



**Universidad
Europea CANARIAS**

Propuesta de intervención
psicológica basada en la Terapia de
Aceptación y Compromiso (ACT)
para promover la flexibilidad
psicológica en personas con
enfermedad de Parkinson y síntomas
depresivos

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Irene Muñoz Codorníu

Tutor/a: Alberto Vargas Guerrero

Fecha de realización del trabajo 09/02/2026

Agradecimientos

En primer lugar, gracias a aquellas personas con Parkinson que conocí en la residencia y centro de día que sembraron en mí la semilla de la idea de este proyecto.

Gracias a mis padres y a mi hermano por su infinita paciencia, por su ayuda desinteresada y por leerse todos mis avances de arriba a abajo.

Gracias a mi pareja por confiar plenamente en mí, y sostenerme siempre que lo he necesitado. Por animarme, apoyarme y quererme en cada fase de este largo proceso.

Gracias a mis compañeras en prácticas, Laura, Gema y Teresa, por haberme acompañado en todo este recorrido, por haber depositado en mí toda su confianza y por darme ánimos cuando más lo he necesitado.

Y por supuesto, gracias a mi tutor, Alberto Vargas, por todo su apoyo y respaldo proporcionados. Gracias por aceptar la dirección de mi trabajo y por ver en él un gran potencial. El desarrollo de este trabajo ha sido posible gracias a toda tu dedicación y paciencia.

Gracias a todas las personas que de un modo u otro han contribuido a que este trabajo sea una realidad.

Resumen

La depresión es uno de los síntomas no motores más frecuentes y discapacitantes en la enfermedad de Parkinson (EP), afectando de manera significativa la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y el ajuste psicosocial de las personas que la padece. Pese a su gran relevancia clínica, la investigación en este ámbito se ha centrado predominantemente en tratamientos farmacológicos y en la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional, existiendo una menor atención a los procesos psicológicos de adaptación a una enfermedad crónica y a las terapias contextuales de tercera generación.

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo diseñar un programa de intervención psicológica basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) orientado a promover la flexibilidad psicológica como mecanismo central de cambio en personas con enfermedad de Parkinson y sintomatología depresiva. El programa se estructura en 19 sesiones distribuidas en seis fases (presentación del programa, cribado y selección de los participantes, evaluación pre-intervención; intervención, evaluación post-intervención, y seguimiento), y se plantea principalmente en formato individual dentro de un contexto sanitario. Se plantea un diseño con evaluaciones pre, post y seguimiento para valorar cambios en sintomatología depresiva y flexibilidad psicológica.

Se espera que la intervención favorezca una reducción del malestar emocional, así como un incremento de las conductas orientadas a valores significativos y una mejora global en la adaptación psicológica y calidad de vida. Además, se plantea la necesidad de futuras investigaciones que evalúen su viabilidad, aceptabilidad y eficacia mediante diseños empíricos controlados en esta población clínica.

Palabras clave: calidad de vida, depresión, enfermedad de Parkinson, flexibilidad psicológica, intervención psicológica, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

Depression is one of the most frequent and disabling non-motor symptoms in Parkinson's disease (PD), significantly affecting quality of life, treatment adherence, and the psychosocial adjustment of those who experience it. Despite its high clinical relevance, research in this field has predominantly focused on pharmacological treatments and traditional Cognitive Behavioral Therapy, with comparatively less attention given to psychological adaptation processes in chronic illness and to third-wave contextual therapies.

The present Master's Thesis aims to design a psychological intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), oriented toward promoting psychological flexibility as the central mechanism of change in individuals with Parkinson's disease and depressive symptomatology. The program is structured into 19 sessions distributed across six phases (program presentation; screening and participant selection; pre-intervention assessment; intervention; post-intervention assessment; and follow-up), and is primarily delivered in an individual format within a healthcare setting. A design including pre-, post-, and follow-up assessments is proposed to evaluate changes in depressive symptoms and psychological flexibility.

The intervention is expected to promote a reduction in emotional distress, as well as an increase in values-oriented behaviors and an overall improvement in psychological adjustment and quality of life. Furthermore, the need for future research is highlighted to evaluate its feasibility, acceptability, and efficacy through controlled empirical designs in this clinical population.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, depression, Parkinson's disease, psychological flexibility, psychological intervention, quality of life.

1. Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas (EN) son un grupo de patologías crónicas que se caracterizan por afectar de manera progresiva al sistema nervioso central (SNC). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Se trata de enfermedades incurables que cursan con un deterioro progresivo del funcionamiento físico, cognitivo y emocional, y que conllevan una reducción de la esperanza de vida de quienes las padecen (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Entre ellas destacan por su gravedad y alta incidencia: la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, la Esclerosis Múltiple, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y la enfermedad de Huntington. (Singh et al., 2024).

Estas enfermedades generan un gran impacto psicológico profundo y sostenido en el tiempo, derivado no solo de la evolución clínica de la enfermedad, sino también de los cambios que provocan en la vida cotidiana de las personas que las padecen tales como la disminución de las capacidades funcionales, y la experiencia subjetiva de múltiples pérdidas a medida que la patología empeora (Florijn et al., 2023; Ghorbani et al., 2014; Ovaska-Stafford et al., 2021). Todos estos aspectos configuran un contexto vital altamente estresante, que obliga a la persona a reajustar de manera continua su identidad, sus roles y sus expectativas vitales (Ovaska-Stafford et al., 2021).

Existe abundante literatura científica que evidencia que el diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa supone un impacto psicológico profundo, asociándose a una alta prevalencia de trastornos de ansiedad y/o depresivos (Baquero y Martín, 2015; Khedr et al., 2020; Pagonabarraga et al., 2023). Este malestar emocional no se debe únicamente a una reacción inicial al diagnóstico, sino como un proceso que se mantiene y se transforma a lo largo del transcurso de la enfermedad, afectando de forma

significativa a la calidad de vida y al funcionamiento global de la persona. Asimismo, esta carga emocional también se extiende al entorno familiar y a los/las cuidadores/as, incrementando el impacto emocional y relacional asociado a la enfermedad (Baquero y Martín, 2015; Fischer et al., 2012).

Entre todas las enfermedades neurodegenerativas, una de las más estudiadas y prevalentes es la enfermedad de Parkinson (en lo sucesivo, EP), (Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2023), lo que justifica el foco del presente trabajo por su alta prevalencia y por la complejidad de sus manifestaciones psicológicas y clínicas. En España, se estima que aproximadamente 150.000 personas padecen EP, diagnosticándose alrededor de 10.000 nuevos casos cada año (Sociedad Española de Neurología, 2024).

La enfermedad de Parkinson se trata de un trastorno neurológico progresivo debido a la degeneración gradual de las células de la sustancia negra, lo que conlleva una disminución en la producción de dopamina (Crooks et al., 2025; DeMaagd y Philip, 2015). Esta alteración neurobiológica se manifiesta a través de un conjunto de síntomas motores y no motores, cuya severidad y combinación varía a lo largo de la evolución de la enfermedad. Entre los síntomas motores más característicos se encuentran el temblor en reposo, bradicinesia, hipocinesia, alteración del equilibrio, pérdida de los reflejos posturales, reducción de la expresión facial (hiponimia) y rigidez muscular (Dorsey et al., 2020; Magrinelli et al., 2016; Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, 2023).

Por otro lado, los síntomas no motores constituyen una parte esencial del cuadro clínico y son, en muchos casos, los que generan un mayor impacto psicológico, (Sveinbjornsdottir, 2016), incluyendo trastornos neuropsiquiátricos, alteraciones

gastrointestinales, estreñimiento, problemas del habla, trastornos del sueño, fatiga y dificultades en la comunicación (Aubignat et al., 2021; López Argüelles et al., 2025; Sveinbjornsdottir, 2016).

Dentro de los síntomas no motores, la depresión es la patología neuropsiquiátrica más frecuente en la EP (Chendo et al., 2022; Chuquilín-Arista et al., 2020; Cong et al., 2022; Reijnders et al., 2008), situándose incluso por delante de la ansiedad, aunque ambas suelen coexistir frecuentemente (Chuquilín-Arista et al., 2020). Su detección clínica resulta especialmente compleja debido a la superposición de los síntomas propios de la EP y de la depresión (Brown et al., 2011; Jellinger, 2022), como las alteraciones del sueño, los problemas de motivación y concentración, y, en especial, la fatiga o pérdida de energía, lo cual puede contribuir al infradiagnóstico e incluso a un tratamiento inadecuado de la depresión. (Jellinger, 2022).

Si bien no hay una causa única y clara de la depresión asociada a la EP, se sabe que esta se debe a una interacción de múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y contextuales (Chikatimalla, 2022; De et al., 2000). A esto se le suman la pérdida de funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria, el impacto emocional del diagnóstico, (Rosińczuk y Kołtuniuk, 2017), así como el miedo a la progresión de la enfermedad, la dependencia y la pérdida de autonomía (Cassidy et al., 2024; Rosińczuk y Kołtuniuk, 2017). Todos estos factores, además de incrementar la sintomatología depresiva, influyen de manera directa en la forma en que la persona se relaciona con su enfermedad, su cuerpo y su identidad personal. (Hanff et al., 2022).

Además, la pérdida de autonomía, el estigma asociado a la enfermedad, y la percepción de desaprobación por las demás personas afectan el sentido de identidad del/la paciente que padece la enfermedad, generando elevados niveles de angustia

emocional (Florijn et al., 2023), y una sensación de aislamiento social (Ghorbani et al., 2014), la cual agrava la sintomatología depresiva, que a su vez contribuye a la cronificación del malestar psicológico. (Florijn et al., 2023; Ghorbani et al., 2014).

La literatura científica pone de manifiesto que la depresión no tratada en la EP se asocia con un peor pronóstico a largo plazo, con una mayor discapacidad funcional, y con una reducción significativa de la calidad de vida, incluso por encima del impacto de los síntomas motores (Samanta et al., 2023; Shi et al., 2024), lo que subraya la necesidad de intervenciones psicológicas dirigidas de forma específica a esta población y adaptadas a sus propias características. Sin embargo, pese al creciente interés por la depresión en la enfermedad de Parkinson, gran parte de la investigación científica se ha centrado en la reducción de la sintomatología y en el tratamiento farmacológico, prestando menor atención a los procesos psicológicos implicados en la adaptación a una enfermedad progresiva y crónica (Angelopoulou et al., 2023; Chikatimalla et al., 2022). Además, muchos de los estudios realizados presentan diseños de corta duración y escaso seguimiento longitudinal, lo cual limita el conocimiento sobre el mantenimiento de los cambios a largo plazo y la consolidación de una adaptación psicológica sostenible (Antar et al., 2021; Song et al., 2022).

En conjunto, si bien los avances en el tratamiento psicológico de la depresión en la EP son relevantes, la literatura continúa mostrando una escasez de intervenciones basadas en terapias contextuales que integren de manera específica los aspectos evolutivos, emocionales y funcionales característicos de esta enfermedad (Berry et al., 2025). Esta limitación dificulta la consolidación de modelos de intervención ajustados a la complejidad clínica de la EP.

Además de la sintomatología afectiva, diversos estudios han descrito en personas con EP un patrón de personalidad rígido, caracterizado por una baja búsqueda de novedad, alta evitación del daño, y una menor autodirección, autonomía, flexibilidad conductual y una mayor resistencia al cambio (Boussac et al., 2025; Díaz-Santos et al., 2015; Meira et al., 2022; Paulk y Neilson, 2024).

Al mismo tiempo, se ha observado una marcada rigidez cognitiva, manifestada en la dificultad para modificar las respuestas ante las demandas del entorno, perseveración conductual y el uso de estrategias de afrontamiento rígidas (Díaz-Santos et al., 2015; Dirnberger y Jahanshahi, 2013; Kudlicka et al., 2011). Estos patrones de rigidez cognitiva y conductual adquieren especial relevancia en el contexto de una enfermedad neurodegenerativa, ya que pueden contribuir al mantenimiento del malestar emocional al limitar la capacidad de la persona de adaptarse psicológicamente, favoreciendo la evitación experiencial y el refuerzo de estilos de afrontamiento poco flexibles. En el contexto de una enfermedad progresiva como la EP, estos patrones de rigidez pueden intensificar la experiencia de pérdida y cronificar el malestar emocional, en especial cuando la persona mantiene estrategias de control inflexibles frente a síntomas que no pueden eliminarse. (Julien et al., 2016; Sheynin et al., 2020).

Desde esta perspectiva, la flexibilidad psicológica se convierte en un proceso central a abordar terapéuticamente, siendo la promoción de la flexibilidad psicológica un objetivo prioritario de intervención. Así, la flexibilidad psicológica puede conceptualizarse como un elemento transdiagnóstico clave en la adaptación a enfermedades de carácter degenerativo, al permitir que la persona modifique la relación con su experiencia interna sin depender de la eliminación de síntomas que, en muchos casos, resultan inevitables o inmodificables (Gloster et al., 2020; Graham et al., 2016).

Este enfoque resulta de especial pertinencia en la EP, donde la progresión clínica limita las estrategias de control tradicionales y exige formas de afrontamiento más flexibles y sostenibles.

Si bien no se han hallado publicaciones que aborden específicamente el constructo de fusión cognitiva desde la perspectiva de ACT en esta población, estos fenómenos pueden considerarse como funcionalmente equivalentes a la descripción de este proceso desde la ACT. (Meira et al., 2022; Boussac et al., 2025; Díaz-Santos et al., 2015; Paulk y Neilson, 2024). Desde este marco, la fusión cognitiva se define como la dificultad para tomar distancia de los propios pensamientos y tratarlos como eventos puramente mentales, lo que provoca que la persona se comporte por reglas o verbalizaciones rígidas (Hayes et al., 2012).

En la actualidad, el tratamiento de la EP combina tratamientos farmacológicos, siendo el más frecuente la administración de levodopa y agonistas dopaminérgicos para el manejo de los síntomas motores (Norña et al., 2025; Verschuur et al., 2019), y tratamientos psicológicos centrados en el manejo del malestar emocional. Tradicionalmente, la terapia cognitivo conductual (TCC) se presenta como la intervención psicológica de primera elección para el tratamiento de los síntomas depresivos en la EP, mostrando eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en esta población (Angelopoulou et al., 2023; Dobkin et al., 2011). A pesar de ello, su foco tradicional en la modificación de los contenidos cognitivos puede encontrar limitaciones en contextos en los que el malestar emocional está estrechamente vinculado a pérdidas funcionales reales, progresivas e irreversibles (Pinto et al., 2025b).

En el contexto de una enfermedad neurodegenerativa, el sufrimiento no siempre se deriva de distorsiones cognitivas, sino de experiencias vitales objetivamente difíciles

de afrontar. En este sentido, pueden resultar especialmente relevantes aquellos modelos que prioricen la adaptación psicológica y la relación con la experiencia interna, más que la eliminación o corrección de los contenidos cognitivos (Gwak y Park, 2024; Pinto et al., 2025b).

