



**Universidad
Europea** MADRID

**Análisis de un Caso de Trastorno Obsesivo
Compulsivo y Fibromialgia desde la Terapia de
Aceptación Y Compromiso**

Máster de Psicología General Sanitaria

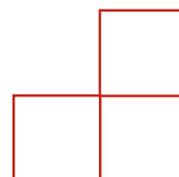
Autor/a: Andrea Rivas Pérez

Tutor/a: María Cantero García

Curso 2021-2022

Campus Villaviciosa de Odón **Campus Alcobendas**
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid 28108 Madrid
universidadeuropea.com

Avenida Fernando Alonso, 8



Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mis padres todo el amor y apoyo que me han brindado desde el día en que nací. Sin ellos no sería posible cumplir mi sueño profesional que hace que cada día me despierte con ilusión y vocación por mi profesión. Gracias a ellos y su educación adquirí valores de los que me siento orgullosa y que, si algún día soy madre, desearé transmitir a mis hijos. También a mi hermano por ser parte de mi vida y de ese apoyo incondicional.

En segundo lugar, a mis animales, a los que están y a los que se tuvieron que marchar por el curso de la vida. A Moa, Alma, Question, Uva, Toñito, Fento, Otto, Cusco, Tobi, Bethoven, Cor, Cachelo, Misifú, Pó y Batea por todo el amor incondicional que me brindan cada segundo de mi existencia. Gracias a ellos descubrí esos pequeños detalles del día a día que convierten mi vida en valiosa. Gracias por ayudarme a coger perspectiva y a enfocarme, y por cada segundo de vuestras vidas que me acompañasteis en mi trabajo y pasión formando parte de esa experiencia. Sin vosotros nada de esto sería igual. En gran medida vosotros sois los responsables de que cada mañana me despierte sintiéndome afortunada de tener 86.400 segundos por delante.

A mi tutora María Cantero García por compartir conmigo su aprendizaje y experiencia, por transmitirme su conocimiento desde el cariño y la honestidad, y por ser mi referente en este Máster en Psicología General Sanitaria. Eres uno de los motivos por lo que este camino ha merecido la pena.

A Mónica Santos Rivas, mi tutora externa de este trabajo y la supervisora de mi formación en Terapias Contextuales. A la persona que más admiro profesionalmente, que nunca deja al lado en cada hora de trabajo su humanidad y franqueza y que apuesta por la defensa de atención primaria de la salud mental pública. Gracias por cada oportunidad que me brindas, por tu confianza en lo que puedo aportar a la sociedad y sobre todo por agarrarme de la mano en mi montaña y soltarme en el momento adecuado.

A Jessica Pérez Arenas, mi gran acompañante en este viaje de estudios, la cual admiro por su belleza interior, su fortaleza y capacidad de enfrentarse a los infortunios de la vida. Te has convertido en más que una compañera de estudio, en un ejemplo a seguir y un referente de la amistad que quiero tener a mi lado.

Gracias también a cada paciente por concederme el privilegio de compartir su experiencia conmigo. A ese paciente sobre el que un sabio escribió; “el paciente no es solo un paciente, es el amor de alguien, el padre de alguien, la madre de alguien, el hijo de alguien, el abuelo de alguien, el amor de la vida de alguien. Nuestra misión es siempre cuidar y hacer todo lo que podamos por el amor de la vida de alguien”.

Para finalizar, quisiera terminar este agradecimiento nombrando a mi compañero de vida, Rubén Cenador Martínez, el cual ha sido y es otro de los grandes maestros de mi vida. Me ayudó a convivir con mis muros, con el miedo y la inseguridad, para lograr una de las metas de mi vida que es el buceo. El buceo me enseñó la dualidad, donde está la angustia está la efusividad, donde está la frustración está el impulso, y donde te puedes sentir aterrorizado puedes sentirte igualmente la persona más feliz del universo. ¡Cuánto me enseñó el buceo, querido compañero! pero a bucear me enseñaste tú.

Índice de Contenido

1. Introducción	5
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	14
3. Estrategias de evaluación	15
4. Formulación del caso	20
5. Tratamiento	28
6. Valoración del tratamiento	35
7. Discusión y conclusiones	48
8. Referencias bibliográficas	54
9. ANEXOS	58

Resumen

El trabajo que se presenta a continuación es un estudio de caso único que tiene por objetivo observar el cambio terapéutico en una paciente de 46 años con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Fibromialgia. La intervención psicológica se lleva a cabo desde la Terapia de Aceptación y Compromiso con un total de ocho sesiones para evaluar el efecto en malestar psicológico, fusión cognitiva, flexibilidad cognitiva, acción en función a valores personales, aceptación del dolor e impacto de la Fibromialgia. El Trastorno Obsesivo Compulsivo se relaciona con patrones rígidos de comportamiento que se enmarcan dentro de la evitación experiencial y se mantiene en gran medida por la inflexibilidad y fusión cognitivas. Los resultados que se recogen con la evaluación antes y después de la intervención psicológica apuntan hacia una reducción del malestar relacionado con ansiedad y depresión, del nivel de fusión cognitiva y del impacto de la Fibromialgia en la vida de la paciente a la par que denota un aumento en flexibilidad, acción en función a valores y aceptación del dolor. La intervención se centró en los seis procesos básicos que guían esta terapia; aceptación, defusión, yo como contexto, conciencia del momento presente, valores y compromiso con la acción. Se alcanzaron los objetivos terapéuticos de reducir las conductas de evitación y aumentar el repertorio conductual que dirige a la paciente hacia una vida valiosa.

Palabras clave: Acción, Defusión, Fibromialgia, Flexibilidad, Fusión cognitiva, Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Valores.

Abstract

The work presented below is a single case study that aims to observe the therapeutic change in a 46 year old patient diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder and Fibromyalgia. The psychological intervention is carried out through the Acceptance and Commitment Therapy with a total of eight sessions to evaluate the effect on psychological distress, cognitive fusion, cognitive flexibility, action based on personal values, pain acceptance and impact of Fibromyalgia. Obsessive Compulsive Disorder is related to rigid patterns of behavior that are framed within experiential avoidance and are largely maintained by cognitive inflexibility and fusion. The results that are collected with the evaluation before and after the psychological intervention show to a reduction in the discomfort related to anxiety and depression, the level of cognitive fusion and the impact of Fibromyalgia in the life of the patient at the same time that it denotes an increase in flexibility, action based on values and acceptance of pain. The intervention focused on the six basic processes that guide this therapy; acceptance, defusion, self as context, awareness of the present moment, values and commitment to action. The therapeutic goals of reducing avoidance behaviors and increasing the behavioral repertoire that leads the patient to a valuable life were achieved.

Keywords: Action, Defusion, Fibromyalgia, Flexibility, Cognitive Fusion, Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Values.

1. Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante, TOC) es uno de los trastornos de ansiedad más grave e incapacitante que genera un impacto importante en la vida de muchas personas. Muestra una gran complejidad clínica y supone un reto asistencial dado la dificultad de su tratamiento (Vallejo, 2001a).

Según DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2014a) el TOC se encuentra dentro del capítulo de Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados de DSM-5 y se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas que provocan un malestar clínico significativo, representa una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social. No se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica y la alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental como las preocupaciones excesivas en ansiedad generalizada y aquellos que puedan cursar con sintomatología parecida o, cuando existiendo obsesiones, el contenido de las mismas se circunscribe a otro trastorno como el dismórfico corporal, fobias, tricotilomanía, etc. En comparación con el DSM-IV (APA, 2002), DSM-5 (APA, 2014b) plantea menor número de criterios para las obsesiones, eliminando la obligatoriedad de que el sujeto tenga conciencia de que las mismas sean producto de su pensamiento y el reconocimiento de la irracionalidad de los síntomas, lo que da lugar a especificar si el paciente muestra conciencia buena o ajustada, poca conciencia o sin conciencia de enfermedad/creencias delirantes (APA, 2014c).

Algunos autores indican que las obsesiones son pensamientos, sentimientos, sensaciones o ideas fijas y recurrentes que son sometidos por el individuo como impuestas contra su voluntad y que generan gran ansiedad que el sujeto pretende

aliviar ejecutando una serie de conductas de manera rígida y repetitiva denominadas compulsiones las cuales pueden ser manifiestas (p. ej., lavarse las manos) o encubiertas (repetir palabras, contar, rezar, etc) (Páez & Gutiérrez, 2014a, p.90).

Todas las personas experimentan pensamientos que, en muchas ocasiones, pueden resultar molestos o desagradables y que desearían no tener, hecho inseparable de la condición de ser humano que siente y experimenta sensaciones. La diferencia radica en que la persona que tiene TOC lo experimenta de una forma más intensa y frecuente literalizando el contenido de su mente fusionándose con él.

El TOC muestra una prevalencia internacional del 1.1-1.8% viéndose ligeramente más afectadas las mujeres en la adultez y los hombres en la infancia. Puede comenzar en la niñez y la adolescencia pero es frecuente que su inicio sea entre los 15 y los 20 años (APA, 2014d).

El presente estudio evalúa los resultados de una intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante, ACT) en un caso de TOC que presenta también un diagnóstico de Fibromialgia (en adelante, FM) por lo que cabe señalar que, aunque no es objetivo de dicho estudio la sintomatología de esta alteración, resulta interesante conocer sus características.

La fibromialgia (FM) es una afección crónica caracterizada por la presencia de dolor generalizado persistente asociado a otros síntomas que generan un gran impacto en estos pacientes (Cabo-Meseguer et al., 2017; D'Agnelli et al., 2019; Mas et al., 2008). Se estima que la prevalencia media mundial de la FM se sitúa entre el 2,10% y el 2,70%, afectando casi cuatro veces más a mujeres que a hombres (Cabo-Meseguer et al., 2017; Queiroz, 2013). Es una alteración más habitual en personas de mediana edad que se

encuentran en el rango de los 40 a los 65 años (Carbonell et al., 2003; Laffon et al., 2001, citado en Hernando et al., 2021, p.17).

