinero que amas tu jardín; te gusta cuidar de tus plantas y nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de ellas. Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida, y piensa: ¿cuáles son las plantas de tu jardín?

Posible respuesta del paciente: Mi familia, amigos, mi trabajo, me gusta mucho mi trabajo, etc.

Terapeuta: ¿Cómo ves las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como querrías cuidarlas?...

Posible respuesta del paciente: No, para nada... me he desvinculado de absolutamente todo lo que me enriquece y me da paz...

Terapeuta: Claro que no siempre dan las flores en el lugar que quieres, en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿Qué se interpone entre tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas?

Terapeuta: No sé, no tengo tiempo de cuidarlas... y no sé si merezco disfrutar de ellas... me vienen muchos pensamientos y recuerdos malos...

Terapeuta: Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín. En los jardines crecen malas hierbas. Imagina un jardinero que se las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas siempre vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque dan espacio para que otras crezcan, bien porque hacen surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal, que para dar rosas ha de tener espinas. Cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a la luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá

más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. A veces puede impacientarse si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arrancara de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento.

Posible respuesta del paciente: ¿eso quiere decir que tengo que continuar con mi vida a pesar de los recuerdos? ... quizás tenga sentido, al fin y al cabo, estarán ahí siempre ¿no? Aunque es difícil...

Nota. Vargas (2023)

7.64. Anexo 64: Ejercicio: “¿Para qué quieres tu vida?”

Durante la sesión se propondrá el siguiente diálogo entre terapeuta y paciente:

Terapeuta: Cierra los ojos y relájate durante unos minutos. A partir de ahora pon atención a lo que te voy diciendo y trata de imaginarlo vívidamente en tu mente. Imagina que por un giro del destino has muerto, pero puedes asistir a tu funeral en espíritu. Estás viendo y escuchando las cosas buenas que sobre ti dice tu madre, tu padre, tus hermanos/as, tus amigos/as, tus profesores/as y otros/as asistentes. Imagina esta situación y quédate emocionalmente en el velatorio. Ahora me gustaría que visualices lo que te gustaría que estas personas, que forman parte de tu vida, recordaran de ti. ¿Qué te gustaría que tu madre o tu padre recordaran de ti como hijo?

Posible respuesta del paciente: Que he sido un buen hijo...

Terapeuta: En tu mente, haz que ella o él lo digan, deja que digan exactamente lo que te gustaría que dijera si pudieras elegir libremente sobre ello (*se realiza una pausa y se permite al paciente hablar*).

Terapeuta: Ahora, ¿qué te gustaría que tus hermanos/as recordaran de ti como hermano/a? No pienses en el pasado, ¿Si tú pudieras elegir lo que dicen de ti, que sería? Si no has vivido hasta ahora como querías, diles cómo te gustaría ser.

Posible respuesta del paciente: No sé... quizás que me querían mucho y que estaban orgullosos de mí... (*se realiza una pausa y se permite al paciente hablar*).

Terapeuta: Ahora, ¿qué te gustaría que tus amigos/as recordaran de ti? Deja que digan lo que quieran, sin contenerse.

Posible respuesta del paciente: Que me van a echar de menos y que ya no será lo mismo sin mí... (*se realiza una pausa y se permite al paciente hablar*).

Terapeuta: ¿Ha sido como hubieras querido? Sólo toma nota en tu mente de las cosas que te han dicho. Ahora vamos a ir volviendo poco a poco a la habitación y paulatinamente vamos abriendo los ojos.