En los últimos años, han surgido enfoques terapéuticos innovadores. Entre ellos, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (en lo sucesivo, ACT por sus siglas en inglés), cuyo objetivo principal es promover la flexibilidad psicológica y el bienestar emocional (Stenhoff et al., 2020). La ACT se centra en modificar la manera en que la persona se relaciona con sus eventos internos, fomentando la aceptación de experiencias inevitables y el compromiso con acciones coherentes con los valores personales, en lugar de centrarse en el cambio del contenido cognitivo (Pinto et al., 2025a).

La literatura científica disponible avala la eficacia de la ACT en el tratamiento de la depresión en personas con enfermedades neurodegenerativas, incluida la EP, mostrando una elevada aceptabilidad y beneficios clínicamente relevantes (Pinto et al., 2022; Pinto et al., 2025b).

Este enfoque de tratamiento resulta especialmente pertinente en el contexto de la EP, donde la progresión inevitable de la enfermedad limita la capacidad de control de los síntomas, lo cual hace necesario un abordaje centrado en la aceptación, la flexibilidad psicológica y el mantenimiento de una vida con sentido pese a las limitaciones propias de la enfermedad (Pinto et al., 2025b).

El núcleo del modelo ACT es la flexibilidad psicológica, operacionalizada a través de seis procesos interrelacionados que constituyen el modelo Hexaflex: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida (Hayes et al., 2012). Estos procesos permiten abordar

específicamente la rigidez cognitiva, la evitación experiencial, la pérdida de sentido vital y el impacto del malestar emocional observados en la población con EP (Díaz-Santos et al., 2015; Dirnberger y Jahanshahi, 2013; Florijn et al., 2023; Ghorbani et al., 2014; Hanff et al., 2022; Kudlicka et al., 2011), incidiendo directamente en la sintomatología depresiva y en la calidad de vida.

En conjunto, la evidencia presentada sugiere que las personas con EP que presentan sintomatología depresiva no experimentan solamente un elevado malestar emocional, sino que también muestran dificultades en procesos psicológicos de adaptación como la rigidez cognitiva, la evitación experiencial y la desconexión de los valores personales (Pinto et al., 2025b; Sheynin et al., 2020). Estos procesos pueden actuar como mecanismos mantenedores del sufrimiento psicológico si no son abordados de forma específica.

A pesar de ello, la literatura continúa siendo limitada en el desarrollo de propuestas de intervención que aborden de manera específica estos procesos desde un enfoque contextual adaptado a las características propias de la EP (Pinto et al., 2025b). Esta brecha pone de manifiesto la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas que no se limiten a la reducción sintomática, y que asimismo promuevan mecanismos de cambio coherentes con la naturaleza crónica y progresiva de la enfermedad.

La presente propuesta se fundamenta en este marco teórico, con el objetivo de diseñar una intervención psicológica coherente con las características clínicas y evolutivas de la enfermedad, centrada en promover la flexibilidad psicológica como mecanismo central de cambio en personas con EP y sintomatología depresiva. Desde esta perspectiva, la intervención propuesta no persigue disminuir de manera directa el malestar emocional, sino fortalecer repertorios conductuales flexibles que permitan a la

persona vivir de manera más coherente con sus valores personales, incluso en presencia de limitaciones físicas y emocionales derivadas de la enfermedad.

2. Objetivos Generales y Específicos

Objetivo general: Diseñar una propuesta de intervención psicológica basada en la ACT orientada a promover la flexibilidad psicológica como mecanismo central de adaptación en personas con enfermedad de Parkinson y sintomatología depresiva, con el fin de fomentar una mejora sostenible en su calidad de vida en el contexto de la cronicidad de la enfermedad.

Objetivos Específicos:

- I. Facilitar el desarrollo de una relación más funcional y flexible con los pensamientos y emociones asociados a la sintomatología depresiva, promoviendo una actitud de apertura y aceptación frente a las experiencias internas desagradables.
- II. Entrenar habilidades de defusión cognitiva orientadas a modificar la relación con los pensamientos automáticos rígidos y limitantes, facilitando una mayor libertad de acción.
- III. Potenciar la capacidad de atención plena y el contacto con el momento presente como medio para modificar la relación con la rumiación, la anticipación ansiosa y la evitación experiencial, promoviendo una relación más consciente y menos automática con la experiencia interna y externa.
- IV. Fomentar la autocompasión como forma de afrontamiento emocional adaptativa, promoviendo una relación más amable, comprensiva y no autocrítica con la experiencia de la enfermedad y con el propio malestar emocional.

- V. Desarrollar un sentido de identidad más flexible (yo como contexto) que permita a la persona diferenciarse de la enfermedad y de sus síntomas, favoreciendo una relación menos fusionada con ellos y una mayor perspectiva psicológica ante la experiencia interna.
- VI. Clarificar los valores personales relevantes y favorecer el compromiso con acciones coherentes con dichos valores, incluso en presencia de malestar emocional y limitaciones físicas derivadas de la enfermedad, promoviendo conductas orientadas a una vida significativa.

3. Metodología

3.1 Destinatarios

La presente propuesta de intervención se dirige a personas adultas diagnosticadas con enfermedad de Parkinson que presentan sintomatología depresiva y que puedan beneficiarse de un abordaje psicológico basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La intervención se concibe como un programa de carácter sanitario, orientado a mejorar la adaptación psicológica, el bienestar emocional y la calidad de vida de esta población. Para ello, la intervención se desarrollará en un contexto sanitario o sociosanitario supervisado, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente en materia de práctica psicológica.

La intervención se plantea para un máximo aproximado de 20 participantes. El número máximo estimado de 20 participantes responde a criterios de viabilidad clínica y a la capacidad asistencial del contexto sanitario en el que se implementaría el programa. El rango de edad se establece entre los 50 y los 80 años, en consonancia con los datos

epidemiológicos disponibles sobre la enfermedad de Parkinson en población adulta (Sociedad Española de Neurología, 2024). Este rango de edad permite incluir a la población más representativa de la EP, al mismo tiempo que permite asegurar un nivel de funcionalidad cognitiva y autonomía suficiente para la participación activa en una intervención psicológica estructurada.

La intervención está diseñada para ser aplicada principalmente en un formato individual, lo que permite una mejor adaptación a las necesidades clínicas, cognitivas y emocionales de cada persona. El formato individual resulta especialmente adecuado en esta población debido a las fluctuaciones motoras, así como a la existencia de posibles dificultades comunicativas y a las posibles necesidades de ajuste terapéutico individualizado, favoreciendo un trabajo experiencial más profundo de los procesos nucleares del modelo ACT. No obstante, podría adaptarse a un formato grupal en función de las características y necesidades de los/las participantes y del contexto de aplicación, manteniendo siempre los principios y procesos terapéuticos del modelo ACT.

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos responden a consideraciones metodológicas, clínicas y éticas basadas en la evidencia científica disponible sobre intervenciones psicológicas en pacientes con EP. La inclusión de pacientes con sintomatología depresiva se basa en la elevada prevalencia de depresión en EP y en su gran impacto sobre la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de estos/as pacientes (Chendo et al., 2022; Chuquilín-Arista et al., 2020; Samanta et al., 2023). En este sentido, estudios recientes avalan que modelos terapéuticos centrados en la flexibilidad psicológica, como la ACT, presentan una alta aceptabilidad y beneficios

clínicamente relevantes en personas con EP (Gwak y Park, 2024; Liu et al., 2023; Pinto et al., 2025b).

La presencia de sintomatología depresiva se determinará mediante una entrevista clínica estructurada y mediante la administración de instrumentos psicométricos validados para la evaluación de síntomas depresivos en población con EP.

Por otro lado, la literatura señala que la participación activa en intervenciones basadas en la ACT requiere un mínimo de nivel de funcionamiento cognitivo (Díaz-Santos et al., 2015; Dirnberger y Jahanshahi, 2013; Kudlicka et al., 2011), con el fin de que la persona pueda comprender instrucciones, mantener la atención durante las sesiones y participar en los ejercicios terapéuticos propuestos. Por este motivo, se excluyen personas con deterioro cognitivo o demencia, al considerarse una limitación relevante para el aprovechamiento terapéutico de la intervención.

Asimismo, se excluyen trastornos psicológicos graves tales como trastornos psicóticos, y alteraciones conductuales graves, por considerarse como una contraindicación clínica para el abordaje psicológico centrado en procesos internos, tal y como indican las guías de intervención en enfermedades neurodegenerativas (Fischer et al., 2012). También serán excluidas aquellas personas con déficits auditivos severos no corregidos, ya que estos pueden impedir o dificultar la correcta comprensión y el desarrollo adecuado de las sesiones.

Por otro lado, con el fin de garantizar que los cambios emocionales observados durante la intervención puedan atribuirse al proceso terapéutico y no a modificaciones recientes del tratamiento médico, se establece como criterio de inclusión que las personas participantes presenten un tratamiento farmacológico estable durante, al menos, las cuatro semanas previas al inicio de la intervención. Este criterio de

estabilidad farmacológica se justifica en la literatura científica y guías clínicas, que destacan cómo los fármacos antiparkinsonianos tardan como mínimo un mes en estabilizarse y en mostrar efectos observables claros (Dobkin et al., 2011; Schrag y Husbands, 2022). De esta manera, se garantiza que los cambios emocionales detectados respondan al efecto terapéutico y no a ajustes recientes en la medicación, cuya estabilización plena suele requerir aproximadamente un mes (Dobkin et al., 2011; Schrag y Husbands, 2022). Este criterio no responde solamente a una necesidad metodológica, sino también ética, ya que tiene como objetivo evitar interferencias clínicas que puedan generar malestar adicional o confusión respecto a la evolución emocional del/la participante.

Finalmente, se establece la residencia en Madrid y el manejo del idioma español como criterios de inclusión para asegurar una adecuada asistencia y comprensión de las sesiones.

A continuación, se muestran los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para la intervención.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión del programa de intervención

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diagnóstico médico confirmado de enfermedad de Parkinson.	Deterioro cognitivo significativo o diagnóstico de demencia determinado mediante puntuaciones indicativas de deterioro en pruebas de cribado cognitivo.
Presencia de sintomatología depresiva leve o moderada determinada mediante entrevista clínica semiestructurada y	Trastornos psicóticos u otros trastornos mentales graves que comprometan la capacidad de participación en una

puntuaciones clínicamente significativas en instrumentos psicométricos validados.	intervención basada en procesos experienciales.
Edad comprendida entre 50 y 80 años.	Déficits auditivos severos no corregidos que interfieran en la comprensión de las sesiones.
Funcionamiento cognitivo preservado.	Condiciones clínicas que impidan el seguimiento adecuado de la intervención.
Tratamiento farmacológico estable durante al menos cuatro semanas previas al inicio de la intervención.	
Residencia en la Comunidad de Madrid.	
Comprensión y manejo del idioma español.	

3.2 Diseño de Evaluación y Dimensiones Clínicas de la Intervención

La presente propuesta de intervención se estructura a partir de un modelo de evaluación clínica pre–post con medidas repetidas, orientado al seguimiento individual de los cambios clínicos observados en los participantes antes y después de la aplicación del programa de intervención psicológica.

Cada participante actúa como su propio referente, lo que resulta especialmente adecuado en contextos clínicos y asistenciales, como las intervenciones psicológicas en personas con EP, donde el objetivo principal es analizar la evolución intraindividual y la adaptación psicológica al propio proceso terapéutico aplicado (Kalbe et al., 2018).

La evaluación tendrá un objetivo descriptivo y clínico, orientada a identificar posibles cambios asociados a la intervención, y a valorar la evolución de los procesos

psicológicos trabajados, sin pretensión de establecer relaciones causales ni de contrastar hipótesis de investigación.

En este sentido, la intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) constituye el marco terapéutico del programa, y las dimensiones psicológicas seleccionadas responden a los principales procesos clínicos abordados durante la intervención. En concreto, las dimensiones evaluadas pueden organizarse en cuatro niveles conceptuales:

- i. sintomatología clínica diana (depresión);
- ii. proceso transdiagnóstico central del modelo (flexibilidad psicológica);
- iii. procesos específicos propios de la ACT: evitación experiencial, fusión cognitiva, atención plena, conducta orientada a valores (acción comprometida), así como procesos conceptualmente relacionados (autocompasión), que facilita una actitud de apertura hacia la experiencia interna; y
- iv. procesos de resultado funcional vinculados a la adaptación a la enfermedad (calidad de vida).

Estos procesos no son solo indicadores de malestar psicológico (depresión), sino que también constituyen los procesos nucleares del modelo ACT (flexibilidad psicológica y sus componentes), además de incluir un indicador global de resultado clínico (calidad de vida).

Todos estos procesos serán evaluados mediante instrumentos psicométricos validados, aplicados en los distintos momentos de evaluación establecidos (pre-intervención y post-intervención), con el objetivo de obtener una aproximación

cuantitativa a los cambios clínicos esperables asociados al proceso terapéutico y complementar la valoración clínica realizada durante la intervención.

3.3 Materiales e Instrumentos

La evaluación tendrá una finalidad clínica y descriptiva, centrada en establecer una línea base y monitorizar la evolución de aquellos procesos relevantes para la intervención, sin pretensión de establecer relaciones causales ni contrastar hipótesis, propias de un diseño experimental. Asimismo, se seleccionan instrumentos validados y que no demandan una alta carga cognitiva, atendiendo a la fatiga y a la posible fluctuación sintomática propias de la EP.

Instrumentos de evaluación

Para la valoración de los participantes y el seguimiento del proceso terapéutico, se empleará una combinación de instrumentos cualitativos y psicométricos validados, seleccionados de acuerdo con los objetivos de la intervención y con los procesos psicológicos trabajados desde el modelo de la ACT. Los instrumentos se emplearán con una finalidad clínica y descriptiva, con el fin de valorar cambios psicológicos relevantes a lo largo de la intervención.

A continuación, se detallan los instrumentos empleados, atendiendo a su función dentro del programa:

Instrumentos de evaluación clínica inicial y contextual:

- Entrevista semiestructurada: en primer lugar, se realizará una entrevista clínica semiestructurada con el objetivo de recopilar información relevante sobre la historia vital, antecedentes vitales relevantes, el curso de la enfermedad, el impacto psicológico percibido, los recursos personales y el contexto psicosocial de cada

participante. Esta información permitirá contextualizar la intervención y ajustar el proceso terapéutico en función de las necesidades de cada participante, siendo un complementando a la evaluación psicométrica.

- Montreal Cognitive Assessment test (MoCA test; Nasreddine et al., 2005) en su adaptación al español, Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA; Costa et al., 2017): se trata de un instrumento de cribado cognitivo que permite descartar la presencia de deterioro cognitivo significativo o demencia, dado que se requiere un nivel mínimo de funcionamiento cognitivo para la participación activa en una intervención basada en ACT. Este instrumento no se utiliza como variable de cambio, sino como criterio clínico de idoneidad. En especial, se escoge este instrumento debido a sus altos niveles de sensibilidad (0.98) y especificidad (0.93).

Instrumentos de evaluación de variables clínicas de proceso (ACT):

- Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación al español Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II; Sanz et al. 2003): instrumento estandarizado para la evaluación de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva, que cuenta una consistencia interna de 0,83. Aunque algunos ítems pueden solaparse con síntomas propios de la enfermedad de Parkinson, su uso permite obtener una medida global del malestar afectivo, siendo ampliamente utilizado en contextos clínicos.