Las personas con FM tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico y padecen con mayor frecuencia ansiedad y depresión, lo que plantea un fuerte impacto en la calidad de vida de la quien la padece y la necesidad de asistencia tanto médica como psicológica resultando frecuente encontrar personas con FM que tienen asociados diferentes diagnósticos psicopatológicos como pueden ser el TOC. El abordaje terapéutico de FM incluye dentro de la terapia de conducta, las terapias de tercera generación, especialmente ACT como forma novedosa de abordar el dolor crónico. Este modelo de intervención enfatiza la aceptación y convivencia con el dolor y la recuperación de los valores vitales que se han abandonado. Hay estudios que han demostrado su utilidad para intervenir sobre el dolor crónico (Vowles & McCracken, 2008, citado en Amigo, 2017).

En cuanto al abordaje terapéutico del TOC tuvo un impulso significativo con la aplicación de los procedimientos de exposición con prevención de respuesta (en adelante, EPR). Al trabajo pionero de Meyer (1966), le seguirían muchos otros que terminarían por caracterizar la EPR como el tratamiento de elección en el TOC durante mucho tiempo (Páez & Gutiérrez, 2014b, p.90).

Esta concepción sostiene que el TOC se explica por las conductas de escape que la persona lleva a cabo ante la aparición de emociones negativas provocadas por estímulos evocadores de ansiedad. La EPR tiene un impacto clínicamente significativo pero también alta tasa de rechazo, dado su carácter intensivo y desagradable para el paciente, al ser necesaria la exposición a situaciones temidas durante un tiempo significativo. Para romper la cadena obsesión-compulsión el terapeuta propondrá al paciente que se exponga al contenido de las

obsesiones que le provocan ansiedad, disponiendo las condiciones para que no pueda escapar de esa situación. Al impedir que el paciente escape, las funciones aversivas de los estímulos evocadores de ansiedad se van extinguiendo. A partir de esta estrategia básica, se han generado diversas variaciones de aplicación (p. ej., exposición imaginaria, en grupo, autoexposición, con implicación de familiares). Las técnicas de exposición se han centrado en gran medida en los síntomas y cabe esperar que algunos pacientes con patrones de evitación cronificados se nieguen a este tipo de tratamiento que choca con las reglas verbales que dirigen su comportamiento (Páez & Gutiérrez, 2014c). Alrededor del 40-15 por 100 de los pacientes con TOC no responden al tratamiento convencional, aproximadamente un 25 por 100 lo rechazan y la tasa de abandono varía del 3 al 12 por 100 (Vallejo, 2001b). La EPR ha demostrado ser más eficaz que la Terapia Psicofarmacológica (Foa et al., 2005, citado en García et al., 2021a).

También en el tratamiento del TOC hay estudios que dotan del mayor grado de recomendación a la combinación de técnicas EPR con TCC aunque en cuanto a esta última por sí sola, los estudios resultan insuficientes (Fonseca et al. 2021, citado en García et al., 2021b) y mantiene una concepción de las cogniciones basado en un criterio de validez considerándolas como “adecuadas o inadecuadas”, “racionales o irracionales”. Desde este punto de vista cognitivo-conductual la exposición a los eventos lo es a los aspectos formales de las situaciones ansiógenas, lo que la diferencia claramente de otras perspectivas como los modelos contextuales (Páez & Gutiérrez, 2014d).

Sin duda, el abordaje del tratamiento del TOC es una tarea tan compleja como necesaria, por ello, es importante apostar por el estudio de nuevos enfoques en el tratamiento del mismo a la par que se sigue investigando la eficacia de los tratamientos más utilizados a lo largo del tiempo como la EPR o la TCC. De aquí surgen nuevos paradigmas como ACT en alternativa a la intervención de base cognitivo- conductual para el TOC. Según Fonseca et al.

(2021) el nivel de evidencia que respalda esta terapia para el tratamiento del TOC es moderado, con riesgo de sesgo muy bajo y la dotándola del tercer grado de recomendación (citado en García et al., 2021c).

Existe también evidencia empírica incipiente pero con resultados prometedores acerca del potencial terapéutico de ACT en el tratamiento de este trastorno. Twohig, Hayes & Masuda (2006) comprobaron los efectos de un protocolo ACT de ocho sesiones a partir de un diseño de línea base múltiple en el que participaron cuatro adultos diagnosticados con TOC. Los resultados mostraron que la intervención basada en ACT de tan sólo ocho horas de duración dio lugar a una disminución clínicamente significativa en las compulsiones así como cambios positivos en otras medidas en los cuatro participantes, resultados que se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. El mismo protocolo fue comparado con un entrenamiento de relajación progresiva con 34 adultos con TOC (Twohig, 2007). En comparación con el entrenamiento en relajación, ACT mostró mejores resultados clínicamente significativos. En un ensayo clínico aleatorizado publicado recientemente por el mismo grupo de investigación (Twohig et al., 2010), pero con una muestra más amplia (N=79) y que incluye todos los subtipos de TOC, se encuentra que un protocolo basado en ACT similar al de los estudios anteriores da lugar a que un mayor número de pacientes muestre cambios clínicamente significativos en el post-tratamiento y a los tres meses de seguimiento, en comparación con el entrenamiento en relajación (citado en Páez & Gutiérrez, 2014e, pp. 91-92).

ACT tiene su base en el contextualismo funcional y en la teoría de los marcos relacionales, para la que las cogniciones son conductas con una determinada función, pudiendo ser más o menos útiles dependiendo del contexto relacional en el que aparezcan resultando un modelo de salud y no de enfermedad, comprendiendo el sufrimiento humano como universal y

causado por la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional o útil (Wilson & Luciano, 2019). La propuesta de ACT según estos autores es la aceptación de los eventos privados y el compromiso elegido con la vida. Para el contextualismo funcional del que parte este modelo, cualquier evento psicológico o actuación del individuo será interdependiente de su contexto, es decir; la conducta se comprende sólo en relación al mismo a la vez que este solo se puede comprender en base a los efectos que tiene sobre determinada conducta, definiéndose recíprocamente (Biglan & Hayes, 1996). Continuando en términos de contexto, este se ha definido como las circunstancias actuales y la historia del individuo, el cual nunca será generalizable a diferentes individuos o circunstancias. Las características del contextualismo funcional abarcan varios puntos centrales; por un lado, el análisis del evento psicológico como un todo indivisible (las diferentes respuestas públicas o privadas que el paciente emite ante sus circunstancias presentes y determinadas por su historia); el rol del contexto como el centro del análisis y; la comprensión de la naturaleza y función de cualquier evento psicológico (la relación entre lo que se piensa y se siente es arbitraria y construida en la historia personal y también lo es en la forma particular en que cada individuo tendrá de responder ante esos significados) (citado en Paez & Montesinos, 2016a, pp. 25-30).

Para Hayes (2004) desde el paradigma contextual de ACT un evento psicológico se considera como cualquier conducta emitida por el individuo (incluyendo el pensar, sentir o recordar) que se conceptualiza como el conjunto de interacciones entre el organismo con su contexto actual y el contexto histórico (citado en Paez & Montesinos, 2016b, p. 25).

Otro aspecto central es el énfasis en un criterio de verdad pragmático que sostiene que la acción es efectiva, es decir, será verdadero si funciona o es útil para producir cambios. Para saber qué es lo que mejor funciona para producir dichos cambios será necesario haber

precisado de antemano cuál es el objetivo último al que se aspira, lo cual se vincula a la última característica del contextualismo funcional que se define como la naturaleza funcional de los objetivos (será necesario conocer a priori el cambio hacia el cual terapeuta y cliente se dirigen) (Hayes, 2004; & Páez & Montesinos, 2016c). Gran parte de los fundamentos conceptuales y métodos clínicos de ACT están contruidos en base a la Teoría de los Marcos Relacionales, un programa contextual-funcional de investigación básico sobre el lenguaje y la cognición que pone de manifiesto que los individuos construyen significados . El lenguaje está implicado en el desarrollo y mantenimiento de la mayoría de los problemas psicológicos a los que tienen que hacer frente los terapeutas y lo transforma todo, especialmente nuestra experiencia directa con las cosas. Esta teoría supone un desarrollo de las leyes del análisis funcional del comportamiento que ha avanzado hacia el análisis funcional del lenguaje y la cognición. Esta teoría está permitiendo conocer las condiciones a través de las cuales se establecen y alteran funciones psicológicas mediante el lenguaje, superando los procedimientos directos ya establecidos del manejo de contingencias (citado en Páez & Montesinos, 2016d, pp. 30-31)

ACT ha sido el primer enfoque terapéutico explícitamente relacionado con esta teoría y mediante esta formulación se está comprendiendo mejor cómo los individuos construimos significados novedosos, cómo llegamos a entender instrucciones que relacionan ciertas conductas con ciertas consecuencias y a responder en base a reglas o autorreglas que nosotros mismos elaboramos, y cómo todos esos procesos están en la base de los mayores logros humanos y también son el germen del sufrimiento (Wilson et al., 2001, citado en Páez & Montesinos, 2016e, p.31).

La exhibición de conductas de evitación de las obsesiones (o pensamientos intrusivos) y de prevención de ellas o sus consecuencias temidas son características del TOC y se encuadrarían dentro del trastorno de evitación experiencial con importantes repercusiones en

el funcionamiento cotidiano, en la sintomatología y en la calidad de vida (Abramowitz, Lackey, y Wheaton, 2009; & León-Quismondo et al., 2014).