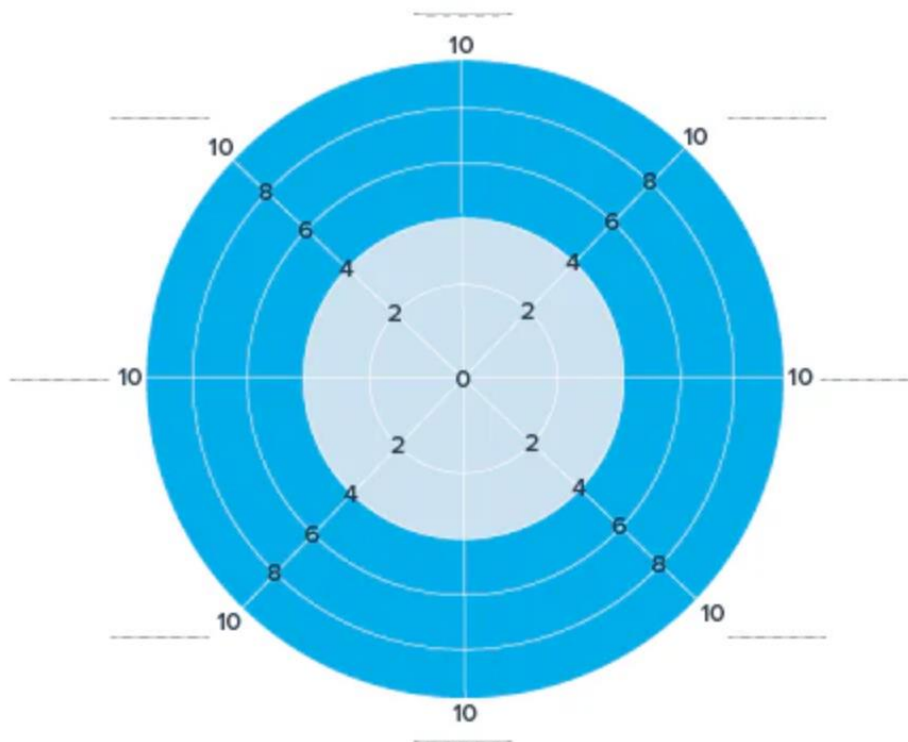
Nota. Vargas (2023)

7.65. Anexo 65. Figura 2: Ejercicio: “La rueda de la vida”

Durante la sesión entregarán dos plantillas de “La Rueda de la Vida” a cada paciente (Figura 2). Consiste en un diagrama circular dividido en secciones, cada una representando un área importante de la vida, entre las que se encuentran: salud, trabajo, finanzas, familia y amigos, amor y relaciones, desarrollo personal, ocio, entorno físico (las áreas varían según el modelo de la rueda utilizado). En este caso, los pacientes seleccionarán aquellos valores identificados durante la sesión y los colocarán en la rueda. Posteriormente, deberán calificar su nivel de satisfacción en cada área del 1 al 10 (donde 1 es muy insatisfecho y 10 completamente satisfecho), marcando la sección correspondiente de la rueda. Una vez puntuadas todas las áreas, se conectan los puntos para formar una curva dentro del círculo, ofreciendo una representación visual del equilibrio de la vida. En la primera plantilla el paciente deberá puntuar teniendo en cuenta su vida antes de sufrir de SII y en la segunda, se pedirá que puntúe su satisfacción en cada área tras sufrir de SII.

Figura 2.

Ejemplo de plantilla de “La Rueda de la Vida”



Nota. (Mind Tools, n.d.)

7.66. Anexo 66: “Metáfora del ancla en la tormenta”

Ejemplo de Diálogo:

- **Terapeuta:** "Quiero compartir contigo una metáfora que nos ayudará a entender cómo mantenernos estables y calmados en medio de pensamientos y emociones turbulentos. Imagina que estás en un barco en medio de una tormenta en el mar. Las olas son grandes y el viento es fuerte. No puedes detener la tormenta, pero tienes un ancla que puedes lanzar al fondo del mar. Aunque el barco siga moviéndose y las olas sigan golpeando, el ancla te ayudará a mantenerte estable y a no ser arrastrado por la tormenta."
- **Paciente:** "Eso suena como lo que siento cuando estoy muy ansioso."
- **Terapeuta:** "Piensa en las veces en tu vida cuando te has sentido abrumado por pensamientos y emociones, como si estuvieras en medio de una tormenta. ¿Qué haces normalmente en esas situaciones?"
- **Paciente:** "Intento distraerme, pero no siempre funciona."
- **Terapeuta:** "Ahora, vamos a identificar tu ancla. Esta ancla puede ser tus valores, prácticas de mindfulness, o cualquier estrategia que te ayude a mantener la calma y la estabilidad. ¿Qué podría ser tu ancla en momentos de tormenta emocional?"
- **Paciente:** "Creo que concentrarme en mi respiración y recordar mis valores principales podría ser mi ancla."
- **Terapeuta:** "Cuando sientas que estás en medio de una tormenta emocional, recuerda tu ancla y utilízala para mantenerte firme. ¿Cómo podrías aplicar esto en tu vida diaria?"
- **Paciente:** "Podría tomarme unos minutos para respirar profundamente y recordar por qué estoy haciendo lo que hago, incluso cuando me siento abrumado."