Por otro lado, dado que determinados ítems pueden solaparse con síntomas propios de la enfermedad de Parkinson (como la fatiga, o las alteraciones del sueño), los resultados se interpretarán de manera clínicamente contextualizada, complementándose con la información obtenida en la entrevista semiestructurada, con el fin de evitar una sobreestimación del malestar depresivo.

- Versión española del Cuestionario Aceptación y Acción (AAQ-II — Acceptance and Action Questionnaire-II; Bond et al., 2011) por Ruiz et al., (2013): evalúa la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica global, constituyendo uno de los instrumentos centrales del modelo ACT. Presenta una consistencia interna de 0,89.

Este instrumento resulta especialmente pertinente en el contexto del presente programa, ya que ofrece una medida global de la inflexibilidad psicológica, considerada el núcleo del modelo ACT y uno de los principales mecanismos de cambio abordados en la intervención.

- Versión española del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ - Cognitive Fusion Questionnaire; Gillanders, et al., 2014), por Romero-Moreno et al., (2014): el CFQ es un instrumento que evalúa específicamente el grado de fusión cognitiva, entendida como la tendencia a comportarse de acuerdo al contenido literal de los pensamientos. Presenta una consistencia interna de 0,92.

Su inclusión permite una valoración más específica del proceso de fusión cognitiva, complementaria a la medida global de flexibilidad psicológica proporcionada por el AAQ-II, y facilitando una valoración más precisa de los cambios en este proceso concreto trabajado durante la intervención.

- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003), versión española por Soler et al., 2012. Este cuestionario evalúa la capacidad de atención plena y el contacto con el momento presente del paciente, procesos centrales trabajados durante la intervención. La versión española cuenta con una consistencia interna de 0,89.

Este instrumento se encuentra directamente vinculado a uno de los procesos centrales de la ACT (contacto con el momento presente), lo que permite valorar de manera específica los cambios en la capacidad atencional al momento presente y en la conciencia plena promovidos durante el programa.

- Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003), versión española por García-Campayo et al., 2014: evalúa la autocompasión de la persona, es decir, su habilidad para ser amable y comprensivo con uno mismo en situaciones de sufrimiento o fracaso. Este constructo resulta especialmente relevante en población con enfermedad de Parkinson. La versión española presenta una consistencia interna global de 0,87.

La evaluación de la autocompasión resulta de especial relevancia en población con EP, en la que el autoconcepto y la autocrítica pueden verse afectados por la progresión de la enfermedad, constituyendo así un proceso terapéutico clave dentro de la intervención.

- Valued Living Questionnaire (VLQ; Wilson et al., 2010), versión española por Macías, et al., (2023): este cuestionario evalúa la congruencia entre las acciones del paciente y sus valores personales, y la importancia que este atribuye a diferentes áreas de su vida. Constituye un instrumento clave para valorar los procesos de clarificación de valores y acción comprometida trabajados en la intervención. La versión española presenta una consistencia interna de 0,85.

Este cuestionario permite valorar la coherencia entre conducta y valores personales, aspecto central en la ACT, lo que permite evaluar el grado de compromiso conductual con una vida significativa pese a la presencia de limitaciones físicas o emocionales.

Instrumentos de evaluación de resultado global:

- Versión española del Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39; Peto, et al., 1995), por Martínez-Martín, et al., (1998). Instrumento específico para la evaluación de la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson, que incluye dominios como movilidad, actividades de la vida diaria, bienestar emocional, estigma, apoyo social y cognición. Este cuestionario permite obtener una valoración global del impacto percibido de la intervención sobre la calidad de vida, y presenta una consistencia interna de 0,94.

El empleo de un instrumento específico para enfermedad de Parkinson permite obtener una medida contextualizada del impacto funcional, psicosocial y emocional de la intervención, ajustada a las características propias de esta población.

En la tabla 2 se muestran los diferentes procesos psicológicos de interés a evaluar, así como las pruebas empleadas para valorarlos, y la duración de aplicación de las mismas.

Tabla 2

Pruebas estandarizadas utilizadas para medir las dimensiones psicológicas de interés

Dimensión psicológica	Pruebas	Duración de la prueba
Depresión	BDI-II	10 minutos
Evitación experiencial	AAQ-II	2 – 3 minutos
Flexibilidad psicológica	AAQ-II	2 – 3 minutos
Fusión cognitiva	CFQ	2 – 3 minutos
Atención plena y contacto con el momento presente	MAAS	5 - 7 minutos

Autocompasión	SCS	10 minutos
Congruencia entre acciones y valores personales	VLQ	5 - 7 minutos
Calidad de vida	PDQ-39	15 - 20 minutos

Con el objetivo de garantizar la adecuación del proceso de evaluación a las características propias de la enfermedad de Parkinson, la administración de los instrumentos se realizará preferentemente en momentos del día en los que la persona se encuentre más activo, minimizando la interferencia de las fluctuaciones propias de la enfermedad. Además, se programarán pausas breves en caso de ser necesario, y se dividirá la batería en varias sesiones para reducir el efecto de fatiga cognitiva.

Por otro lado, en caso de observar dificultades motoras o en la escritura, se permitirá la lectura asistida de los ítems por parte del/la profesional, asegurando siempre la comprensión adecuada y el respeto a la autonomía del/la participante.

Los datos cuantitativos obtenidos mediante las pruebas psicométricas administradas de forma previa al comienzo de la intervención (pre-intervención) serán registrados con la finalidad de disponer de una referencia clínica, que permita describir el estado psicológico de los/las participantes antes de la aplicación del programa de intervención. Posteriormente, estas medidas se compararán de forma descriptiva y cualitativa con las obtenidas tras la finalización de la intervención (post-intervención), con el objetivo de valorar posibles cambios clínicos relevantes asociados a la intervención aplicada.

Los resultados obtenidos durante las evaluaciones serán interpretados desde una perspectiva clínica individual, integrándose con la información cualitativa obtenida

mediante la entrevista y del seguimiento terapéutico, y se trasladarán únicamente a los/las participantes, prevaleciendo en todo momento su anonimato y garantizando su confidencialidad conforme a los principios éticos y deontológicos de la práctica psicológica.

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones de referencia empleadas para valorar la idoneidad de los/las participantes en relación con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la intervención.

Tabla 3

Puntuaciones de referencia para los criterios de inclusión y exclusión

Prueba	Puntuación criterio de inclusión	Puntuación criterio de exclusión
MoCa	> 26	≤ 25
BDI-II	≥14	< 13

En la Tabla 4 se muestran rangos orientativos de puntuaciones clínicas que permiten contextualizar el estado inicial esperado de los/las participantes, y los cambios clínicos esperables tras la implementación del programa de intervención, de acuerdo con los objetivos planteados y los resultados esperados. Estas puntuaciones no constituyen puntos de corte oficiales, ni criterios de eficacia, sino que se tratan de referencias clínicas estimadas, con posibilidad de variación en función de las características individuales de cada participante.

Tabla 4

Rangos clínicos orientativos y evolución clínica esperable en función de los objetivos terapéuticos.

Prueba	Rango clínico orientativo pre-intervención	Evolución clínica esperable post-intervención
BDI-II	≥ 14	Disminución clínicamente relevante del malestar depresivo.
AAQ-II	> 29 (inflexibilidad psicológica moderada/alta)	Mayor apertura experiencial y menor evitación y dominancia de eventos internos negativos.
CFQ	> 29 (alta fusión cognitiva)	Mayor capacidad de distanciamiento frente a los pensamientos.
MAAS	Media $< 3,5$	Aumento de la capacidad del contacto con el momento presente.
SCS	Media $< 2,5$	Incremento de la autocompasión y reducción de la autocrítica negativa.
VLQ - Importancia	Media 6–7	Estabilidad o ligero aumento.
VLQ- Consistencia	< 5	Incremento de la acción comprometida, con un aumento de conductas consistentes con los valores personales.
PDQ-39	> 35	Mejora percibida de la calidad de vida.

La valoración de los cambios se realizará mediante una comparación descriptiva de las puntuaciones pre-intervención y post-intervención, integrando la información

cuantitativa con información cualitativa de la observación clínica y el seguimiento del proceso terapéutico.

Materiales

A continuación, se detallan los materiales necesarios para el desarrollo de la presente propuesta de intervención:

- Medios físicos: será necesario contar con una sala o un despacho privado que garantice la confidencialidad, la privacidad y el cumplimiento de las condiciones éticas necesarias para correcta práctica profesional en el ámbito sanitario. El espacio deberá contar con condiciones ambientales adecuadas, tales como una temperatura confortable, una iluminación suficiente y un adecuado control del ruido ambiental, con el fin de promover una adecuada comunicación terapéutica y el bienestar del/la participante durante las sesiones.

Por otro lado, el espacio deberá ser accesible arquitectónicamente, evitando barreras físicas y facilitando el desplazamiento de personas con posibles dificultades motoras o con movilidad reducida, garantizando la comodidad y seguridad del/la participante durante todas las sesiones.

- Medios materiales: para el desarrollo de las sesiones será necesario contar con material de uso clínico básico como folios, bolígrafos y hojas de trabajo específicas, empleadas para la realización de ejercicios experienciales, registros y tareas entre sesiones, coherentes con el modelo propio de la ACT. Asimismo, se emplearán materiales experienciales propios de la ACT, tales como metáforas, ejercicios experienciales guiados o audios de mindfulness.

También se requerirá un ordenador o dispositivo móvil que permita el adecuado seguimiento de la intervención y la comunicación puntual con los/las participantes cuando se requiera, siendo necesario contar con un sistema informático seguro para el registro clínico y la gestión de la información.

Además, se requerirán documentos de consentimiento informado, fichas de registro clínico y de seguimiento.

La información y datos registrados serán almacenados en formato codificado y protegidos mediante sistemas de almacenamiento seguro de acuerdo a la normativa vigente en materia de protección de datos (RGPD y Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales), garantizando la confidencialidad y el uso exclusivamente clínico de la información recogida.

- Medios humanos: la intervención será llevada a cabo por psicólogos/as generales sanitarios/as, con formación acreditada en terapias de tercera generación y, de manera específica, en la ACT. Para ello, se recomienda que los/las profesionales cuenten con experiencia clínica supervisada en el abordaje de problemáticas emocionales en población adulta y/o con enfermedades neurodegenerativas, con el fin de asegurar una intervención ética, competente y ajustada a las necesidades de los/las participantes.

Además, se recomienda que la intervención pueda contar con supervisión clínica periódica, especialmente en aquellos casos de mayor complejidad emocional. De esta manera, se pretende asegurar la calidad técnica, el cumplimiento ético y la adecuación del abordaje terapéutico a las necesidades individuales de cada participante.

En conjunto, estos recursos garantizarán unas condiciones óptimas para el desarrollo del programa de intervención, así como el cumplimiento de los principios éticos y deontológicos que rigen la práctica psicológica en el ámbito sanitario.

4. Descripción y Temporalización de la Intervención

4.1 Temporalización

El presente programa de intervención se estructura siguiendo una progresión coherente con el modelo ACT, comenzando realizando la evaluación y construcción de la alianza terapéutica; continuando con el trabajo sobre la desesperanza creativa y clarificación de valores, e incorporando paulatinamente los procesos nucleares del modelo Hexaflex (aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto y acción comprometida).

La duración del tratamiento activo será de tres meses. No obstante, el proceso completo de evaluación inicial y seguimiento posterior se extenderá a aproximadamente un año y cinco meses, incluyendo las fases de cribado, evaluación pre y post intervención, y las sesiones de seguimiento a medio y largo plazo.

La fase de cribado tendrá como objetivo seleccionar a las personas candidatas a participar en el programa en función de los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Esta fase se llevará a cabo en una sesión individual de una hora de duración (sesión 0), en la que se realizará la valoración inicial y se confirmará la idoneidad para la participación en la intervención.

La fase de evaluación pre-intervención tendrá como finalidad obtener una línea base clínica de las variables psicológicas de interés, que permita describir el estado inicial de los/las participantes antes del inicio del programa. Esta fase se desarrollará en

dos sesiones individuales semanales de una hora de duración (sesiones 1 y 2), con el fin de evitar el efecto de fatiga de los/las participantes y facilitar una evaluación adecuada.

Posteriormente, se comenzará con el programa de intervención psicológica, que tendrá una duración total de tres meses, durante los cuales se realizarán doce sesiones (una sesión semanal) de una hora de duración (sesiones 3 - 14). La duración de doce sesiones semanales responde a criterios clínicos frecuentes en intervenciones basadas en ACT en población adulta (Gwak y Park, 2024; Pinto et al., 2025a, 2025b), ya que permite realizar un trabajo progresivo los procesos nucleares del modelo Hexaflex (defusión, aceptación, contacto con el presente, yo como contexto, valores y acción comprometida) sin generar una sobrecarga emocional o cognitiva excesiva, aspecto de especial relevancia en personas con EP y fluctuaciones sintomáticas (Gwak y Park, 2024). En esta fase, se trabajarán gradualmente los procesos centrales de la ACT, adaptados a las características y necesidades de la población con enfermedad de Parkinson.

Cada sesión seguirá una estructura fija común que incluirá: revisión de tareas mandadas para casa, desarrollo del contenido principal mediante ejercicios experienciales y metáforas, práctica guiada, y establecimiento de tareas entre sesiones, garantizando así coherencia metodológica y facilitando la replicabilidad del programa.

Una vez finalizadas las sesiones de intervención, se llevará a cabo la fase de evaluación post-intervención, que tendrá como objetivo principal valorar los cambios clínicos observados tras la finalización del programa. Esta fase se realizará en dos sesiones individuales semanales de una hora de duración (sesiones 15 y 16).

Finalmente, se llevará a cabo un seguimiento clínico con el fin de valorar el mantenimiento de los cambios producidos por la intervención, y acompañar el proceso

de adaptación a largo plazo. Para ello, se realizarán tres sesiones de seguimiento: al mes, a los seis meses y al año tras la finalización de la intervención (sesiones 17, 18 y 19, respectivamente). El seguimiento prolongado resulta de especial relevancia en población con EP, debido al carácter progresivo de la enfermedad y a la necesidad de consolidar los repertorios conductuales flexibles adquiridos a lo largo del tiempo.

En la Tabla 5 se presenta el cronograma detallado de las distintas fases y sesiones del programa de intervención.

Tabla 5.

Cronograma de las sesiones del programa

Bloque	Sesión	Temporalización
Fase de cribado	Sesión 0	Semana 1
Fase pre-intervención	Sesiones 1 y 2	Semanas 2 y 3
Fase de intervención	Sesiones 3 - 14	Semanas 4 - 15
Fase post-intervención	Sesiones 15 - 16	Semanas 16 - 17
Seguimiento I (1 mes)	Sesión 17	Semana 21
Seguimiento II (6 meses)	Sesión 18	Semana 43
Seguimiento III (12 meses)	Sesión 19	Semana 69

El cronograma establecido contempla márgenes suficientes para posibles reprogramaciones derivadas de imprevistos médicos o fluctuaciones sintomáticas propias de la enfermedad, asegurando así la viabilidad realista de la temporalización del programa sin comprometer la continuidad del proceso terapéutico.