Las personas con TOC evitan a toda costa experiencias internas (emociones, pensamientos, sensaciones físicas) que le generan malestar, intentando eliminarlas o cambiarlas a través de compulsiones o rituales. Dichas compulsiones alivian a corto plazo esas experiencias internas desagradables pero, a largo plazo, suponen un gran coste y amenaza para la persona, alejándola de una vida valiosa y satisfactoria. Con este funcionamiento, la persona entra en una especie de círculo vicioso en el que constantemente realiza conductas con el fin de eliminar el malestar que siente, lo cual le distancia de los valores importantes de su vida, provocando paradójicamente un incremento de experiencias internas desagradables. ACT apuesta por la exposición a los eventos privados derivados de estímulos, situaciones o claves del entorno y comprende la red relacional completa que aúna una misma función (Páez & Gutiérrez, 2014f). ACT está especialmente indicada para casos de evitación experiencial como es el TOC. El proceso de evitación experiencial disminuye la capacidad del individuo para responder a los eventos a los que se expone y produce patrones rígidos de conducta que están al servicio de librarse del sufrimiento antes que en línea con los valores personales (Hayes et al., 2011; Roemer & Orsillo, 2005).

Las investigaciones encuentran de forma consistente que son los déficits en flexibilidad psicológica los que más se relacionan con los síntomas de TOC y su gravedad (Bluett et al., 2014). El objetivo de ACT es facilitar la flexibilidad psicológica, que se define como “contactar con el momento presente como ser humano consciente, de forma plena y sin defensa, tal como ese momento es y no como nos decidimos que es y persistir en nuestro comportamiento y variarlo en función de nuestros propios valores” (Hayes, Pistorello & Lewin, 2012, citado en Lavandeira, 2016, p.6).

Otro de los objetivos principales de ACT es aumentar la capacidad de actuación del individuo de una forma consistente a los valores que se definen como formas de comportamiento libremente elegidas, permitiendo clarificar cómo le gustaría que fuera su vida en los diferentes ámbitos de funcionamiento y que permita al individuo dotar de sentido y propósito. La guía del tratamiento será la acción comprometida dirigida hacia los propios valores definidos libremente más allá del control o reducción de los síntomas. El terapeuta tendrá que cuestionar constantemente al cliente hasta qué puntos las acciones emprendidas, los cambios en terapia y las conductas que va ensayando le sirven y resultan útiles o no a sus fines personales (Páez & Montesinos, 2016g).

El presente estudio persigue dos objetivos claramente diferenciados; conocer el efecto de una intervención con ACT en un caso de TOC y FM y poner a prueba su influencia sobre la percepción del dolor y del impacto de FM.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Mujer 46 años, casada con hija de 6 años. Acude a consulta de forma voluntaria. Refiere “siento mucha ansiedad y miedo a la enfermedad, la contaminación de algún virus y necesito tener todo bajo control”, “me relaciono de forma agresiva verbalmente con mi marido y mi hija” y “necesito acudir constantemente a médicos para comprobar mi estado de salud”. Presenta estado de ánimo disfórico, pensamiento rumiativo, obsesiones e imágenes mentales que le resultan intensas y desagradables y que aumentaron a raíz de la pandemia del COVID-19. Para reducir la ansiedad realiza múltiples compulsiones que ocupan gran parte de su tiempo interfiriendo significativamente en su día a día. Nivel de estudios secundaria, en situación de desempleo y estudiante en prácticas de ciclo superior de educación infantil. Actualmente viven en un pueblo de Galicia. El marido trabaja y poseen un nivel socioeconómico medio. Padres y hermano viven a 150 km de distancia. Historia de maltrato infantil paterno filial. Relación conflictiva con los padres manteniendo contacto exclusivamente con la madre. Diagnosticada hace siete años de FM. Acude a consulta psicológica por primera vez aunque lleva a tratamiento farmacológico con Sertralina 100mg desde hace un año, tomando una única dosis al día por la mañana (1-0-0).

Si atendemos a un diagnóstico formal, nos encontramos con un caso de TOC con especificador de conciencia de enfermedad buena o ajustada, según DSM 5. ACT ofrece una alternativa psicopatológica, el trastorno de evitación experiencial, ya que considera que dicho proceso psicológico está en la base de muchas formas clínicas o trastornos particulares diferentes y, como dimensión funcional, es prácticamente la única alternativa que se ha ofrecido a los sistemas clasificatorios al uso (Hayes et al., 1996, citado en Luciano et al., 2005).

1. Estrategias de Evaluación

Se realiza la evaluación al inicio del tratamiento (medidas pre-tratamiento) y al finalizar las ocho sesiones (medidas pos-tratamiento) haciendo uso de los mismos cuestionarios. Para conocer si la intervención desde ACT ha alcanzado los objetivos, se procede a evaluar diferentes variables personales de la paciente. Los resultados de cuestionarios y las verbalizaciones de la paciente a lo largo de las sesiones, nos ofrecen medidas para evaluar la intervención. Las variables a tener en cuenta son: malestar psicológico (depresión y ansiedad), fusión cognitiva, flexibilidad psicológica y acción en función a valores personales.

Para evaluar el nivel de malestar psicológico de la paciente se utiliza la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). El Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) ha sido el instrumento de autoevaluación más utilizado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en población con enfermedad física. Es una herramienta simple, breve y eficaz creada por Snaith & Zigmond (1983) y se corresponde a un instrumento autoaplicado, constituido por 14 ítems, que posee una sub-escala de ansiedad de 7 ítems (HAD-A) y otra de depresión de 7 (HAD-D) (citado en Moncada et al., 2010a). El sujeto contesta a cada ítem utilizando una escala tipo Likert evaluando él mismo sus síntomas, en la que algunas veces se hace referencia a la intensidad y otras a la frecuencia de presentación. La escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso) resultando la opción inicial de 4 respuestas adaptada con el fin de evitar que el sujeto optara por un grado medio para todos los ítems (Snaith & Zigmond, 1983). Algunas afirmaciones tienen una dirección favorable o positiva hacia la ansiedad o depresión (A1, A2, A3, D4, A5, D5, A6, A7), mientras otros ítems las califican desfavorablemente (D1, D2, D3, A4, D6, D7) (Baptista, Fernández & Hernández, 2003; Snaith & Zigmond, 1983, citado en Cabrera et al., 2015).

Se utilizará la interpretación recomendada por los autores que a partir de los puntajes brutos en ambas escalas, establecen las siguientes categorías (Snaith & Zigmond, 1983, citado en Bascarán, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada & Sáiz, 2008); 0-7=Normalidad; 8-10=Caso Probable; 11-21=Caso de Ansiedad o de Depresión. Tanto para la sub-escala de ansiedad como para la sub-escala de depresión, la puntuación se recoge sumando los puntajes obtenidos por los sujetos en cada uno de los ítems que las conforman (citado en Moncada et al., 2010b).

Los autores también encontraron que las dos sub-escalas efectivamente miden diferentes aspectos del desorden del ánimo y que las puntuaciones en la escala no se ven influidas por la salud física. Así, los pacientes con enfermedades somáticas, que no eran evaluados con un trastorno de ánimo, tenían puntuaciones similares a las de la sub-muestra constituida por aquellos que no presentaban ni ansiedad ni depresión clínicamente significativa (Snaith & Zigmond, 1983). Si bien HADS fue diseñada para ser usada en contextos hospitalarios, estudios realizados en todo el mundo han confirmado que también es válida cuando se utiliza en ambientes comunitarios y muestras de la población general (Bjelland et al, 2002, citado en Andrews, Hejdenberg & Wilding, 2006; Arostegui, Bilbao, Esteban, Padierna, Quintana & Ruiz, 2003; Crawford, Crombie, Henry & Taylor, 2001; Dahl, Mykletun & Stordal, 2001) además de haber sido validada para su uso en adultos mayores y adolescentes (Snaith, 1992, 2003). Se determinó que el cuestionario posee una buena consistencia interna, medida por Alfa de Cronbach, con puntajes de .90 para la escala total, .84 para la sub-escala de depresión y .85 para la sub-escala de ansiedad (citado en Moncada et al., 2010c).

Para medir el nivel de fusión cognitiva que presenta la paciente antes y después del tratamiento con ACT, se utiliza el CFQ (Gillanders et al., 2012). Uno de los principales términos utilizados en la ACT es el de fusión cognitiva (FC), la cual consiste en mezclar los procesos verbal-

cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos (Hayes et al., 2014). Según Hayes & Wilson (1995) la fusión cognitiva se da en un contexto de literalidad, en el cual la persona responde a los enunciados verbales de la misma manera en que lo haría ante los referentes de estos enunciados.

En este estudio se utiliza la traducción de CFQ al español que consiste en una escala tipo Likert de 13 ítems con 7 alternativas de respuesta en función de la veracidad de la afirmación. Los ítems que contiene son del tipo; “mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional”; “me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer”; “luchó contra mis pensamientos” o; “me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos”. Su corrección se traduce en que a mayor puntuación, mayor grado de fusión cognitiva. Muestra una buena fiabilidad (alfa de Cronbach entre .85 y .89), validez convergente, divergente y discriminante y estructura factorial (Valencia & Falcón, 2019).

Para evaluar la variable de flexibilidad psicológica se utiliza el cuestionario MPFI-24 en español (Cantero-García et al., 2022) pendiente de publicación que muestra alta fiabilidad. Se trata de una escala tipo Likert de 24 ítems que se puntúan de 1 a 6 según la veracidad de la afirmación para la paciente evaluando diferentes componentes que se relacionan con la flexibilidad cognitiva como son; aceptación; contacto con el momento presente; observación; negación; valores; evitación experiencial; pérdida de contacto con el momento presente; yo como contenido; fusión cognitiva; pérdida con los valores personales y; acción. La investigación ha puesto en evidencia que la inflexibilidad psicológica constituye una forma de vulnerabilidad, relacionada con la etiología y mantenimiento de diversos trastornos mentales (Ruiz & Odriozola-González, 2016).