Nota. Harris, R. (2009)

7.67. Anexo 67. Tabla 10: Ejercicio “Muchos mapas para distintos viajes”

El trabajo realizado por el paciente durante la sesión de identificación de valores, metas/objetivos, acciones, barreras y estrategias para afrontarlas, se puede resumir en la siguiente tabla:

Tabla 10.

Hoja de valores. Muchos mapas para distintos viajes.

HOJA DE VALORES			
Valor: _____			
Objetivos	Acciones	Barreras	Estrategias

Nota. (Hayes y Smith, 2021)

7.68. Anexo 68: “Metáfora del farol en la niebla”

Ejemplo de Diálogo

- **Terapeuta:** "Quiero compartir contigo una metáfora que nos ayudará a entender cómo podemos mantenernos enfocados en nuestros valores y objetivos, incluso cuando enfrentamos pensamientos y emociones difíciles. Imagina que estás caminando en un bosque durante una densa niebla. No puedes ver mucho a tu alrededor y puede ser fácil sentirse perdido o abrumado. Sin embargo, tienes un farol que puedes sostener frente a ti. Este farol no eliminará la niebla, pero te dará suficiente luz para ver el siguiente paso que debes dar."
- **Paciente:** "Eso suena como lo que siento cuando estoy muy ansioso."
- **Terapeuta:** "Piensa en las veces en tu vida cuando te has sentido abrumado por pensamientos y emociones, como si estuvieras en medio de una niebla densa. ¿Qué haces normalmente en esas situaciones?"
- **Paciente:** "Intento distraerme, pero no siempre funciona."
- **Terapeuta:** "Ahora, vamos a identificar tu farol. Este farol puede ser tus valores, prácticas de mindfulness, o cualquier estrategia que te ayude a mantenerte enfocado y avanzar. ¿Qué podría ser tu farol en momentos de niebla emocional?"
- **Paciente:** "Creo que concentrarme en mi respiración y recordar mis valores principales podría ser mi farol."
- **Terapeuta:** "Cuando sientas que estás en medio de una niebla emocional, recuerda tu farol y utilízalo para guiarte. ¿Cómo podrías aplicar esto en tu vida diaria?"
- **Paciente:** "Podría tomarme unos minutos para respirar profundamente y recordar por qué estoy haciendo lo que hago, incluso cuando me siento abrumado."

Nota. Hayes y Smith (2021)



7.69. Anexo 69: Ejercicio: “Carta para la persona que fui”

Querido [Nombre de la persona],

Te escribo para recordarte algunas cosas que te servirán en tu camino...

Motivo por el acudiste a terapia:

La persona que eras antes de comenzar la terapia:

Los obstáculos que te encontraste:

Las estrategias que utilizaste para superarlo:

La persona que eres en la actualidad:

Gracias por haberme enseñado a ser la persona que soy hoy en día, utiliza esta carta como un recordatorio de las herramientas de las que dispones para superar los obstáculos que te presente la vida.

7.70. Anexo 70. Tabla 11: Orden de aplicación del protocolo de evaluación
Tabla 11.
Orden de aplicación del protocolo de evaluación.

Temporalización	Pruebas administradas
Sesión 1: Evaluación de cribado	Entrevista semiestructurada Consentimiento informado
Sesión 2: Evaluación de cribado	Entrevista semiestructurada MoCA AUDIT DAST-10 STAI
Sesión 3: Evaluación de cribado	Entrevista semiestructurada IPDE EAT-40 SSI BDI-II
Sesión 6: Evaluación pre-intervención	IBS-QOL BEAQ CFQ BAFT STAI
Sesión 7: Evaluación pre-intervención (2ª)	IBS-AAQ FFMQ VLQ CAQ IBS-SSS BDI-II
Sesión 20: Evaluación post-intervención (1º)	IBS-QOL

	BEAQ CFQ BAFT STAI
Sesión 21: Evaluación post-intervención (2ª)	IBS-AAQ FFMQ VLQ CAQ IBS-SSS BDI-II
Sesión 27: Evaluación de seguimiento (1º)	IBS-QOL BEAQ CFQ BAFT STAI
Sesión 28: Evaluación de seguimiento (2ª)	IBS-AAQ FFMQ VLQ CAQ IBS-SSS BDI-II