5. Directrices para la Implementación y Evaluación del Programa

5.1 Plan de Trabajo

El plan de trabajo de la presente propuesta de intervención psicológica se estructura en las siguientes fases:

- I. Presentación del programa a la entidad colaboradora;
- II. Identificación de los/las participantes y valoración de la idoneidad conforme a los criterios de inclusión y exclusión;
- III. Evaluación pre-intervención;
- IV. Implementación del plan de intervención basado en ACT;
- V. Evaluación post-intervención; y
- VI. Seguimiento.

En caso de implementación real, las fases descritas se desarrollarían de la siguiente manera:

I. Presentación del programa a la entidad colaboradora y formalización del encuadre institucional.

En primer lugar, se presentará el programa de intervención a una entidad colaboradora especializada en enfermedad de Parkinson (por ejemplo, una asociación de Parkinson de ámbito local o autonómico), mediante una reunión presencial con la persona responsable de la organización. Para ello, se le informarán de los objetivos principales del programa, así como la metodología basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y los beneficios clínicos esperables para las personas participantes.

Además, se informará a la entidad colaboradora de que la participación será estrictamente voluntaria, y de que se garantizará en todo momento el anonimato y la

confidencialidad de los datos personales, los cuales serán tratados de forma codificada conforme a la normativa vigente para impedir la identificación personal.

Por otro lado, se formalizará por escrito el acuerdo de colaboración con la entidad, especificando responsabilidades, condiciones de uso del espacio, así como protección de datos y delimitación de funciones profesionales, garantizando el encuadre sanitario del programa. Asimismo, se acordará si las sesiones se realizarán en un despacho privado cedido por la asociación, o en un espacio externo que garantice las condiciones de privacidad y confidencialidad necesarias para la práctica clínica.

Por último, se mencionará la posibilidad de realizar un taller psicoeducativo de gestión y regulación emocional como acción complementaria de apoyo psicoeducativo dirigida a familiares y/o cuidadores/as de las personas usuarias de la asociación (ver Apéndice A), dado el alto impacto emocional que esta enfermedad genera en el entorno familiar.

II. Identificación de los/las participantes y valoración según criterios de inclusión y exclusión

Una vez aceptada la propuesta por parte de la asociación, se procederá a la selección de personas interesadas en participar en el programa, en función de los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente. Para ello, en una primera fase, la propia asociación realizará el primer contacto con aquellas personas usuarias que cumplan los requisitos generales del programa, facilitándoles información básica sobre la intervención y el contacto del/de la profesional responsable.

Una vez recopiladas todas las solicitudes, y se establezca el número final de interesados/as, se fijará la fecha para realizar el cribado inicial (Sesión 0). En esta

sesión, se realizará una entrevista clínica semiestructurada para recopilar información relevante sobre historia vital y antecedentes personales significativos, el curso de la enfermedad y el contexto psicosocial de la persona. Posteriormente, se administrarán instrumentos estandarizados para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión, en particular, la presencia de sintomatología depresiva, y la ausencia de deterioro cognitivo o demencia que impida el adecuado seguimiento de la intervención. Para ello, se realizará un registro codificado de las personas interesadas, indicando aceptación o exclusión y el motivo correspondiente, con el fin de garantizar transparencia durante todo el proceso de selección y coherencia con los criterios establecidos.

Por último, se explicará a todos los/las participantes detalladamente el funcionamiento y contenido del consentimiento informado, asegurando su anonimato durante todo el proceso de intervención y la posibilidad de abandonar la intervención en cualquier momento sin perjuicio alguno.

En la Tabla 6 se detalla el orden de aplicación de las pruebas de cribado correspondientes a la Sesión 0.

Tabla 6

Orden de aplicación de pruebas de cribado (Sesión 0)

Área a valorar	Prueba	Duración
Recogida de información clínica y consentimiento.	Entrevista semiestructurada de elaboración propia y firma del consentimiento informado.	30 minutos*.
Funcionamiento cognitivo general (criterio de exclusión)	Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005)	20 minutos.

Sintomatología depresiva (criterio de inclusión)	Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996).	10 minutos
---	--	------------

**La duración de la entrevista será flexible y se adaptará a las necesidades de cada participante; por tanto, el tiempo estimado tiene un carácter meramente orientativo.*

III. Evaluación pre-intervención.

Esta fase completará la evaluación iniciada en el cribado, y tendrá como objetivo establecer la línea base clínica del resto de las variables psicológicas de interés (flexibilidad psicológica, evitación experiencial, fusión cognitiva, atención plena, autocompasión, comportamiento orientado a valores y calidad de vida). Además, los resultados obtenidos en esta fase también serán empleados para ajustar el ritmo y profundidad del programa a las necesidades individuales de cada participante.

Esta evaluación se realizará principalmente en dos sesiones semanales, con el fin de minimizar la fatiga cognitiva de los/las participantes, factor especialmente relevante en la población con Parkinson.

En las Tablas 7 y 8 se detalla el orden de aplicación de los instrumentos de evaluación correspondientes a las sesiones 1 y 2, respectivamente.

Tabla 7

Orden de aplicación de las pruebas de la evaluación inicial (Sesión 1)

Área a valorar	Prueba	Duración
Flexibilidad Psicológica y Evitación Experiencial	Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II; Ruiz et al., 2013)	3 minutos.
Atención Plena	Mindful Attention	7 minutos

	Awareness Scale (MAAS; Soler et al., 2012)	
Calidad de Vida	Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39; Peto et al., 1995)	20 minutos

Tabla 8

Orden de aplicación de las pruebas de la evaluación inicial (Sesión 2)

Área a valorar	Prueba	Duración
Fusión Cognitiva	Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ; Romero- Moreno et al., 2014)	3 minutos.
Autocompasión	Self-Compassion Scale (SCS; García- Campayo et al., 2014)	10 minutos
Valores y Acción Comprometida	Valued Living Questionnaire (VLQ; Macías et al., 2023)	7 minutos

IV. Implementación del plan de intervención basado en ACT

Una vez realizadas las fases de evaluación anteriormente descritas, y confirmada la idoneidad de los/las participantes, se llevará a cabo el plan de intervención psicológico basado en la ACT. En esta fase, el/la terapeuta seguirá un formato estructurado de sesión previamente diseñado, asegurando la coherencia interna entre objetivos terapéuticos, procesos trabajados y tareas asignadas.

Es importante mencionar que, si bien el presente programa sigue una estructura protocolizada, el orden y ritmo de las sesiones podrá ser adaptado de manera flexible según las necesidades, capacidades cognitivas y estado físico de cada participante. El/la terapeuta adaptará el ritmo y la profundidad de los contenidos con el fin de favorecer la adherencia al programa, el bienestar del/la paciente y la efectividad terapéutica.

Todas las sesiones clínicas (3–14) seguirán una estructura común: (1) revisión breve de la semana y tareas; (2) desarrollo del contenido principal mediante ejercicios experienciales y/o metáforas; (3) práctica guiada en sesión; (4) establecimiento de tarea entre sesiones y anticipación de posibles barreras o dificultades.

Además, la secuencia de sesiones se ha diseñado para garantizar una correspondencia entre: (a) objetivos específicos del programa, (b) procesos del Hexaflex trabajados y (c) dimensiones clínicas evaluadas (AAQ-II, CFQ, MAAS, VLQ, etc.), favoreciendo coherencia interna y trazabilidad del programa de intervención.

Sesión 0 - Fase de cribado

Objetivos

- Obtener información cualitativa relevante mediante una entrevista semiestructurada.
- Iniciar la creación de un espacio terapéutico seguro y de confianza.
- Obtener información cuantitativa para verificar los criterios de inclusión y exclusión.

Procedimiento

En primer lugar, se entregará a los/las participantes el consentimiento informado y la hoja informativa de la intervención (ver Apéndice B). Una vez firmado, se realizará una

entrevista clínica semiestructurada con el fin de obtener información relevante sobre la persona, su historia vital, el curso de la enfermedad y el impacto psicológico percibido.

Posteriormente, se administrarán los cuestionarios de cribado establecidos: el Inventario de depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996), y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005), con el fin de confirmar la presencia de sintomatología depresiva y la ausencia de deterioro cognitivo significativo que pueda interferir en el seguimiento de la intervención.

A continuación, se realizará una presentación general del funcionamiento del programa de intervención, destacando y asegurando la confidencialidad y anonimato de los participantes durante todo el proceso de intervención. Para ello, se les informará de los objetivos principales del programa, así como la metodología basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y los beneficios esperados para los participantes.

Finalmente, en esta fase se monitorizarán señales de riesgo (conductas autolíticas, ideación suicida) y se contemplará derivación si procede.

Sesión 1 - Evaluación Pre-intervención

Objetivos

- Establecer la línea base clínica de los procesos psicológicos evaluados en esta sesión.
- Reforzar la alianza terapéutica antes de iniciar el proceso de intervención.
- Introducir al/la participante en el modelo contextual y del rol del psicólogo/a.

Procedimiento

Durante esta sesión, se administrará a los/las participantes las siguientes pruebas estandarizadas: AAQ-II, MAAS, y PDQ-39.

A continuación, se realizará una explicación general de las diferencias entre el modelo médico tradicional y el modelo contextual. Esta distinción se hará con el objetivo de ofrecer información enriquecedora sobre el proceso terapéutico y sobre el programa de intervención en el que participarán (ver Apéndice C).

Se señalará que, mientras que el modelo médico (habitual en medicina) tiene como objetivo la eliminación de síntomas, el enfoque contextual propio de la ACT no busca necesariamente eliminar los síntomas, sino que busca modificar la relación de la persona con su malestar, permitiéndole avanzar hacia una vida valiosa coherente con sus valores personales incluso en presencia de síntomas físicos o emocionales. Con esto, se pretende que perciba que las sesiones son un lugar seguro en las que se validan sus necesidades y la expresión de sus emociones, más allá de buscar reducir o eliminar los síntomas.

Para finalizar con la explicación del proceso de la terapia, se empleará la “Metáfora de los dos escaladores” (Wilson y Soriano, 2014, ver Apéndice D), con el objetivo de ilustrar el papel del/la psicólogo/a durante el proceso de terapia, y el valor y la importancia de su propio trabajo individual para lograr los objetivos, fomentando así su responsabilidad en el proceso terapéutico.

Finalmente, se recomendarán materiales psicoeducativos breves y accesibles sobre Parkinson y aceptación que sirvan como complemento a la terapia, como la Guía de la enfermedad de Parkinson para pacientes y familiares de la Federación Española de Párkinson (FEP, 2023), que incluye algunas secciones sobre depresión y manejo emocional.

Sesión 2 - Evaluación Pre-intervención

Objetivos

- Establecer la línea base del resto de los procesos psicológicos de interés.
- Continuar fortaleciendo la alianza terapéutica.
- Fomentar y favorecer la percepción de las sesiones como un espacio seguro, confidencial y libre de juicios.
- Explorar expectativas y motivación sobre el proceso terapéutico.

Procedimiento

Esta sesión comenzará con una breve revisión de la sesión anterior, explorando cómo se ha sentido el/la participante tras el proceso de evaluación inicial y resolviendo posibles dudas sobre el funcionamiento del programa. Posteriormente, se administrará a los/las participantes el resto de las pruebas estandarizadas que constituyen el protocolo de evaluación del programa: CFQ, SCS y VLQ. Durante este proceso, se realizarán breves pausas si la fatiga asociada a la EP lo requiere, favoreciendo así una adaptación individualizada al ritmo de cada participante.

Una vez finalizada la evaluación cuantitativa, se explorarán las expectativas del/la participante sobre el proceso terapéutico y del propio programa de intervención, con el fin de favorecer la motivación y el compromiso con el tratamiento. Para ello, se realizarán preguntas abiertas como: “¿Qué te gustaría que fuera diferente en tu vida dentro de unos meses?” o “¿Qué esperas que cambie en tu vida a lo largo de estas sesiones?”. De esta manera, se podrán detectar posibles metas centradas exclusivamente en la eliminación de síntomas, facilitando así la conexión con el modelo contextual enseñado en la sesión anterior.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

El resto de la sesión se dedicará a continuar reforzando la alianza terapéutica, brindando un espacio seguro donde el/la participante pueda expresar sus emociones y pensamientos, sin sentirse juzgado, manteniendo una actitud de escucha activa y de validación emocional.

Sesión 3 - Inicio de la Intervención

Objetivos

- Validar la experiencia del malestar emocional y sufrimiento asociado al Parkinson.
- Facilitar la desesperanza creativa respecto a las estrategias de control de malestar.
- Comprender el coste de la evitación experiencial en el mantenimiento del sufrimiento.
- Introducir el concepto de valores personales como eje central del proceso terapéutico.

Procedimiento

La sesión comenzará revisando cómo se ha sentido el paciente tras las sesiones de evaluación. A continuación, se explorarán y analizarán sus estrategias de control o de afrontamiento empleadas ante situaciones de malestar emocional reciente.

Para ello, en primer lugar, se le pedirá que describa una situación reciente de especial malestar (por ejemplo, episodios de tristeza o ansiedad intensa). A partir de este ejemplo, se realizará junto a él/ella un análisis funcional sencillo, identificando antecedentes, pensamientos, emociones, conductas de afrontamiento y consecuencias, con el objetivo de que la persona pueda comprender la relación entre su conducta y las consecuencias que esta produce. A partir del análisis realizado, se analizará

conjuntamente si dichas estrategias han sido eficaces a largo plazo para reducir el malestar.

Para ilustrar más fácilmente que la estrategia usada (evitación) solo empeora el problema, se empleará la “metáfora del campo de hoyos” (metáfora clásica utilizada en el enfoque ACT, basada en los procesos centrales del modelo de Hayes et al., 2012, ver Apéndice E), subrayando que el objetivo no es juzgar las estrategias utilizadas, sino reconocer sus límites y abrir la posibilidad de probar alternativas más flexibles.

Por último, dada la importancia del trabajo personal, se pautará como tarea para casa un ejercicio de reflexión sobre áreas vitales abandonadas (como fase preparatoria para el trabajo con valores personales), tras una explicación previa sobre cómo realizarlo.

Sesión 4 – Clarificación de Valores

Objetivos

- Establecer una conexión entre el paciente y sus valores personales para conseguir un compromiso con ellos.
- Distinguir entre metas concretas y valores como direcciones vitales.
- Identificar áreas de vida significativas y relevantes.
- Comenzar a orientar la conducta hacia los valores personales.

Procedimiento

En primer lugar, se psicoeducará al paciente sobre qué son los valores y su función dentro del modelo ACT, diferenciándolos de las metas. Se profundizará en la

idea que las metas son algo pueden cumplirse o no, mientras que los valores son direcciones que se eligen voluntariamente y se pueden seguir en cualquier momento.