Otra variable interesante para estudiar los efectos de la intervención desde ACT es la acción en función a valores personales para la que se utiliza el Cuestionario de Valores (VLQ) (Wilson et al., 2002) que evalúa diferentes áreas de la vida de la persona (familia, pareja, cuidado de los hijos, amigos y vida social, trabajo, educación y formación, ocio y diversión, espiritualidad, ciudadanía y cuidado físico) en cuanto a la importancia y el nivel de consistencia con el que la persona considera que actúa ante las diferentes áreas vitales. Tanto la escala de importancia como la de consistencia se componen de 10 ítems que corresponden a un área de la vida, que la paciente ha de puntuar de 1 a 10. Este cuestionario nos permite evaluar el grado de consistencia por parte de la paciente observando las diferencias existentes entre la importancia que considera que tienen en su vida dichos valores personales y su forma de actuar ante ellos. Los resultados nos pueden dar información de si la intervención ha generado algún cambio respecto a la importancia de los valores personales y la acción en función a los mismos, observando posibles cambios en cuanto a discrepancia. VLQ tiene una consistencia interna y test-retest adecuados aunque, según sus autores, una difícil interpretación clínica dado que los pacientes pueden no discriminar cómo de consistente es su actuación o evaluar distintas áreas como poco importantes como forma de evitación experiencial (Wilson et al., 2010).

Aunque no es objeto de tratamiento psicológico el intervenir sobre la sintomatología de FM, se procede a evaluar los resultados en dos cuestionarios para conocer si la presente intervención afecta indirectamente en la percepción que tiene la paciente ante la aceptación del dolor y el impacto de FM en su vida. Para dicha evaluación se utiliza la versión española del cuestionario de aceptación ante el dolor y el cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ). El Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) es un instrumento utilizado para evaluar la aceptación del dolor en personas con dolor crónico, como es el caso de la fibromialgia. La versión revisada por McCracken y colaboradores (2004) se compone de 20 ítems con 6 opciones

de respuesta en función de la certeza de la afirmación para la persona. El instrumento, inicialmente desarrollado por Geiser (1992), se fundamentaba en una medida general de aceptación y evitación experiencial denominada Cuestionario de Evitación y Acción (AAQ) (Hayes et al., 2004) que estaba compuesto por 34 ítems organizados en una estructura factorial de 4 factores. Los datos inicialmente registrados por CPAQ indicaron una adecuada consistencia interna y correlaciones esperadas con medidas de funcionamiento físico y de malestar psicológico (Geiser, 1992). Análisis posteriores del cuestionario que evaluaron su contenido y dimensiones, determinaron que una escala de 20 ítems con una solución de dos factores independientes sería un instrumento más apropiado (McCracken et al., 2004; Vowles et al., 2008). Hay estudios que han apoyado la utilidad de los componentes del CPAQ en la predicción de los niveles de dolor, ansiedad y depresión de pacientes con dolor crónico (Mason et al., 2008; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Yang, 2006; Nilges, Koster & Schmidt, 2007). Por otro lado, el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) evalúa el impacto del SFM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en que FM ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de FM (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional de ansiedad y depresión (Monterde et al., 2004). Consta de 10 ítems y el primero es el único que contiene varios subítems (a-i) cada uno de ellos con un rango de 4 puntos según una escala Likert, el cual valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria; comprar; poner la lavadora; preparar comida; etc. El segundo y tercer ítem corresponden a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana; el segundo en una escala del 1 al 7 y; el tercero del 1 a 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10.

2. Formulación clínica del caso

La paciente presenta estado de ánimo disfórico y malestar psicológico asociado a sintomatología ansiosa que cursa con taquicardias, dolor de pecho, falta de aire, insomnio y fatiga. Verbaliza pensamientos como “tengo pensamientos que me hacen daño y que ocupan todo el día en mi cabeza de los que no se puedo deshacerme y que me impiden ser feliz” y “me aparecen imágenes constantes de mi muerte y funeral que visualizo y me provocan una gran ansiedad y miedo”. Las obsesiones que dice presentar son tanto de carácter autógeno como reactivas, siendo las primeras del tipo somático y sobre la muerte como “estoy segura de que me voy a morir de un cáncer joven”, “si pienso en mi funeral es porque me estoy muriendo”, “seguro que tengo una enfermedad y no me la detectan”, “lo que me pasa no es normal, estoy enferma seguro” a las que reacciona con rituales encubiertos como estrategias mentales neutralizadoras como repetir constantemente frases del tipo “eso no va a pasar” e imaginar escenas contrarias a su funeral. La paciente sobreestima la importancia de sus pensamientos y muestra tendencia a fusionar pensamiento y acción. Esta fusión cognitiva es la que la paciente identifica como que le genera mayor repercusión en su vida dada la ansiedad que le provoca. Las obsesiones reactivas que experimenta se activan ante estímulos específicos que se relacionan con la idea de contaminación por COVID-19 o de otra enfermedad ante las cuales la paciente responde realizando rituales observables, compulsiones de limpieza y comprobación con el objetivo de prevenir las consecuencias de un posible contacto con algo contaminado. Las compulsiones de limpieza que realiza son la desinfección constante de su casa y de los objetos o lugares por los que pasa con los que puede tener contacto físico, realizándolo aún cuando ha sido previamente desinfectado y nadie ha tenido contacto con el objeto o lugar. Las compulsiones de comprobación que presenta es la revisión constante de su cuerpo delante del espejo, acudir a médicos y realizarse pruebas diagnósticas con frecuencia, consultar en internet

y preguntar a su marido varias veces al día para reasegurarse de que no está enferma. Las compulsiones que realiza la paciente son tanto observables como encubiertas. Muestra capacidad de insight refiriendo “lo que pienso es producto de mi cabeza y es irracional y exagerado pero no puedo evitar pensarlo” pero sobreestima el grado de control y responsabilidad que puede tener sobre los eventos aversivos que experimenta, lo cual da lugar a diferentes conductas de evitación que limitan el funcionamiento cotidiano de la paciente en múltiples áreas de su vida como son el aislamiento social, no acudir al trabajo solicitando baja médica o renunciando al puesto, no realizar actividades placenteras y faltas de asistencia a centro de estudios.

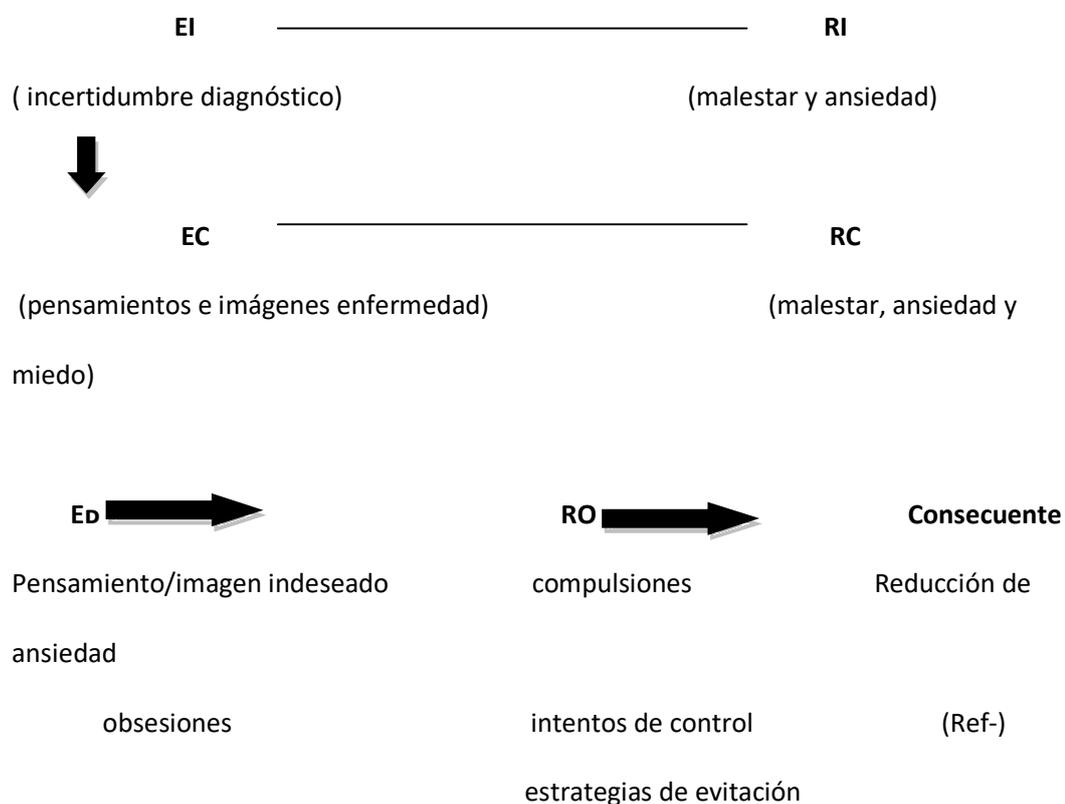
En cuanto a los factores que pueden contribuir a que la paciente muestre una vulnerabilidad para TOC o al desarrollo de obsesiones y compulsiones se encuentran factores socio-ambientales y psicológicos. Entre los primeros se pueden incluir un estilo educativo rígido que enfatiza la responsabilidad y el perfeccionismo, y una historia de maltrato por parte del padre que generaba un gran miedo y sensación de falta de control en la paciente en su infancia. Refiere que “siempre me gustó tener todo muy ordenado y controlado de pequeña pero cuando comenzó todo esto fue a raíz de un año de mucho estrés ante la incertidumbre del diagnóstico de FM lo que ya explotó con el COVID-19 porque mi mayor pesadilla se hizo realidad”. Otro factor a tener en cuenta es el elevado nivel de estrés al que estuvo sometida la paciente hace ocho años por tener que realizar numerosas pruebas médicas por sus dolencias físicas hasta dar con el diagnóstico de FM. Entre los factores psicológicos (variables disposicionales) encontramos la sobreestimación de la importancia del pensamiento, la responsabilidad y perfeccionismo, necesidad de control, intolerancia ante la incertidumbre y fusión pensamiento-acción. Todas estas variables disposicionales han podido contribuir a una mayor vulnerabilidad ante la

aparición de acontecimientos estresantes en la vida de la paciente como pudo ser el diagnóstico de FM o la pandemia del COVID-19.

A continuación, se muestra la secuencia funcional que puede explicar el origen y mantenimiento del problema en la paciente.

Figura 1

Secuencia Funcional del Problema



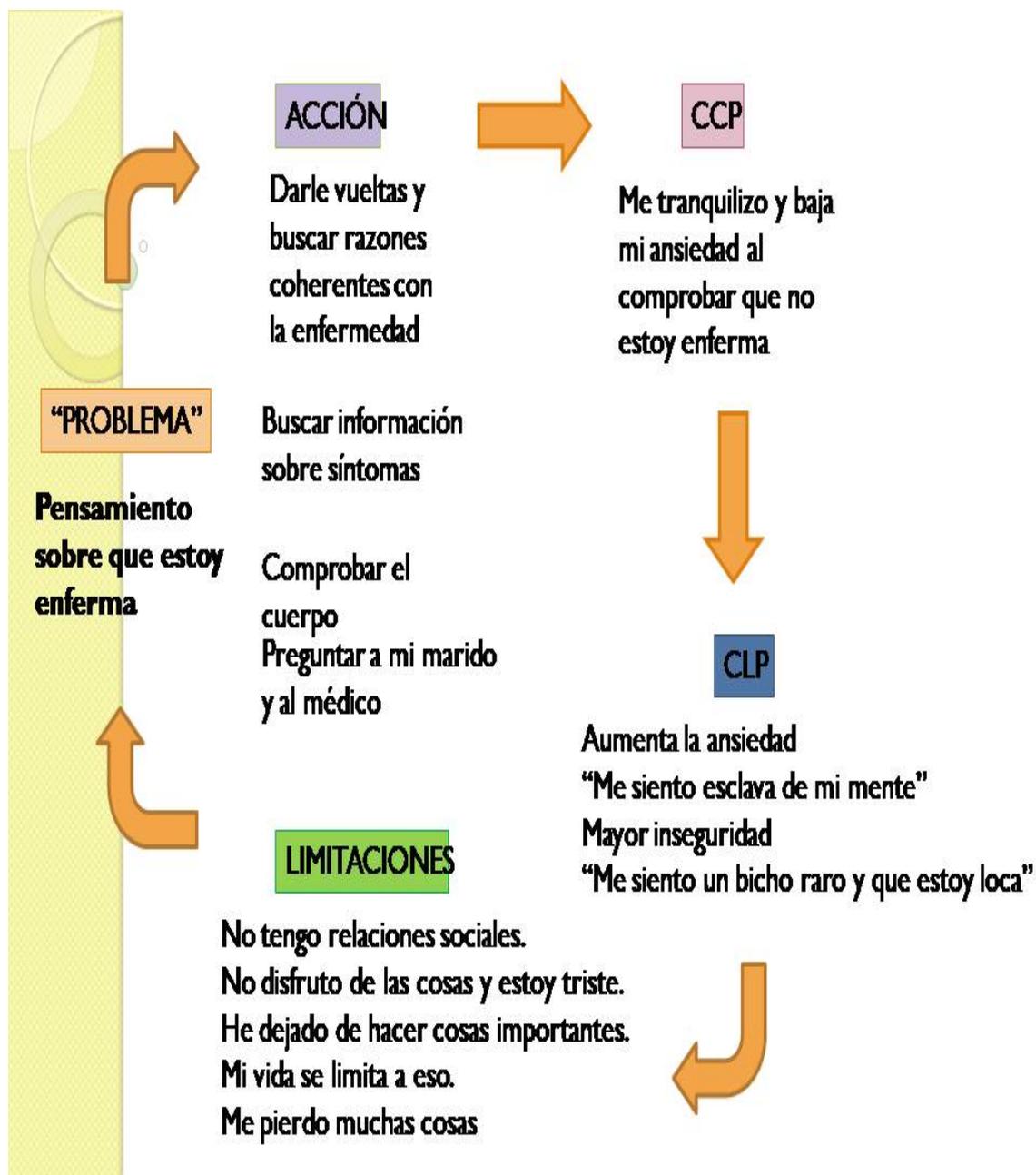
Nota. EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada; Ed: estímulo discriminativo; RO: respuesta operante; Ref-: refuerzo negativo.

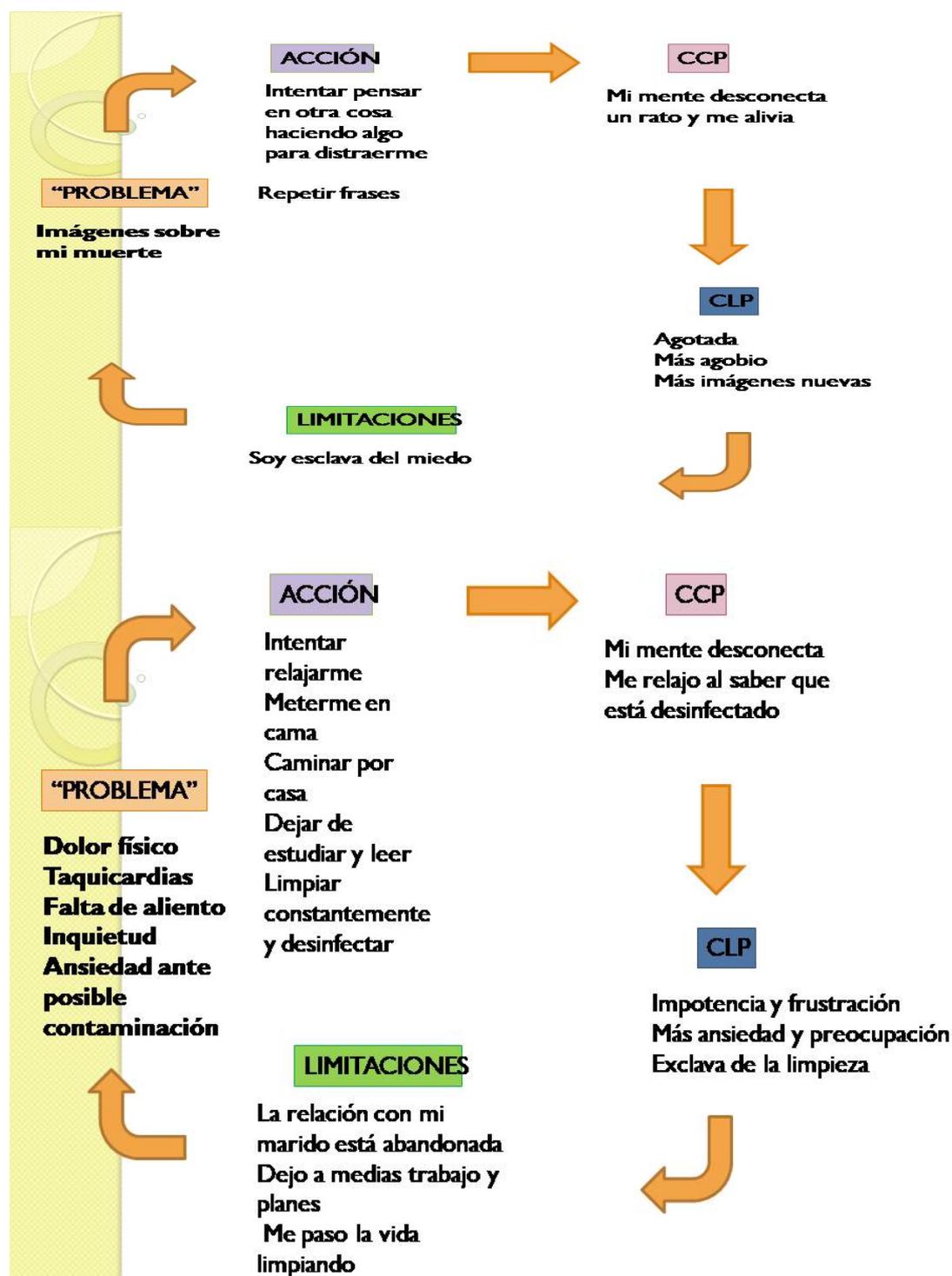
Como hipótesis de origen del problema se identifica la incertidumbre (EI) hace ocho años que llevan a la paciente a tener que someterse a numerosas pruebas médicas en busca de un diagnóstico que no se realiza hasta pasado un año (momento en que es diagnosticada de FM). Ante este EI se da una respuesta de malestar y ansiedad (RC) que la paciente refiere como “tristeza, preocupación y nerviosismo en el cuerpo”. Los pensamientos e imágenes de enfermedad adquieren la cualidad de EC que a su vez desencadenan una RC de malestar, ansiedad y miedo. La sobreestimación del propio pensamiento favorece el condicionamiento aversivo del propio pensamiento, el cual adquiere la función de Ed ante los que la persona emite ciertas RO como son las compulsiones y la evitación con la finalidad de estrategia de control, dando lugar a una reducción momentánea de la ansiedad, lo que explicaría el mantenimiento del problema. El refuerzo negativo constante como consecuente de las conductas operantes, incrementan la posibilidad de que ante determinados estímulos discriminativos la paciente reaccione de nuevo con conductas como las compulsiones y la evitación, guiándose por ese resultado a corto plazo que obtiene de reducción de la ansiedad. Con el paso del tiempo la paciente entra así en una dinámica de prevención, realizando incluso compulsiones antes de que se presente el estímulo discriminativo. También ciertas conductas compulsivas pueden verse mantenidas por refuerzo positivo al obtener bajas médicas y atención constante de su marido.