A continuación, se empleará la “metáfora del jardín” (Hayes et al., 2014, pp. 491-492; ver Apéndice F) para trabajar la clarificación de valores, invitando al/la participante a reflexionar sobre las áreas de su vida que han sido cuidadas y aquellas que desea volver a atender. Para ello, se propondrá que imagine que su vida es como un jardín dividido en distintas parcelas (familia, amistades, ocio, salud, etc.). Se le invita a reflexionar sobre qué “plantas” siente que están bien cuidadas, mientras que piense cuáles han sido descuidadas, y cuáles le gustaría volver a regar y a cuidar.

Asimismo, se enfatizará que el trabajo terapéutico se orientará principalmente en avanzar en dirección a lo valioso, incluso en presencia de síntomas físicos o emocionales.

Por otro lado, mediante el uso del diálogo socrático se profundizará en preguntas como: “¿Qué tipo de persona quieres ser en tu vida pese a la enfermedad?”. Como tarea, se entregará una hoja para valorar la importancia y el grado actual de compromiso en los diferentes valores identificados.

Sesión 5 – Defusión Cognitiva

Objetivos

- Debilitar la literalidad del lenguaje y el control que los pensamientos tienen sobre la conducta.
- Disminuir la dominancia de pensamientos automáticos negativos sobre la conducta.
- Introducir el concepto de fusión cognitiva.

- Enseñar y entrenar habilidades básicas de defusión cognitiva.

Procedimiento

Se comenzará la sesión realizando el ejercicio del limón (Hayes et al., 2014, pp.284; ver Apéndice G), con el objetivo de mostrar cómo el lenguaje puede generar respuestas físicas y emocionales, aunque el estímulo no esté presente. Se guiará al paciente a imaginar con claridad un limón (olor, textura, y sabor) para que observe y note las reacciones físicas que aparecen (salivación). Con este ejercicio, se concluye que la mente reacciona a las palabras como si fueran realidades, aunque el estímulo no esté realmente presente. A partir de este ejercicio, se explicará que ocurre algo similar con los pensamientos negativos: si la mente tiene un pensamiento con carga afectiva negativa, el cuerpo reacciona como si fuera cierto.

Posteriormente, se introducirá el concepto de fusión cognitiva, y se le enseñará una técnica de defusión básica, con el objetivo de que la persona comience a distanciarse del significado de sus pensamientos, y empiece a considerarlos desde el punto de vista de un observador. Para ello, se le enseñará a decir “Estoy teniendo el pensamiento de ...” delante de frases automáticas negativas. Se animará al paciente a que identifique sus pensamientos automáticos negativos más frecuentes, para aplicarlo en sesión junto a él/ella.

Como tarea para casa, se le pedirá que durante la semana anote algunos pensamientos similares, y los reformule con esta estructura, observando si nota algún cambio en su estado emocional.

Sesión 6 – Aceptación del malestar físico y emocional

Objetivos

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

- Diferenciar síntomas físicos del sufrimiento añadido.
- Normalizar la experiencia emocional asociada al Parkinson.
- Introducir la aceptación como alternativa flexible al control.
- Trabajar emociones nucleares en la EP.

Procedimiento

Se comenzará la sesión identificando con el/la paciente luchas recientes que haya tenido con sus síntomas, tanto motores como no motores, mediante el uso de preguntas socráticas, tales como "¿Qué hiciste con ese temblor o cansancio cuando apareció?", "¿Qué pasó cuando intentaste combatirlo mentalmente con frases como 'debo pararlo'?", "¿Notaste mayor malestar emocional añadido al síntoma original?".

Posteriormente, se procederá a realizar una breve psicoeducación sobre la aceptación desde la ACT, explicando que aceptar no equivale a resignarse, sino abandonar la lucha infructuosa contra aquello que no puede cambiarse, redirigiendo la energía hacia aquello que sí es significativo para la persona.

A continuación, se dedicará un espacio a trabajar específicamente con emociones nucleares frecuentes en la EP, tales como la tristeza profunda por la pérdida de funcionalidad, o el miedo a la progresión de la enfermedad, aplicando y practicando una actitud de apertura a la experiencia y observación consciente de la emoción.

Para ello, se invitará al/la participante a conectar con una emoción concreta que experimente de forma frecuente (por ejemplo, la tristeza), a localizarla corporalmente, nombrarla y observarla desde una perspectiva de apertura, aplicando para ello los procesos de aceptación y perspectiva del observador entrenados en sesiones anteriores.

Asimismo, se enfatizará y profundizará en la idea que estas emociones constituyen respuestas humanas normales y comprensibles ante una enfermedad crónica, con el fin de normalizar las emociones frecuentemente asociadas a la EP, y para sentar las bases para la autocompasión y para disminuir la autocrítica negativa.

Seguidamente, se diferenciará claramente entre el síntoma físico inevitable del Parkinson (por ejemplo, el temblor), y el sufrimiento emocional secundario que genera la lucha interna contra dicho síntoma.

Para ilustrar mejor el coste de la lucha contra una realidad irreversible, se introducirá la “metáfora del vecino indeseado” (metáfora clásica utilizada en el enfoque ACT, basada en los procesos centrales del modelo de Hayes et al., 2012, ver Apéndice H).

Los últimos minutos de la sesión se dedicarán a la realización de un ejercicio experiencial de apertura a sensaciones (ver Apéndice I).

Como tarea para casa, se propondrá un registro estructurado en el que la persona debe anotar tres momentos del día en los que haya aparecido un síntoma habitual, registrando (1) la respuesta de lucha habitual, (2) la emoción o conducta resultante, (3) la respuesta alternativa de aceptación, y (4) el impacto posterior en su estado de ánimo.

Sesión 7 – Contacto con el momento presente (mindfulness adaptado)

Objetivos

- Modificar la relación con la rumiación depresiva, favoreciendo un contacto más flexible con el presente.

- Entrenar el contacto flexible con el momento presente.

Procedimiento

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

En primer lugar, la sesión comenzará ofreciendo al paciente una explicación sobre la tendencia a la rumiación depresiva en la EP, entendida esta como un patrón de pensamientos negativos y repetitivos sobre sentimientos de tristeza o preocupaciones, que atrapan a la persona en un bucle sin que llegue a una solución clara. Posteriormente, se realizarán preguntas socráticas del estilo: "¿En qué momentos del día tu mente se va al pasado o al futuro en lugar de estar en lo que estás haciendo?", "¿Cómo crees que influye esto en tu ánimo?", "¿Notas que la rumiación empeora tu estado emocional?".

A continuación, se realizará una breve psicoeducación sobre el contacto con el momento presente desde la ACT, explicando que se puede entrenar una atención flexible y amable hacia el presente como alternativa a la rumiación rígida sobre eventos futuros o pasados. Para poner en práctica este concepto, se realizará un ejercicio de atención plena a través de los sentidos (ver Apéndice J).

Como tarea para casa, se le mandará una práctica diaria de ejercicios de atención plena guiada mediante audios guiados breves de mindfulness.

Sesión 8 – Yo como contexto I

Objetivos

- Desvincular la identidad personal del diagnóstico de EP.
- Diferenciar entre "yo como contenido" (juicios sobre uno mismo), y "yo como contexto" (contenido cambiante).
- Favorecer una relación menos fusionada con etiquetas globales ("soy mi enfermedad").

Procedimiento

La sesión comenzará explorando cómo el/la participante se define a sí mismo/a desde la aparición de la enfermedad. Mediante el planteamiento de preguntas abiertas (“Si tuvieras que describirte ahora mismo, ¿qué dirías de ti?”), se analizará hasta qué punto el diagnóstico ha pasado a ocupar un lugar central en su identidad personal.

Posteriormente, se realizará una breve psicoeducación sobre el sentido de identidad que promueve la ACT. Para ello, se le explicará la diferencia fundamental entre el "yo como contexto" (la capacidad de observar los propios pensamientos, emociones y eventos internos sin definirse o fusionarse con ellos) y el "yo como contenido" (las creencias y juicios rígidos que una persona tiene sobre sí misma, y que generan sufrimiento al confundir la identidad propia con pensamientos o emociones pasajeras). En esta misma línea, se enfatizará que el diagnóstico de Parkinson describe una condición médica, no la esencia completa de la persona.

Con el fin de ilustrar esta idea, se introducirá la “metáfora del tablero de ajedrez” (Hayes, 2013 pp.136-138, ver Apéndice K), con la idea de pedir a la persona que visualice sus síntomas y etiquetas como piezas que vienen y van sobre el tablero estable que es uno mismo.

Finalmente, se realizará un breve ejercicio experiencial para fomentar la perspectiva del observador, en el que se guiará al/la participante a notar sus pensamientos desde una perspectiva externa, pensando ideas como “esto es Parkinson”, “esto es tristeza”, reforzando así verbalmente la idea de que la persona es quien observa estas experiencias, no las experiencias en sí mismas.

Como tarea para casa, se le planteará una reflexión guiada escrita, en la que deba completar 5-7 frases comenzando por "Soy más que..." (por ejemplo, "Soy más que mi temblor... soy el padre/madre que quiere a sus hijos").

Sesión 9 – Yo como contexto II y autocompasión

Objetivos

- Promover una relación más amable y cuidadosa consigo mismo/a.
- Favorecer una relación más flexible y compasiva con la autocrítica, la culpa y el juicio negativo asociados a la enfermedad.
- Disminuir la fusión con etiquetas depresivas globales.

Procedimiento

En primer lugar, se comenzará la sesión realizando una psicoeducación sobre el concepto de autocompasión, entendida como una actitud de amabilidad, comprensión y cuidado hacia uno/a mismo/a en momentos de dificultad, y como una extensión natural del proceso de “yo como contexto”.

A continuación, se abordarán de manera específica formas frecuentes de autocrítica en la EP, tales como pensamientos “soy una carga”, “no sirvo”, o “ya no soy la persona que era”, enfatizando cómo estas formulaciones globales incrementan el sufrimiento y malestar emocional y favorecen el aislamiento emocional.

Seguidamente, se normalizará el malestar emocional como experiencia humana, trabajando explícitamente la normalización del sufrimiento humano, enfatizando la idea de que tanto las personas con Parkinson como sin esta enfermedad, también experimentan angustia emocional, como miedo, tristeza o frustración, reduciendo así la sensación de aislamiento emocional de la persona.

Posteriormente, se realizará el ejercicio de la carta compasiva. Para ello, se invitará al/la paciente a escribir una carta dirigida a sí mismo/a desde la perspectiva de una

figura comprensiva y sin juicio, que reconozca y valide el dolor que ha vivido y el esfuerzo realizado a lo largo del proceso de enfermedad y terapia.

Como tarea para casa, se propondrá la práctica diaria de un lenguaje compasivo, animando al/la participante a sustituir frases automáticas negativas sobre sí mismo/a (“no sirvo”, “soy una carga”) por expresiones más amables, compasivas y realistas (“esto es difícil”, “estoy haciendo lo mejor que puedo”), registrando ejemplos concretos durante la semana.

Sesión 10 – Valores en acción I: del valor a la conducta

Objetivos

- Traducir los valores personales en conductas concretas y alcanzables que puedan realizarse en presencia de síntomas emocionales y motores.
- Evitar la fijación en metas irreales o frustrantes, priorizando micro-acciones valiosas sostenibles.
- Promover la activación orientada a valores y la reconexión con actividades significativas.
- Favorecer la reconexión interpersonal y el compromiso con actividades significativas pese al malestar físico y/o emocional.

Procedimiento

Esta sesión se centrará en la identificación de conductas valiosas que puedan realizarse en presencia de síntomas y que permitan a la persona avanzar en dirección a los valores personales previamente clarificados.

Para ello, en primer lugar, se introducirá el concepto de micro-acciones valiosas, enfatizando que vivir de acuerdo con los valores personales no requiere grandes acciones, sino pequeños pasos sostenidos en el tiempo, realizados a pesar del malestar, no en su ausencia.

Seguidamente, se presentarán las micro-acciones valiosas también como una alternativa a la inactividad derivada de la sintomatología depresiva. De esta manera, se promoverá la activación orientada a valores significativos y la reconexión con actividades valiosas aun en presencia de síntomas (temblor, fatiga, vergüenza).

Posteriormente, mediante el uso del diálogo socrático, se ayudará al/la paciente a transformar los valores previamente identificados en la sesión 4 en conductas observables, específicas y realistas, adaptadas a las limitaciones físicas propias de la EP.

A continuación, con el objetivo de ajustar las conductas valiosas a un nivel realista y sostenible, se empleará una escala subjetiva de dificultad (0–10), en la que la persona participante valorará el esfuerzo físico y emocional que implica cada acción propuesta. Esta herramienta permitirá adaptar las conductas a un nivel manejable, con el fin de evitar el riesgo de frustración, evitación y abandono de metas inalcanzables.

En este sentido, se planificará un plan de acción valiosa con síntoma presente semanal, en el que la persona tenga que poner en práctica técnicas de aceptación y defusión cognitiva con el síntoma presente para alcanzar una meta significativa establecida (ejemplo: llamar a un familiar por teléfono, aunque tiemble la voz, observando y notando los pensamientos automáticos negativos sin luchar contra ellos).

Finalmente, y en caso de ser pertinente, se abordará la posibilidad de incorporar conductas valiosas vinculadas a la red de apoyo (familiares, amigos/as o cuidadores/as), con el fin de favorecer la reconexión interpersonal y reducir el aislamiento social.

Como tarea para casa, el/la participante deberá realizar una micro-acción valiosa semanal, previamente acordada en sesión, y registrar cómo se sintió antes, durante y después de llevarla a cabo.

Sesión 11 – Valores en acción II: obstáculos y barreras

Objetivos

- Identificar barreras internas que dificultan la acción valiosa.
- Aplicar defusión y aceptación ante presencia de obstáculos.
- Trabajar barreras interpersonales asociadas a vergüenza o aislamiento.

Procedimiento

Esta sesión comenzará revisando las micro-acciones llevadas a cabo durante la semana, e identificando las dificultades encontradas para llevarlas a cabo. A partir de ahí, se realizará un breve análisis funcional de una situación en la que el/la participante intentara actuar de acuerdo con sus valores, pero no lo lograra, prestando especial atención a posibles pensamientos barrera (“no puedo”, “no merece la pena”), emociones asociadas y consecuencias conductuales.

Para ilustrar la importancia de trabajar la persistencia en la acción, se introducirá la “metáfora del autobús” (Hayes, 2013, pp.218-220; ver Apéndice L), explicando que los pensamientos y emociones negativas son como pasajeros ruidosos que pueden

acompañar el viaje, pero en ningún caso deben dirigirlo, ya que es la persona quien tiene el control de la situación.

A continuación, se entrenará la aplicación de técnicas de defusión cognitiva ante barreras internas y sociales, tales como pensamientos que dificultan o impiden la acción comprometida, enseñando a la persona a observar los pensamientos sin considerarlos de manera literal, promoviendo la comprensión de que es posible avanzar en dirección a los valores personales incluso en presencia de malestar emocional.

Como tarea para casa, se propondrá realizar una pequeña acción valiosa en presencia de una barrera identificada, registrando qué pensamientos o emociones aparecieron, y cómo logró realizar la conducta elegida, para, a continuación, anotar cómo se sintió tras lograr realizar la acción valiosa aun en presencia de malestar emocional.