A continuación se expone un resumen con los puntos más importantes del análisis funcional de la conducta desde una perspectiva contextual que se realiza en segunda sesión en colaboración con la paciente.

Figura 2

Resumen del Análisis Funcional Realizado con la Paciente





Nota. CCP: consecuencias a corto plazo; CLP: consecuencias a largo plazo.

En esta tabla se recogen los puntos más importantes que señaló la paciente en consulta. Ante determinados eventos privados que experimenta (emociones, pensamientos y sensaciones físicas) reacciona haciendo o dejando de hacer diferentes acciones encaminadas a aliviar o controlar esos eventos privados. A corto plazo reducen su ansiedad, miedo e inseguridad (eventos privados) durante un período de tiempo muy breve pero el suficiente para que la paciente adquiriera esa estrategia de funcionamiento en relación a los eventos privados que experimenta. Paradójicamente, a largo plazo, todas esas emociones, pensamientos o sensaciones físicas que intenta controlar aumentan y la limitan alejándola de la vida valiosa que le gustaría vivir. De este análisis funcional se extrae la conclusión de que el “problema” no es lo que cree la paciente (eventos privados) si no que es el control. Cuando la persona realiza tantas acciones encaminadas a controlar lo que piensa y lo que siente el resultado esperable es el contrario porque los eventos privados no están bajo control y si se controlan es durante un periodo de tiempo muy breve y asumiendo un coste muy alto a largo plazo. De esto se extrae que las acciones que lleva a cabo la paciente están dirigidas fundamentalmente a controlar sus eventos privados los cuales siguen la regla de que cuanto más se esfuerza la persona por no tener eso (ansiedad, miedo, inseguridad) más lo va a tener y con mayor intensidad y cuanto más se esfuerza por tenerlo (seguridad, tranquilidad) menos lo va a experimentar y con menor intensidad. Por ello, parte del trabajo en sesión se basará en las acciones de la paciente, “lo que está bajo su control”, teniendo en cuenta que las acciones que le dirigen hacia una vida valiosa son diferentes a las que se encaminan a controlar los eventos privados que experimenta.

En la intervención con la paciente se persiguen dos objetivos generales; por un lado, reducir las conductas (compulsiones) que van dirigidas a evitar el malestar causado por los eventos internos (obsesiones) y que alejan a la paciente de una vida acorde con sus valores

personales; por otro lado, ampliar el repertorio de las conductas que se dirigen hacia una vida valiosa.

Respecto a la evaluación inicial antes del tratamiento, la paciente puntúa alto en malestar psicológico con valores que predisponen en mayor medida hacia ansiedad que a depresión, un nivel elevado de fusión cognitiva e inflexibilidad psicológica, gran discrepancia en acción en función a valores personales, baja aceptación del dolor y un impacto significativo de FM en su vida (véase valoración del tratamiento).

3. Tratamiento

El tratamiento aplicado se trata de una intervención psicológica desde ACT que se realiza en la Unidad de Psicología Clínica localizada en un centro sanitario privado con diferentes especialidades. En este estudio de caso se realizan un total de ocho sesiones (una por semana) con una duración aproximada de hora y media, en la que la autora de este trabajo participa como terapeuta principal supervisada por una Psicóloga Especialista en Psicología Clínica como coterapeuta. Posteriormente se continuará con la intervención hasta conseguir los objetivos y proceder al alta y se realizarán sesiones de seguimiento enfocadas a la prevención de recaídas.

Para que la paciente desarrolle una nueva relación con sus eventos internos (obsesiones, pensamiento intrusivo), la intervención psicológica se realiza a través de seis procesos básicos que componen la terapia, y que se conocen según Hayes (2004) como aceptación, defusión, yo como contexto, conciencia del momento presente, valores y compromiso con la acción.

Figura 3

Tratamiento Psicológico que Incluye Número de Sesión, Descripción, Técnicas de intervención y Objetivos

Sesión	Descripción	Técnica	Objetivo Específico
1	Encuadre	Contextualización	Evaluación inicial del
	Consentimiento informado	del proceso terapéutico	caso clínico presentado
	Entrevista		

	<p>Evaluación pre-tratamiento</p> <p>Explicación de la relación terapéutica (metáfora de las dos montañas)</p>		<p>Contextualizar la relación terapéutica y fijar objetivos</p>
2	<p>Análisis de secuencias funcionales</p> <p>Ejercicio experiencial "atrapados"</p>	<p>Análisis funcional</p> <p>Desesperanza creativa</p>	<p>Examinar la funcionalidad de las acciones y sus consecuencias a corto y largo plazo</p>
3	<p>Ejercicio experienciales "cuáles son los números", "manzana", "polígrafo", "regla del 95/5"</p>	<p>El control como problema</p>	<p>Disminución de conductas de control y evitación de eventos privados</p>

	Registro de eventos privados y acciones		
4	“Metáfora del tigre hambriento” Ejercicio de ojos cerrados del tigre hambriento	Desesperanza creativa Defusión cognitiva	Desliteralización de funciones verbales y del control verbal sobre la conducta
5	Ejercicio experiencial “86.400”	Clarificación de valores	Identificación de valores con acciones dirigidas a objetivos vitales Aumento de acciones valiosas
6	Ejercicio experiencial y metáfora de “radio mental”	Defusión cognitiva El control como problema	Desliteralización de funciones verbales Promover la aceptación de los eventos privados
7	Ejercicio ojos cerrados “mi niño interior”	Defusión cognitiva	Desliteralización de funciones verbales, fomentar la flexibilidad

		Clarificación de valores y amabilidad	psicológica y la aceptación Aumentar acciones dirigidas a valores y promover una postura de amabilidad con uno mismo
8	Evaluación post-tratamiento	Evaluación y Análisis Funcional	Revisión de secuencias funcionales y logro de objetivos

En la primera sesión se realiza una evaluación inicial detallada del caso clínico para recabar la información necesaria y diseñar una intervención individualizada. En primer lugar se establece el encuadre y se explica y firma el consentimiento informado. Posteriormente se realiza una entrevista semi-estructurada recopilando toda la información necesaria y relevante. Durante dicha entrevista se ponen en marcha por parte de la terapeuta las habilidades clínicas necesarias para fomentar la alianza terapéutica como son la escucha activa, el reflejo empático, la clarificación, etc. Para finalizar esta sesión se hace uso de “metáfora de las dos montañas” que permite contextualizar la relación terapéutica y dar cuenta de unos primeros objetivos que la paciente establece, lo que se corresponde con la cima de su montaña. Con esta metáfora se propone un primer acercamiento al funcionamiento de evitación experiencial de la persona permitiendo tomar conciencia de algunos de los muros (dificultades) y desvíos (evitación) que han aparecido en su montaña, sin olvidar validar a la persona indagando en esos momentos de su vida en los que optó por no desviarse de su cima.

En una segunda sesión se realiza un Análisis Funcional de la conducta desde una perspectiva contextual con el objetivo de examinar la funcionalidad de sus acciones y las consecuencias a corto y largo plazo (véase figura 2). Para promover “el darse cuenta” por parte de la paciente, se realiza ejercicio experiencial “atrapados” como técnica de desesperanza creativa fomentando que la persona abandone esos intentos infructuosos de cambiar su experiencia, dejando un espacio de aceptación para crear algo diferente, valioso e útil. El atrapados simboliza en un primer momento “el problema” para terminar por representarlo todo, dando cuenta de que el problema está en realidad en la lucha personal contra los eventos privados (atrapados) que conlleva un distanciamiento por parte de la persona de una vida valiosa al centrar su atención sobre el dichos eventos. La persona cae entonces en una trampa que se relaciona con las consecuencias a corto plazo, que distan mucho de lo que sucede con el paso del tiempo, limitando su vida y distanciándole de la cima de la montaña que tanto añora alcanzar y de los valores personales que le acercan a una vida plena.

La tercera sesión persigue la disminución de las conductas de control y evitación a través de la técnica el control como problema. Se proponen una serie de ejercicios como “cuáles son los números”, “manzana”, “el polígrafo” y “regla 95/5” que permiten experimentar de forma directa qué sucede cuando las personas intentan realizar determinadas acciones con sus eventos privados, lo que piensan o lo que sienten, y qué es lo que “está bajo su control” y lo que “no está bajo su control” (o si consigue controlar es durante un periodo de corto muy breve asumiendo un coste muy alto a largo plazo). Todo ello nos conduce a comprobar cómo lo que está bajo control de la persona son las acciones y a diferenciar cuáles de estas son las encaminadas a una vida valiosa para la persona y cuales se encaminan a controlar lo incontrolable (eventos privados). Este darse cuenta de cómo funciona la mente humana pone

énfasis en ampliar el repertorio de acciones valiosas y el tiempo que se invierte en las mimas promoviendo el cambio terapéutico.

En la cuarta sesión se pretende una desliteralización de las funciones verbales y el control de las mismas sobre la conducta a través de la técnica de desesperanza creativa y defusión cognitiva. Se hace uso de “metáfora del tigre hambriento” y ejercicio experiencial sobre el mismo que está diseñado por parte de la autora de este TFM para facilitar ese distanciamiento de los eventos privados (consultar anexos). Las metáforas nos permiten conectar con la realidad de la persona y validar su experiencia.