Sesión 12 – Flexibilidad psicológica integrada

Objetivos

- Comprender la ACT como un sistema integrado y no como un conjunto de técnicas aisladas.
- Incrementar la sensación de competencia psicológica.
- Consolidar la generalización de los procesos entrenados.

Procedimiento

Esta sesión se centrará en asentar los aprendizajes adquiridos durante todas las sesiones llevadas a cabo durante el programa de intervención. Por ello, en primer lugar,

la sesión comenzará con una revisión de las tareas realizadas y ejemplos espontáneos de uso de los procesos de la ACT en la vida cotidiana.

Posteriormente, se repasarán los seis procesos del modelo, identificando ejemplos concretos personales de aceptación, defusión, valores, acción comprometida, atención plena y yo como contexto.

A continuación, se elaborará junto a la persona un mapa personal del hexaflex, identificando ejemplos concretos de cómo ha ido empleando cada proceso en su vida diaria, integrando las situaciones difíciles vividas durante el programa y los procesos aplicados en cada caso, reforzando la comprensión de la flexibilidad psicológica como habilidad transversal.

Asimismo, se enfatizará que la flexibilidad psicológica no implica una ausencia de malestar, sino la capacidad de actuar en dirección valiosa en su presencia.

Como tarea para casa, se propondrá que el/la participante realice una autoobservación consciente del uso de los procesos entrenados de la ACT, anotando durante la semana ejemplos espontáneos que haya llevado a cabo de aceptación, defusión o acción valiosa, registrando cómo se ha sentido llevando a cabo cada uno de los diferentes procesos.

Sesión 13 – Prevención de recaídas

Objetivos

- Normalizar las recaídas emocionales.
- Preparar respuestas flexibles ante posibles dificultades futuras.

Procedimiento

En esta sesión, se realizará una psicoeducación sobre la naturaleza fluctuante del estado emocional en la EP, normalizando posibles recaídas sin interpretarlas como fracasos. Para ello, se empleará la metáfora de “caerse de la bicicleta” (adaptación de la metáfora del jinete, original por Hayes et al., 2014; adaptación por Montesinos y Ortega, 2022; Apéndice M), con el fin de que la persona comprenda que tener una recaída no supone fracaso en el proceso terapéutico, sino una oportunidad para aprender y continuar en la dirección elegida.

Para ello, se trabajará en la identificación de indicios tempranos de malestar emocional (aumento de evitación, rumiación, autocrítica negativa) y se elaborará un plan personal de acción centrado en la ACT, que incluya estrategias basadas en aceptación, conexión con valores y perspectiva del observador.

Finalmente, se realizará el ejercicio “muchos mapas para distintos viajes” (Hayes, 2013, pp.257-259) en el que se registrarán los valores y áreas vitales importantes del paciente, con las posibles dificultades que se pueden dar y las correspondientes estrategias para poder afrontarlas (ver apéndice N).

Sesión 14 – Cierre terapéutico

Objetivos

- Consolidar los cambios logrados y los aprendizajes adquiridos.
- Reforzar la autonomía del/la participante.
- Cerrar el proceso terapéutico de manera estructurada.

Procedimiento

Esta sesión se centrará en realizar una revisión completa y global del proceso terapéutico. Para ello, en primer lugar, se reforzarán los avances, aprendizajes y recursos desarrollados durante todo el programa de intervención, y se identificarán las dificultades superadas y los procesos que hayan resultado especialmente útiles.

A continuación, se explorará la percepción subjetiva del/la participante sobre su progreso mediante preguntas como: “¿Qué ha cambiado en tu relación con el malestar?” o “¿Qué herramientas sientes que te verdaderamente te han ayudado?”.

Posteriormente, se reforzará la autonomía de la propia persona, enfatizando su capacidad para aplicar los procesos aprendidos sin dependencia del/la terapeuta.

Finalmente, se realizará un cierre terapéutico estructurado, que incluirá una validación explícita del esfuerzo realizado, subrayando el compromiso mostrado y reforzando la confianza en su capacidad para seguir avanzando en una vida valiosa, así como un recordatorio simbólico de los valores personales que guiarán su trayectoria futura.

V. Evaluación post-intervención

La evaluación post-intervención se llevará a cabo en dos sesiones de una hora de duración (sesiones 15 y 16). Esta fase tendrá como objetivo principal valorar los cambios clínicos observados tras la finalización del programa. Para ello, se administrarán las mismas pruebas mencionadas en la evaluación pretratamiento, a excepción del MoCA (Nasreddine et al., 2005), ya que, se ha utilizado únicamente como criterio clínico de idoneidad en el cribado y no como indicador de cambio.

La devolución de resultados se realizará en formato individual, explicando la evolución observada, y reforzando los avances y progresos logrados, favoreciendo la integración de los cambios en el contexto vital del/la participante.

VI. Seguimiento

El seguimiento constituye la última fase del programa. Este constará de tres sesiones de una hora aproximadamente, que se realizarán al mes, a los seis meses y al año tras la finalización de la intervención (sesiones 17, 18 y 19, respectivamente).

El objetivo de esta fase será crear un espacio seguro de reflexión en el que se pueda verificar el estado emocional de los/las participantes y el mantenimiento de los objetivos terapéuticos, y poder repasar todas las estrategias y herramientas aprendidas, así como tratar nuevas posibles dificultades surgidas.

Durante estas sesiones, se revisará el mantenimiento de las conductas orientadas a valores, y se prestará especial atención a la posible reaparición de patrones de evitación experiencial y a la necesidad de reforzar estrategias y procesos previamente trabajados, consolidando así los cambios terapéuticos a medio y largo plazo.

Asimismo, durante estas sesiones de seguimiento, nuevamente se monitorizarán señales de riesgo y se contemplará una posible derivación si procede.

Todas las sesiones de seguimiento se llevarán a cabo presencialmente o por medio de una videollamada, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de medidas de seguridad y privacidad.

6. Conclusiones, Limitaciones y Líneas Futuras.

El presente Trabajo Fin de Máster ha tenido como objetivo principal el diseño de un programa de intervención psicológica basado en la Terapia de Aceptación y

Compromiso (ACT) dirigido a personas con enfermedad de Parkinson que presentan sintomatología depresiva, centrado en promover la flexibilidad psicológica como proceso transdiagnóstico clave para la adaptación a enfermedades progresivas (Gloster et al., 2020; Graham, et al., 2016).

En este sentido, el programa enfatiza la pertinencia de enfoques terapéuticos centrados en procesos psicológicos frente al paradigma sintomático tradicional, especialmente en contextos de enfermedades crónicas, donde la eliminación completa del malestar o de los síntomas no es clínicamente viable. El énfasis en la flexibilidad psicológica permite desplazar el foco desde la eliminación sintomática hacia la construcción de una vida con sentido, incluso en presencia de síntomas inevitables o limitaciones irreversibles (Hayes et al., 2012). Esta perspectiva resulta especialmente relevante en enfermedades progresivas, como las de carácter neurodegenerativo, en las que la lucha constante contra unos síntomas crónicos puede intensificar el sufrimiento emocional y limitar la participación de la persona en actividades significativas (Julien et al., 2016; Sheynin, et al., 2020).

Entre las principales fortalezas del presente trabajo destaca principalmente su fundamentación teórica sólida, basada en la literatura científica actual que avala el empleo de la ACT en enfermedades degenerativas (Pinto et al., 2022; Pinto et al., 2025b). Además, la intervención planteada no se trata de una adaptación de un protocolo general, sino de un programa diseñado específicamente para responder a las características y necesidades emocionales y funcionales de las personas con Parkinson.

Por otro lado, el programa diseñado presenta una estructura clara y sistematizada, con un número definido de sesiones en las que se concretan los objetivos a alcanzar, así como la secuencia interna de técnicas y ejercicios concretos a realizar

durante el transcurso de las mismas. Esta organización estructurada y delimitada facilita su futura replicabilidad e implementación en contextos clínicos reales.

Por otro lado, la intervención propuesta presenta una estructura sistematizada de doce sesiones que abordan progresivamente los procesos centrales del modelo Hexaflex. Esta distribución garantiza gradualidad en el proceso y adaptación a las capacidades cognitivas y emocionales de la población con EP, aspecto de especial relevancia en el contexto de una enfermedad con fluctuaciones sintomáticas (Gwak y Park, 2024).

El último aspecto a destacar es el enfoque centrado en valores significativos y en la adaptación a la experiencia de la enfermedad. Este marco de actuación promueve una visión integral de la persona más allá de su sintomatología, fomentando así su autonomía, sentido vital y participación activa.

A pesar de estas fortalezas, la presente propuesta presenta diversas limitaciones. En primer lugar, se trata de un planteamiento teórico que no ha sido posible aplicarlo en entornos clínicos, por lo que no se dispone de datos que permitan verificar sus beneficios clínicos reales. Además, si bien el programa se fundamenta en la literatura existente sobre ACT y depresión, sería necesario validar específicamente su aplicación en población con enfermedad de Parkinson con el fin de determinar si se trata de una intervención viable de aplicar en esta población.

Por otro lado, aunque la literatura respalda el uso de ACT en depresión y enfermedades neurodegenerativas (Pinto et al., 2022; Pinto et al., 2025b), la evidencia específica en Parkinson es significativamente limitada en comparación con otros trastornos o poblaciones (Berry et al., 2025), lo que subraya la necesidad de investigaciones adicionales en esta población concreta.

Otro punto relevante a destacar es que la enfermedad de Parkinson presenta una elevada heterogeneidad en su presentación clínica en aspectos tales como estadio evolutivo, deterioro cognitivo o comorbilidad (Carceles-Cordon et al., 2023). Todo esto podría influir en la aplicabilidad y beneficios clínicos del programa y, si bien se ha contemplado excluir la presencia de deterioro cognitivo significativo mediante cribado cognitivo previo, no se han realizado adaptaciones diferenciadas según estadio de la enfermedad o perfil sintomático.

Por último, el presente programa se centra específicamente en sintomatología depresiva, sin abordar de forma específica otras patologías frecuentes en esta población, como la ansiedad, que la literatura también identifica como relevante (Berry et al., 2025).

Respecto a las líneas futuras de investigación, sería fundamental obtener evidencia empírica mediante un estudio preliminar sobre la aceptabilidad, viabilidad y eficacia del programa de intervención, así como el posible impacto en los procesos psicológicos trabajados, utilizando para ello un diseño experimental o cuasi-experimental con grupo control con análisis de tamaño del efecto.

Además, resultaría imprescindible realizar un análisis coste-efectividad con el fin de determinar la viabilidad clínica y económica del programa, permitiendo comparar su impacto y beneficios terapéuticos con otras intervenciones disponibles y optimizar la asignación de recursos en el contexto clínico y asistencial.

Por otro lado, resultaría de gran interés valorar el papel de variables moderadores como el estadio evolutivo de la enfermedad, el nivel de apoyo social o la presencia de comorbilidad ansiosa, con el objetivo de identificar perfiles clínicos de mayor o menor respuesta a la intervención. Igualmente, sería relevante analizar el

mantenimiento y la estabilidad de los cambios a largo plazo y su posible impacto en variables funcionales como la adherencia al tratamiento médico y la participación social.

Asimismo, para futuras investigaciones se podría adaptar el programa a formatos grupales u online, facilitando su accesibilidad y asistencia a personas con limitaciones de movilidad o movilidad reducida. Asimismo, sería necesario valorar la necesidad de incluir a familiares o cuidadores/as en determinadas sesiones del programa, dado el impacto que la enfermedad genera en el entorno social de la persona.

Por último, sería de gran importancia ampliar el programa con el fin de intervenir sobre otras patologías o síntomas emocionales frecuentes en la enfermedad de Parkinson, así como analizar su impacto real en determinadas variables de interés como pueden ser la calidad de vida, adherencia al tratamiento médico y funcionamiento psicosocial.

En conjunto, el presente trabajo se trata de una propuesta estructurada y teóricamente sustentada que se fundamenta el modelo ACT para el abordaje de la depresión asociada a la enfermedad de Parkinson, contribuyendo a ampliar las posibilidades de intervención psicológica en esta población clínica. Si bien se requieren estudios empíricos que avalen su eficacia, el programa diseñado constituye un punto de partida para futuras investigaciones y para el desarrollo de intervenciones enmarcadas en terapias de tercera generación en el ámbito de la salud neurodegenerativa.

7. Referencias Bibliográficas

- Angelopoulou, E., Stanitsa, E., Karpodini, C. C., Bougea, A., Kontaxopoulou, D., Fragkiadaki, S., Koros, C., Georgakopoulou, V. E., Fotakopoulos, G., Koutedakis, Y., Piperi, C., & Papageorgiou, S. G. (2023). Pharmacological and non-pharmacological treatments for depression in Parkinson's disease: An updated review. *Medicina*, 59(8), 1454.
<https://doi.org/10.3390/medicina59081454>
- Antar, T., Morris, H. R., Faghri, F., Leonard, H. L., Nalls, M. A., Singleton, A. B., & Iwaki, H. (2021). Longitudinal risk factors for developing depressive symptoms in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 429, 117615.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117615>
- Aubignat, M., Tir, M., & Krystkowiak, P. (2021). Non-motor symptoms of Parkinson's disease from pathophysiology to early diagnosis. *La Revue de Médecine Interne*, 42(4), 251–268. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.06.019>
- Baquero, M., & Martín, N. (2015). Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. *World Journal of Clinical Cases*, 3(8), 682-693.
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v3.i8.682>
- Berry, A. J., Costello, H., Jesús, S., Price, G., & Jha, A. (2025). Management of Anxiety in Parkinson's Disease. *Movement disorders clinical practice*, 12(10), 1490–1501. <https://doi.org/10.1002/mdc3.70144>
- Boussac, M., Faggianelli, F., Harroch, E., Eusebio, A., Fabbri, M., Ory-Magne, F., Descamps, E., Rascol, O., Laurencin, C., Marques, A. R., Anheim, M., Giordana, B., Hopes, L., Moreau, C., Rolland, A. S., Devos, D., Maltête, D.,

- Ansquer, S., Drapier, S., ... Brefel-Courbon, C. (2025). Exploring the link between personality dimensions and non-motor fluctuations in Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease*, *15*(5), 1007–1018.
<https://doi.org/10.1177/1877718X251354932>
- Brown, R. G., Landau, S., Hindle, J. V., Playfer, J., Samuel, M., Wilson, K. C., Hurt, C. S., Anderson, R. J., Carnell, J., Dickinson, L., Gibson, G., van Schaick, R., Sellwood, K., Thomas, B. A., & Burn, D. J. (2011). Depression and anxiety related subtypes in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *82*(7), 803–809. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.213652>
- Carceles-Cordon, M., Weintraub, D., & Chen-Plotkin, A. S. (2023). Cognitive heterogeneity in Parkinson's disease: A mechanistic view. *Neuron*, *111*(10), 1531–1546. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.03.021>
- Cassidy, I., Doody, O., Richardson, M., & Meskell, P. (2024). Quality of life and living with Parkinson's disease: a qualitative exploration within an Irish context. *BMC Neurology*, *24*(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03769-y>
- Chendo, I., Silva, C., Duarte, G. S., Prada, L., Vian, J., Quintão, A., Voon, V., & Ferreira, J. J. (2022). Frequency of depressive disorders in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Parkinson's Disease*, *12*(5), 1409-1418. <https://doi.org/10.3233/JPD-223207>
- Chikatimalla, R., Dasaradhan, T., Koneti, J., Cherukuri, S. P., Kalluru, R., & Gadde, S. (2022). Depression in Parkinson's disease: A narrative review. *Cureus*, *14*(8), e27750. <https://doi.org/10.7759/cureus.27750>

- Chuquilín-Arista, F., Álvarez-Avellón, T., & Menéndez-González, M. (2020). Prevalence of depression and anxiety in Parkinson disease and impact on quality of life: A community-based study in Spain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(4), 207–213. <https://doi.org/10.1177/0891988719874130>
- Cong, S., Xiang, C., Zhang, S., Zhang, T., Wang, H., & Cong, S. (2022). Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 141, 104749. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104749>
- Crooks, S., Mitchell, G., Wynne, L., & Carter, G. (2025). Exploring the stigma experienced by people affected by Parkinson's disease: a systematic review. *BMC Public Health*, 25(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21236-8>
- DeMaagd, G., & Philip, A. (2015). Parkinson's Disease and Its Management: Part 1: Disease Entity, Risk Factors, Pathophysiology, Clinical Presentation, and Diagnosis. *Pharmacy and Therapeutics: a peer-reviewed journal for formulary management*, 40(8), 504–532. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4517533/>
- Díaz-Santos, M., Cao, B., Yazdanbakhsh, A., Norton, D. J., Nearing, S., & Cronin-Golomb, A. (2015). Perceptual, cognitive, and personality rigidity in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 69, 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.01.044>

Dirnberger, G., & Jahanshahi, M. (2013). Executive dysfunction in Parkinson's disease: A review. *Journal of Neuropsychology*, 7(2), 193–

224. <https://doi.org/10.1111/jnp.12028>

Dissanayaka, N. N. N. W., White, E., O'Sullivan, J. D., Marsh, R., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2014). The clinical spectrum of anxiety in Parkinson's disease. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*, 29(8),

967–975. <https://doi.org/10.1002/mds.25937>

Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Gara, M. A., Mark, M. H., Tiu, J., Bienfait, K.

L., & Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial. *The American Journal of*

Psychiatry, 168(10), 1066–1074. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111669>

Donoso Noroña, R. F., Gómez Martínez, N., & Rodríguez Plascencia, A. (2025).

Avances en neuroprotección y regeneración neural para la enfermedad de Parkinson: revisión integral de terapias emergentes. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 9(59), 34–48.

<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol9iss59.2025pp34-48>

Dorsey, R., Sherer, T., Okun, M. S., & Bloem, B. R. (2020). *Ending Parkinson's disease: a prescription for action*. Hachette UK.

Federación Española de Párkinson. (2023). *Guía de la enfermedad de Parkinson para*

pacientes y familiares. <https://esparkinson.es/sobre-el-pk/recursos-para-personas/>

Fischer, C. E., Ismail, Z., & Schweizer, T. A. (2012). Impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver burden in patients with Alzheimer's disease.

Neurodegenerative Disease Management, 2(3), 269–277.

<https://doi.org/10.2217/nmt.12.19>

Florijn, B. W., Kloppenborg, R., & Kaptein, A. A. (2023). Narrative medicine pinpoints loss of autonomy and stigma in Parkinson's disease. *NPJ Parkinson's Disease*, 9(1), 152 <https://doi.org/10.1038/s41531-023-00593-y>

Ghorbani Saedian, R., Nagyova, I., Krokavcova, M., Skorvanek, M., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Groothoff, J. W., & van Dijk, J. P. (2014). The role of social support in anxiety and depression among Parkinson's disease patients. *Disability and Rehabilitation*, 36(24), 2044–2049.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.886727>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46–58.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>

Gwak, J., & Park, J. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on fear of falling and physical activity in Parkinson's disease: A randomised controlled trial. *BMJ Neurology Open*, 6(2), e000796. <https://doi.org/10.1136/bmjno-2024-000796>

- Hanff, A. M., Leist, A. K., Fritz, J. V., Pauly, C., Krüger, R., Halek, M., & NCER-PD Consortium (2022). Determinants of Self-Stigma in People with Parkinson's Disease: A Mixed Methods Scoping Review. *Journal of Parkinson's disease*, 12(2), 509–522. <https://doi.org/10.3233/JPD-212869>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Jellinger, K. A. (2022). The pathobiological basis of depression in Parkinson disease: Challenges and outlooks. *Journal of Neural Transmission (Vienna, Austria: 1996)*, 129(12), 1397–1418. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02559-5>
- Julien, C. L., Rimes, K. A., & Brown, R. G. (2016). Rumination and behavioural factors in Parkinson's disease depression. *Journal of psychosomatic research*, 82, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.01.008>
- Kalbe, E., Aarsland, D., & Folkerts, A. K. (2018). Cognitive Interventions in Parkinson's Disease: Where We Want to Go within 20 Years. *Journal of Parkinson's Disease*, 8(s1), S107–S113. <https://doi.org/10.3233/JPD-181473>
- Khedr, E. M., Abdelrahman, A. A., Elserogy, Y., Zaki, A. F., & Gamea, A. (2020). Depression and anxiety among patients with Parkinson's disease: frequency, risk factors, and impact on quality of life. *The Egyptian Journal of Neurology*,

Psychiatry and Neurosurgery, 56(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s41983-020-00253-5>

Kudlicka, A., Clare, L., & Hindle, J. V. (2011). Executive functions in Parkinson's disease: Systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 26(13), 2305–2315. <https://doi.org/10.1002/mds.23868>

Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Ahmad Badayai, A. R. (2023). Corrigendum to "Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review" [*Heliyon* 9(3) (March 2023) e14057]. *Heliyon*, 9(5), e16023. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16023>

López Argüelles, J., & Sosa Águila, L. M. (2025). Trastornos no motores y su sustrato neuro-anatómico en la enfermedad de Parkinson. *Revista Finlay*, 15(1). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1466>

Magrinelli, F., Picelli, A., Tocco, P., Federico, A., Roncari, L., Smania, N., Zanette, G., & Tamburin, S. (2016). Pathophysiology of motor dysfunction in Parkinson's disease as the rationale for drug treatment and rehabilitation. *Parkinson's Disease*, 2016, Article 9832839. <https://doi.org/10.1155/2016/9832839>

Meira, B., Lhommée, E., Schmitt, E., Klinger, H., Bichon, A., Péliissier, P., Anheim, M., Tranchant, C., Fraix, V., Meoni, S., Durif, F., Houeto, J. L., Azulay, J. P., Moro, E., Thobois, S., Krack, P., Castrioto, A., & Honeymoon study group (2022). Early Parkinson's Disease Phenotypes Tailored by Personality, Behavior, and Motor Symptoms. *Journal of Parkinson's disease*, 12(5), 1665–1676. <https://doi.org/10.3233/JPD-213070>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf
- Montesinos, F., & Ortega, M. (2022). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el tratamiento de hipersexualidad y chemsex: protocolo de intervención y resultados de un estudio de caso. *Análisis y modificación de conducta*, 48(177), 89-111. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.7204>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). (2023). Informe C: Avances en enfermedades neurodegenerativas.
<https://doi.org/10.57952/z6b7-9227>
- Ovaska-Stafford, N., Maltby, J., & Dale, M. (2021). Literature review: Psychological resilience factors in people with neurodegenerative diseases. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(2), 283–306. <https://doi.org/10.1093/arclin/acz063>
- Pagonabarraga, J., Álamo, C., Castellanos, M., Díaz, S., & Manzano, S. (2023). Depression in major neurodegenerative diseases and strokes: A critical review of similarities and differences among neurological disorders. *Brain Sciences*, 13(2), 318. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020318>
- Paulk, K., & Neilson, L. E. (2024). Novelty Seeking in Parkinson's Disease: A Candidate Biomarker for Cognitive Changes. *International Journal of Translational Medicine*, 4(4), 608-617. <https://doi.org/10.3390/ijtm4040042>

- Pinto, C., Geraghty, A. W. A., McLoughlin, C., Pagnini, F., Yardley, L., & Dennison, L. (2022). Experiences of psychological interventions in neurodegenerative diseases: a systematic review and thematic synthesis. *Health Psychology Review, 17*(3), 416–438. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2073901>
- Pinto, C., Brown, J., Hurt, C., Cubi-Molla, P., Chowdhury, S., McCracken, L., Norton, S., Volpato, R., Stumpf, S., & Bogosian, A. (2025a). Acceptability and feasibility randomised controlled trial of a digital mental health intervention for people with Parkinson's (PACT): Trial protocol. *Pilot and Feasibility Studies, 11*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40814-025-01594-9>
- Pinto, C., Norton, S., Cubi-Molla, P., Hurt, C., Chowdhury, S., Dooley, N., Safwi, A., Brown, J., Volpato, R., Stumpf, S., McCracken, L., & Bogosian, A. (2025b). Evaluating a digital mental health intervention for people with Parkinson's (PACT): Acceptability and feasibility randomised controlled trial. *Aging & Mental Health, 1*–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2478508>
- Reijnders, J. S., Ehrt, U., Weber, W. E., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 23*(2), 183–189. <https://doi.org/10.1002/mds.21803>
- Rosińczuk, J., & Koltuniuk, A. (2017). The influence of depression, level of functioning in everyday life, and illness acceptance on quality of life in patients with Parkinson's disease: A preliminary study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 881–887. <https://doi.org/10.2147/NDT.S132757>
- Samanta, S., Bisht, M., Kanimozhi, M., Kumar, N., & Handu, S. S. (2023). Association of depression with disease duration, quality of life and adherence in Parkinson's

disease: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(7), 1406–1411. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_2288_22

Schrag, A., & Husbands, S. (2022). Antidepressants trial in Parkinson's disease (ADepT-PD): Protocol for a randomised placebo-controlled trial on the effectiveness of escitalopram and nortriptyline on depressive symptoms in Parkinson's disease. *BMJ Open*, 12(12), Article e066331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066331>

Sheynin, J., Baetu, I., Collins-Praino, L. E., Myers, C. E., Winwood-Smith, R., & Moustafa, A. A. (2020). Maladaptive avoidance patterns in Parkinson's disease are exacerbated by symptoms of depression. *Behavioural Brain Research*, 382, 112473. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112473>

Shi, Y., Dobkin, R., Weintraub, D., Cho, H. R., Caspell-Garcia, C., Bock, M., Brown, E., Aarsland, D., & Dahodwala, N. (2024). Association of baseline depression and anxiety with longitudinal health outcomes in Parkinson's disease. *Movement Disorders Clinical Practice*, 11(9), 1103–1112. <https://doi.org/10.1002/mdc3.14145>

Simpson, J., McMillan, H., & Reeve, D. (2013). Reformulating psychological difficulties in people with Parkinson's disease: The potential of a social relational approach to disablism. *Parkinson's Disease*, 2013, 608562. <https://doi.org/10.1155/2013/608562>

Singh, K., Gupta, J. K., Kumar, S., & Soni, U. (2024). A Review of the Common Neurodegenerative Disorders: Current Therapeutic Approaches and the Potential

Role of Bioactive Peptides. *Current protein & peptide science*, 25(7), 507–526.

<https://doi.org/10.2174/0113892037275221240327042353>

Sociedad Española de Neurología (SEN). (2024, 11 de abril). Cada año se diagnostican en España unos 10.000 casos nuevos de Parkinson. Departamento de Prensa.

<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link400.pdf>

Song, S., Luo, Z., Li, C., Huang, X., Shiroma, E. J., Simonsick, E. M., & Chen, H.

(2022). Depressive symptoms before and after Parkinson's diagnosis-A longitudinal analysis. *PloS one*, 17(7), e0272315.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272315>

Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L., & White, R. G. (2020). Acceptance

and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256–272. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.008>

Sveinbjornsdottir, S. (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of*

Neurochemistry, 139(Suppl 1), 318–324. <https://doi.org/10.1111/jnc.13691>

Verschuur, C. V. M., Suwijn, S. R., Boel, J. A., Post, B., Bloem, B. R., van Hilten, J. J.,

van Laar, T., Tissingh, G., Munts, A. G., Deuschl, G., Lang, A. E., Dijkgraaf, M. G. W., de Haan, R. J., de Bie, R. M. A., & LEAP Study Group (2019).

Randomized delayed-start trial of levodopa in Parkinson's disease. *The New England Journal of Medicine*, 380(4), 315–324.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1809983>

Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT):*

un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

8. Apéndices

Apéndice A

Taller para cuidadores/as de personas con enfermedad de Parkinson

Objetivo general: otorgar a los cuidadores/as un espacio de apoyo y psicoeducación que permita mejorar su comprensión y conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson, así como dotarles de recursos básicos para un adecuado manejo y regulación emocional y autocuidado.

Objetivos específicos

- Proporcionar información adaptada sobre los síntomas motores y no motores de la EP y su evolución esperada.
- Fomentar la comprensión del impacto emocional de la enfermedad tanto en el paciente como en el cuidador/a.
- Introducir estrategias básicas de regulación emocional y autocuidado emocional, previniendo la sobrecarga del cuidador.
- Crear un espacio seguro para compartir experiencias, vivencias y dificultades cotidianas.

Estructura del taller: formato grupal y presencial dirigido a cuidadores/as principales de personas con EP de la asociación, con una duración de 2 sesiones de 90 minutos de frecuencia semanal.

Contenido orientativo:

Sesión 1: Información básica sobre la EP e impacto emocional.

- Explicación de los síntomas motores y no motores característicos de la enfermedad y del progreso de la enfermedad.
- Dificultades más frecuentes en la vida diaria del paciente y de los/las cuidadores/as.
- Introducción al concepto de carga del cuidador, y factores de riesgo asociados a la sobrecarga.

Sesión 2: Regulación emocional y autocuidado del cuidador/a principal.

- Identificación de emociones frecuentes en el cuidador principal (frustración, tristeza, miedo).
- Enseñanza de estrategias básicas de regulación emocional (respiración diafragmática, grounding).
- Enseñanza de estrategias de afrontamiento adaptativas y de autocuidado (organización del tiempo, pedir ayuda, dedicar tiempo a uno mismo).

Este taller se propondrá a la asociación como una forma de agradecimiento por la colaboración en el desarrollo e implementación del programa de intervención.

Apéndice B

Hoja informativa y consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en el proyecto de intervención: “Intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para personas con enfermedad de Parkinson y síntomas depresivos”.

Responsable del programa: Irene Muñoz Codornú (psicóloga).

Descripción general: se trata de un programa de intervención psicológica individual, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), dirigido a personas diagnosticadas de enfermedad de Parkinson que presentan síntomas depresivos. Los objetivos del presente programa son mejorar la flexibilidad psicológica, el bienestar emocional y la calidad de vida del paciente.