La quinta sesión se destina a la identificación de valores con acciones dirigidas a objetivos vitales a través del ejercicio experiencial “86.400”. Se le ofrece una recompensa que el banco concede a la paciente que se traduce en 86.400 euros cada día que se despierta, con dos únicas condiciones; ese dinero debe gastarse en el día y; el banco manda, cuando quiera puede dar su premio por finalizado y sin previo aviso. La paciente decide en qué gastaría ese dinero cada día, estableciendo una lista de valores personales. Al finalizar el ejercicio se deja entrever que ese premio es real pero cambia un pequeño detalle: el dinero no son euros sino segundos que tiene cada día y que no vuelven una vez se haga uso de ellos. En este caso, la paciente invirtió en su hija, marido y mascota, en labores sociales, educación, salud física y mental y en auto cuidado.

En la sexta sesión se hace uso de nuevo de la técnica de defusión cognitiva y el control como problema a través de “metáfora de la radio mental” con el objetivo de fomentar la desliteralización de funciones verbales y promover la aceptación de eventos privados. Se identifican las diferentes cadenas de radio que aparecen en la vida de la paciente otorgándole nombre y forma según su experiencia. A continuación se realiza ejercicio experiencial en sesión

donde la terapeuta, con el previo consentimiento de la paciente, actúa simulando ser esa radio mental y poniendo en práctica las diferentes formas de relacionarse con la mente; acatando sus órdenes y actuando a su servicio, discutiendo y peleando con la misma o; aceptando esa experiencia centrando la atención en las acciones que dirigen a una vida valiosa.

La séptima sesión hace uso de las técnicas de defusión cognitiva y clarificación de valores y amabilidad para fomentar de nuevo una desliteralización de funciones verbales, aumentar flexibilidad psicológica y promover una postura aceptación, a la vez que se persigue incrementar las acciones dirigidas a valores y poner énfasis en una postura de amabilidad con uno mismo. Para conseguir dichos objetivos, se realiza ejercicio de ojos cerrados “mi niño interior” facilitando conectar con las vulnerabilidades personales, adoptar una postura de distancia de esos eventos privados y acercarse a una más flexible de amabilidad. Se trata de un ejercicio que evoca recuerdos y sensaciones que pueden resultar intensos emocionalmente para la persona permitiendo el seguir indagando en la experiencia vital. Esta práctica finaliza con una postura de amabilidad hacia uno mismo que se traduce en la imagen de la persona diez años mayor, actuando y expresando desde una perspectiva flexible y diferente hacia esa niña interior y esa mujer de la actualidad.

En la última sesión se realiza evaluación post-tratamiento, cumplimentando de nuevo los cuestionarios. Se revisan las secuencias funcionales y el logro de objetivos terapéuticos dando lugar a un ejercicio de reflexión del trabajo conjunto, haciendo hincapié en la participación activa por parte de la paciente y su implicación para alcanzar una vida valiosa finalizando la sesión apostando por la validación.

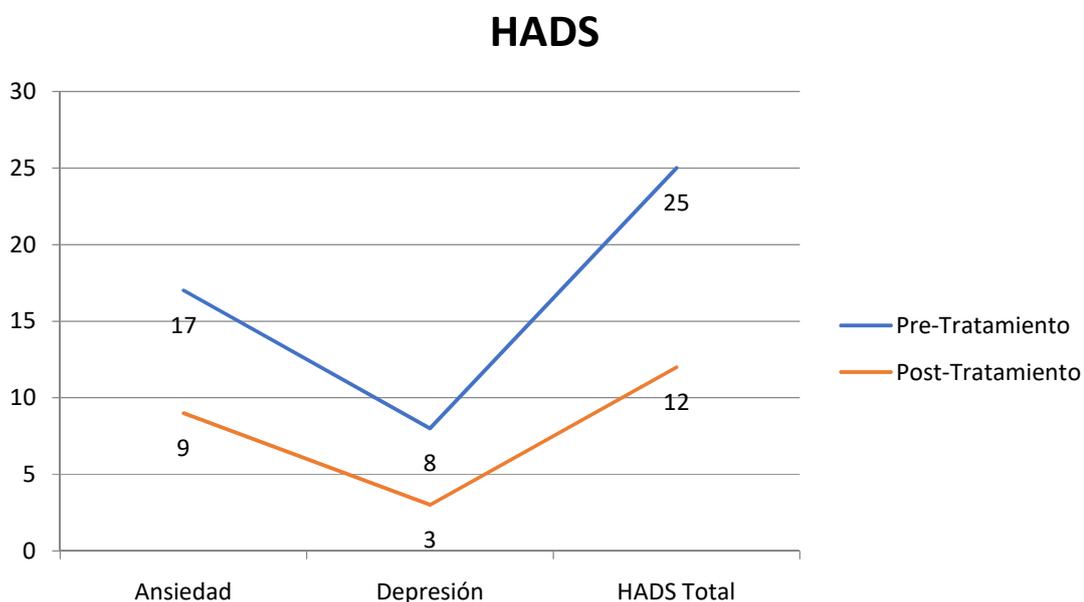
4. Valoración del tratamiento

La paciente ha presentado una buena adherencia al tratamiento, mostrando una actitud comprometida y activa ante el mismo. A continuación se exponen los resultados en los diferentes cuestionarios de evaluación que cumplimentó la paciente antes y después del tratamiento.

En primer lugar se recogen los resultados en la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria HADS para comparar la variable malestar psicológico.

Figura 4

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria



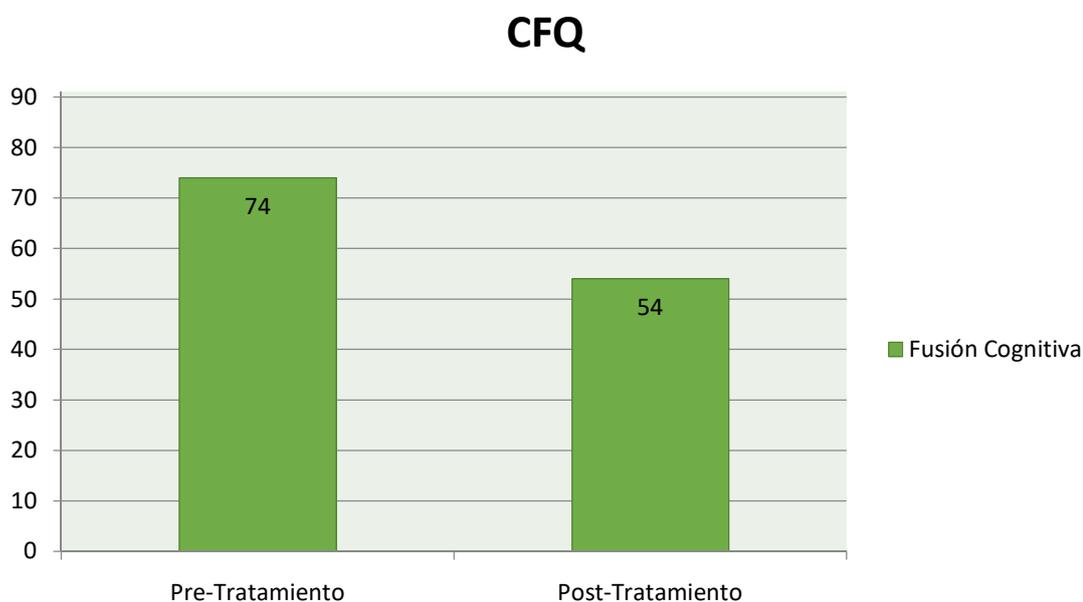
Nota: Puntuaciones HADS total; 0-7=normalidad; 11-21=caso probable; 11-21=caso de ansiedad o depresión

El componente ansiedad se reduce de 17 a 9, el de depresión de 8 a 3 y el total de 25 a 12 después del tratamiento. La paciente obtiene en el pre-tratamiento mayor puntuación en ansiedad respecto a depresión, componente que también se reduce en mayor medida en el post-tratamiento.

A continuación, se miden las diferencias en la variable fusión cognitiva con los resultados obtenidos mediante el cuestionario CFQ.

Figura 5

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Fusión Cognitiva

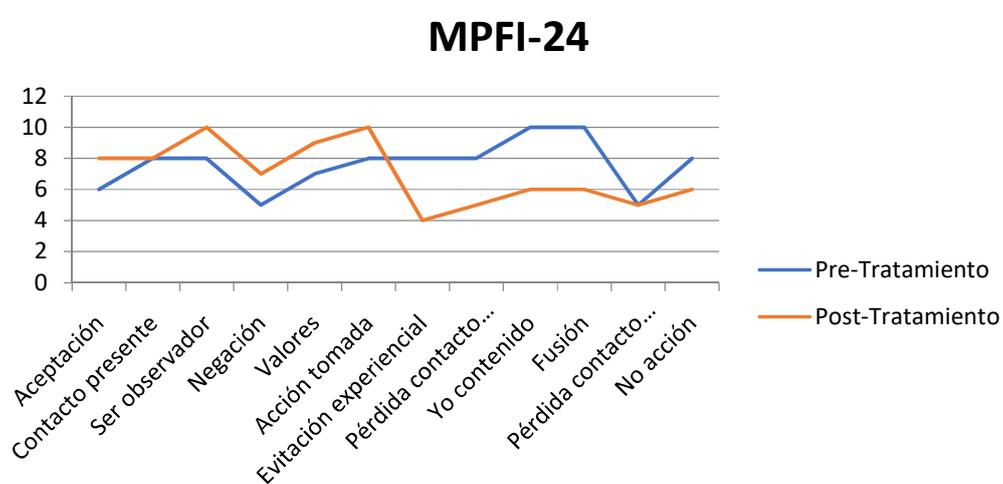


Los resultados muestran una bajada considerable del nivel de fusión cognitiva después del tratamiento. Antes del tratamiento se recoge una puntuación de 74 sobre 92 y después del tratamiento 54.