Información para la persona participante:

- Participación: la participación en el programa de intervención es totalmente voluntaria.
- Duración: el programa tiene una duración aproximada de 1 año y 5 meses, incluyendo una evaluación inicial, 12 sesiones totales de intervención, evaluación postratamiento y tres sesiones de seguimiento.
- Formato de las sesiones: las sesiones serán individuales, con una duración de 60 minutos aproximadamente, y se realizarán en un despacho o sala que garantice la confidencialidad.
- Contenido: en las sesiones de intervención se trabajarán aspectos como la relación con los pensamientos y emociones, la aceptación de la enfermedad, los

valores personales y la realización de acciones significativas de acuerdo a los valores a pesar de las limitaciones de la enfermedad.

Confidencialidad:

Toda la información recogida y tratada durante el proceso, tanto durante las evaluaciones como durante la fase de intervención, será tratada de forma estrictamente confidencial y anonimizada. Los datos se utilizarán únicamente para fines clínicos y académicos, respetando la normativa vigente en protección de datos. En ningún caso se revelará la identidad de los participantes en las publicaciones o presentaciones derivadas del estudio, y todos los datos serán tratados con estricta confidencialidad y codificados para impedir la identificación personal

Derechos del participante:

- Derecho a abandonar el programa de intervención en cualquier momento, sin necesidad de justificar el motivo y sin que esto tenga consecuencias negativas en su atención recibida.
- Derecho a solicitar información sobre sus datos o sobre los objetivos del programa.
- Derecho a plantear dudas al profesional responsable.

Declaración de consentimiento

Declaro:

1. Que cumplo con la mayoría de edad legal (18 años) y que he leído y comprendido toda la información escrita en este documento en relación a la participación en este programa de intervención.

2. Que, si tengo alguna duda o pregunta que realizar a las responsables del programa, puedo acudir a ellas a través del contacto de gmail facilitado a continuación:

3. Que he comprendido que los datos son confidenciales.

4. Que doy mi consentimiento y asistiré a las evaluaciones con el fin de cumplimentar las pruebas necesarias.

5. Que doy mi consentimiento y me comprometo a acudir a las sesiones estipuladas en el programa de intervención, notificando con al menos 24 horas de antelación a las profesionales en caso de no poder asistir.

6. Que doy mi consentimiento de forma voluntaria y que soy libre de abandonar mi participación cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

Yo, _____ con

DNI _____ y fecha de nacimiento: _____ doy mi

consentimiento en la participación del programa de intervención en los términos previamente expuestos.

En Madrid, a _____ de _____ de 202

Firma del participante:

Firma de las responsables del programa:

Apéndice C

Diferencias entre el modelo médico y el modelo contextual

Este anexo tiene como objetivo explicar al participante de manera clara y comprensible las diferencias entre el modelo médico tradicional y el modelo contextual desde el que se enmarca el presente programa de intervención psicológica.

Modelo médico:

- Se centra en la identificación y eliminación de síntomas, entendidos como indicadores de enfermedad.
- Considera el malestar o los síntomas (temblor, rigidez, tristeza, ansiedad) como algo a reducir o eliminar.
- El foco recae en normalizar el funcionamiento biológico del organismo
- El rol del paciente es pasivo, centrado en recibir tratamientos y esperar cambios.

Modelo contextual (ACT):

- Se centra en la relación que la persona tiene con sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales.
- Entiende que, en ciertas patologías (como una enfermedad neurodegenerativa), el malestar no se puede eliminar por completo, pero sí puede cambiar la forma en que la persona se relaciona con él y responde a él.
- El objetivo no es tanto disminuir o eliminar síntomas, sino aumentar la capacidad de la persona de actuar en coherencia con los valores personales aun en presencia de la enfermedad y del malestar que experimenta.

- El rol del paciente es activo: se invita a que se implique en ejercicios experienciales y cambios conductuales, asumiendo un papel protagonista y activo en su propio proceso de cambio.

En resumen, mientras que el modelo médico tiene como pregunta principal “¿Cómo hago para que esto desaparezca?, o ¿Cómo puedo eliminar este síntoma?”, el modelo contextual se pregunta “¿Cómo puedo vivir una vida valiosa con esto presente?”.

La intervención propuesta se alinea y fundamenta con esta segunda perspectiva.

Apéndice D

“Metáfora de los dos escaladores” (Wilson y Soriano, 2014).

“Es como si nosotros dos fuéramos dos escaladores, cada uno 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 estas 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 solo tú puedes verlas desde ahí.

Por ejemplo, si la montaña que tú estás tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es solo 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”.

Apéndice E

“Metáfora del campo de hoyos” (basada en Hayes et al., 2012)

“Imagínate que estás en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se te ha dicho que tu tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es así cómo se supone que debes vivir tu vida. Y tú finalmente acabas por hacer lo que te han dicho que hagas.

Pero lo que no sabes es que, en ese campo, hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignorabas completamente.

Así que empiezas a correr por el campo y tarde o temprano caes en uno de esos grandes agujeros. Empiezas a palpar las paredes del hoyo y te das cuenta de que no puedes salir de él, no puedes saltar, ni hay otras vías de escape.

Es probable que, en un apuro semejante, cojas la bolsa de herramientas que te han dado y empieces a mirar qué hay en ella, pues quizás así encuentres algo que puedas usar para escapar del hoyo. Ahora supón que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tienes.

Así que empiezas a cavar, pero muy pronto te das cuenta de que así no puedes salir del hoyo. Entonces intentas cavar más y más rápido, pero sigues en el hoyo. Lo intentas con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero continúas en el agujero.

Llevando a cabo todo ese esfuerzo y haciendo todo ese trabajo, por raro que parezca, lo único que has conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo. ¿No es así? Y entonces vienes aquí pensando; ¡Bueno tal vez él/ella tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica para ayudarme! Pues no, no la tengo. Y si la tuviera,

no la usaría, porque: cavar no es la forma de salir de un hoyo: al contrario, cavando es como se hacen los hoyos.”

Apéndice F

“Metáfora del jardín” (Hayes et al., 2014, pp. 491-492)

“Supón que eres un jardinero que amas tu jardín, que te gusta cuidar de tus plantas, y que nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de tus plantas. Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida, y piensa: ¿cuáles son las plantas de tu jardín?, ¿cómo ves las plantas como jardinero? ¿tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como querrías cuidarlas?

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 en tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín. En los jardines crecen malas hierbas. Imagina un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas 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.

Es importante que sepamos, los dos, que yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas plantar, y cómo crecerán mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas. Solo usted podrá hacerlo. Y ahora, le pregunto si, por un minuto, podría dejar de centrarse en la planta que le molesta, la que le ha traído aquí ¿Estaría dispuesto aún con cualquier pensamiento sobre esa planta, que no quiere hablar de las otras plantas de su jardín, de como están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?”

Apéndice G

“Ejercicio del limón” (Hayes et al., 2014, pp.284).

El psicólogo solicita al paciente que visualice un limón y que mencione tres palabras que le surgen al pensar en él. Luego, se le solicita que visualice su aroma, su color, su forma, su textura... incluso que imagine que parte ese limón en dos y luego lo prueba. Se le pregunta a la persona si ha logrado visualizar esas indicaciones, y se verifica qué ha sentido durante el proceso. A continuación, se solicita al paciente que repita la palabra limón durante un minuto sin interrupciones y, después, se le pregunta si ha tenido la misma experiencia en el ejercicio previo. Así, se discute la habilidad de sentir emociones al evocar en nuestra mente la experiencia del limón utilizando solo palabras, y no cuando se centra la atención en pronunciar la palabra correctamente sin errores.

Apéndice H

“Metáfora del vecino indeseado” (basada en Hayes et al., 2012)

“Imagina que tienes una nueva casa 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 del 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. Son sólo más vagabundos en la puerta. La cuestión es la postura que tú 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?”.

Apéndice I

Ejercicio experiencial de apertura a sensaciones

Duración: 2 – 3 minutos.

Material: no necesario.

Procedimiento: el participante adquiere una postura cómoda, y comienza realizando tres respiraciones diafragmáticas profundas para reducir la activación fisiológica. A continuación, se le pide que cierre los ojos. En primer lugar, deberá notar la sensación exacta del temblor, rigidez o fatiga que pueda notar en su cuerpo, comenzando por la mano, pasando por su brazo, por su pierna, y así hasta recorrer todo cuerpo entero. Al mismo tiempo que el paciente realiza el ejercicio, el psicólogo guiará al paciente mediante verbalizaciones, indicando que no debe intentar cambiar la sensación, ni hacer que desaparezca, ni luchar contra ella. Simplemente debe notarlas, dejarlas estar, y observarlas. Una vez finalizado el ejercicio, se preguntará a la persona qué sensaciones ha notado tanto en su cuerpo como en su mente durante esos minutos, y si ha notado algún cambio en la intensidad de la lucha interna al observar el síntoma sin intentar luchar contra él.

Apéndice J

Ejercicio de atención plena a través de los sentidos

Duración: 15 minutos.

Material: no necesario.

Procedimiento: el participante adquiere una postura cómoda, y comienza realizando tres respiraciones diafragmáticas profundas para reducir la activación fisiológica. A continuación, se le pide que cierre los ojos. En primer lugar, el participante debe focalizar su atención durante varios minutos en los estímulos que perciba a través de sus oídos (voces, pájaros, coches). A continuación, hará lo mismo con los sentidos de la vista, el tacto, el olfato y el gusto. A pesar de las posibles distracciones, es importante que la persona vuelva a focalizarse en el ejercicio, sin juzgar los pensamientos que le vayan surgiendo. Para finalizar, se realizan tres respiraciones profundas que permitan volver al momento presente poco a poco.

Al finalizar la práctica, se le preguntará a la persona cómo se ha sentido durante la realización del ejercicio, así como si hubo momentos en los que la rumiación se calmó.

Apéndice K

“Metáfora del tablero de ajedrez” (Hayes, 2013 pp.136-138)

“Imagina un tablero de ajedrez que se extiende hasta el infinito en todas direcciones.

Sobre este escenario empiezan a aparecer diferentes piezas. Unas son negras y otras blancas, igual que en una partida de ajedrez. Se aproximan al centro del tablero y empiezan a alinearse en dos equipos distintos, en lugares enfrentados del tablero.

Ahora, imagina que cada una de esas piezas representa una emoción distinta, una cognición, un recuerdo o una sensación. Algunas de las piezas son positivas: sentimientos de felicidad, alegría y placer o recuerdos de cariño; todas ellas se reúnen en un mismo equipo mientras que algunas otras piezas representan tu dolor, miedos y fracasos. Quizás estés profundamente deprimido o tal vez hayas sido diagnosticado con un trastorno de ansiedad. Comprueba y verás que los pensamientos y sentimientos negativos asociados a estas condiciones se reúnen también en otro equipo. Pero este es un equipo muy diferente del conjunto positivo.

Ahora, imagina que algunas piezas establecen un combate. Es una guerra larga y sangrienta en la que muchas piezas están resultando aplastadas o son despedazadas a tu alrededor. Esta batalla se ha venido librando durante años. Las piezas negras están luchando contra las blancas, esforzándose por avanzar, mientras que las piezas blancas, a la desesperada, retroceden al tiempo que intentan, con todas sus fuerzas, no terminar siendo capturadas por el enemigo. Tienen que luchar porque, desde el punto de vista de cada “equipo”, los adversarios suponen una amenaza para su existencia.

Lo que no sabe esa persona, sin embargo, es que, en cualquier momento, él o ella podría abandonar el campo de batalla y empezar a vivir su vida ahora mismo. La batalla todavía iba a continuar y el campo de batalla aún seguiría ahí, a la vista. El terreno

puede que siga pareciéndose mucho a como era mientras estaban teniendo lugar los combates. Pero el resultado de la guerra ya no tiene demasiada importancia y la necesidad, aparentemente lógica, de tener que ganar la guerra antes de empezar a vivir de verdad habrá quedado descartada.

Has estado actuando como si tu equipo emocional y cognitivo favorito tuviera que ganar esta partida de ajedrez. Pero tal cosa solo tendría sentido si tú “fueras” únicamente las piezas blancas y no las negras. Desde esa perspectiva, tendrías que luchar porque los adversarios constituirían una amenaza directa para tu supervivencia.

Si “soy una mala persona” fuera verdad al 100 por cien, entonces “soy una buena persona” resultaría aniquilado y viceversa. De esa manera, dejar la batalla, abandonar, no sería una buena opción. Sería una condena a muerte. La guerra tendría que continuar y tú tendrías que ganarla porque estarías subido a lomos de la reina blanca y la convertirías en tu propio yo. Ella (es decir: tú) no podría permitirse el lujo de dejar de luchar.

Pero, imagina que tú no eres ninguna de esas piezas. En este escenario ¿quién eres tú? No puedes ser el jugador: Todavía queda alguien intentando ganar la guerra y salvar a determinadas piezas frente a otras. Solo hay una parte de la metáfora que permanece en contacto con todas las piezas. Si no eres las piezas –si todavía puedes seguir siendo tú, sin tener que sentirte muy afectado por el resultado de la guerra– ¿quién eres entonces?”.

Apéndice L

“Metáfora del autobús” (Hayes, 2013, pp.218-220)

“Imagínate que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida.

Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido, etcétera. Incluso te insultan y desaniman: “eres un mal conductor”, “un fracasado”, “nadie te quiere”...

Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquilo. Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes, discutes y te enfrentas con ellos.”

Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos del autobús. Así que, resignado, vuelves a tu asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos. De esta forma, para que no te molesten y no sentirte mal, empiezas a hacer todo lo que le dicen y a dirigir el autobús por donde dicen para no tener que discutir con ellos ni verlos. Haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida.

Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle “gire a la izquierda”, sino que girarás a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen. Así, sin tardar mucho, empezarás a justificar sus decisiones de modo que

casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que estás llevando el autobús por la única dirección posible.

El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo “si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”.

Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos pasajeros, pensamientos y sentimientos muy negativos, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso aceptas el trato y haces lo que le dicen para que le dejen tranquilo y se vayan al final del autobús donde no los puedas ver.

¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús! Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. El conductor eres tú.”

Apéndice M

Metáfora de “caerse de la bicicleta” (Montesinos y Ortega, 2022)

“Imagínate que vas en una carrera en bicicleta. Vas hacia el camino que quieres por distintas superficies, temperatura y climatología. A veces, te desequilibras. Otras veces, te colocas bien rápidamente. Otras ni siquiera eres consciente de por qué te has caído. ¿A qué le recuerda eso? El resultado no lo podemos garantizar, no podemos garantizar si el ciclista llegará el primero o el último, si va a llegar a la meta o se va a desmayar por el camino, o va a tropezar con una piedra... pero el ciclista puede comprometerse consigo mismo a estar dispuesto, en caso de que tropiece, a levantarse y seguir pedaleando”.

Apéndice N

Ejercicio “muchos mapas para distintos viajes” (Hayes, 2013, pp.257-259)

Duración: 20 - 30 minutos.

Materiales: autorregistro.

Procedimiento: en primer lugar, se explicará que los distintos viajes requieren mapas diferentes, y se procederá a rellenar junto al/la participante, la siguiente hoja de registro, en la que se debe diferenciar el valor, el objetivo asociado, las acciones que realizar, las barreras que pueden surgir y las estrategias que se pueden usar para suplirla.

Valor	Objetivo	Acciones	Barreras	Estrategias
-------	----------	----------	----------	-------------