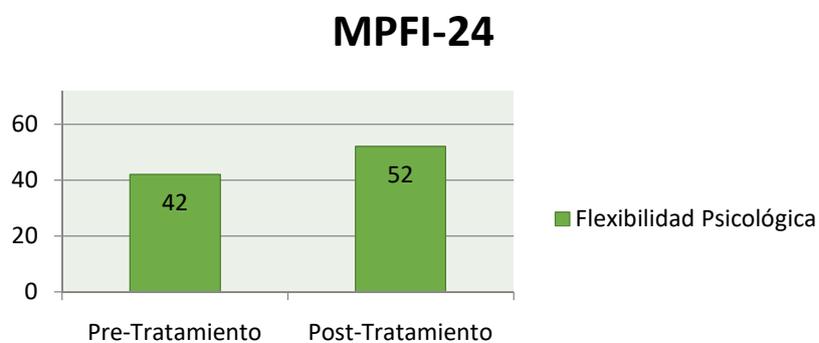
Otra variable que se pretendió medir es la inflexibilidad psicológica a través del Inventario MFPI-24, los cuales se exponen en las figuras 6 a 8.

Figura 6

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Inventario Multidimensional de Inflexibilidad Psicológica

**Figura 7**

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Flexibilidad Psicológica

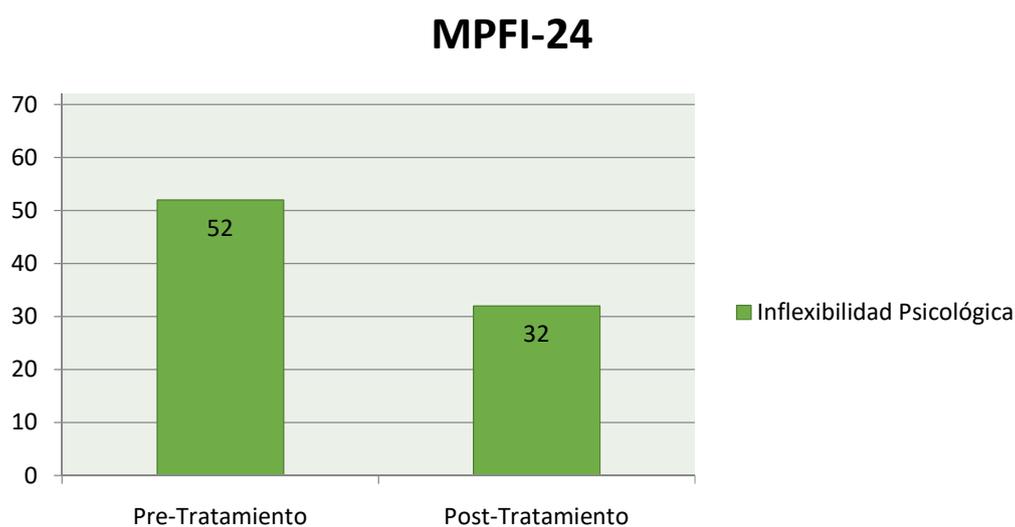


Se observa un aumento de la flexibilidad después del tratamiento en los factores asociados aceptación, observación, negación, valores y acción tomada y estabilidad en resultados en contacto presente. En cuanto a la inflexibilidad, los resultados en el post-tratamiento indican un descenso en todos los factores (evitación experiencial, pérdida de contacto con momento presente, yo contenido, fusión y no acción) y se mantiene estable el valor de pérdida contacto con valores. Resulta significativo que existe cierta inconsistencia entre los datos que arroja el factor contacto presente que se mantienen constante antes y después del tratamiento y el factor pérdida contacto presente que disminuye notablemente. También destaca el resultado en pérdida de contacto con valores que no muestra diferencia alguna entre antes y después del tratamiento, resultados que no concuerdan ni con los resultados en el Cuestionario de Valores ni con conducta verbal de la paciente.

Figura 8

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Inflexibilidad

Psicológica

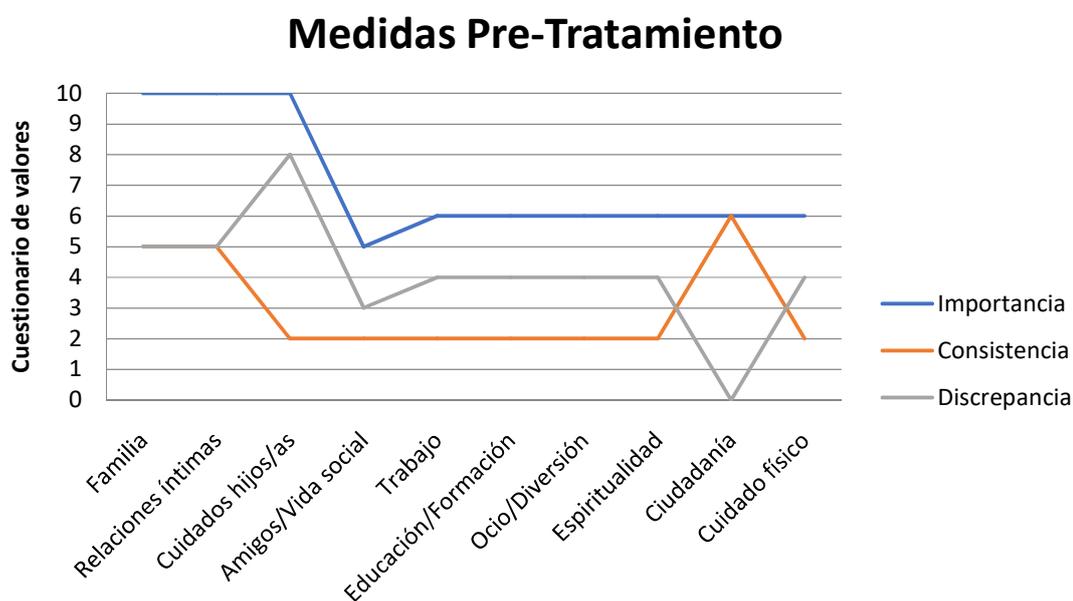


Los resultados en inflexibilidad psicológica sugieren un descenso de la misma.

Para conocer las diferencias antes y después del tratamiento en la variable acción en cuanto a valores personales se utilizó el Cuestionario de Valores, cuyos valores se especifican en las figuras 9 a 13.

Figura 9

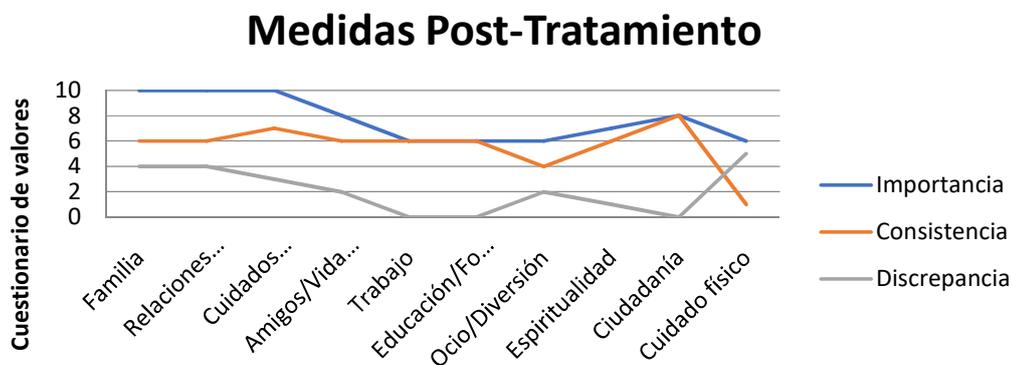
Resultados Evaluación Pre-Tratamiento en Cuestionario de Valores



Se deduce que antes del tratamiento hay poca consistencia en cuanto a valores personales, existiendo una gran discrepancia en todas las áreas excepto en la de ciudadanía. El mayor nivel de discrepancia entre la importancia que la paciente le otorga y la consistencia con dicho valor es en el cuidado de su hija. Dicha discrepancia se puede explicar según la paciente “me comporto de forma agresiva verbalmente con mi hija por todos los pensamientos que invaden mi cabeza”.

Figura 10

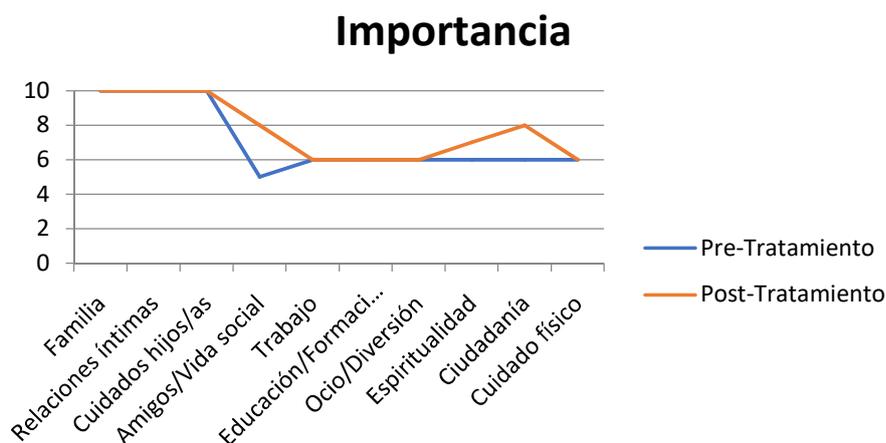
Resultados Evaluación Post-Tratamiento en Cuestionario de Valores



Después del tratamiento se observa una mayor consistencia en valores y una menor discrepancia en todas las áreas excepto en el cuidado físico. La paciente verbaliza “aunque continúa siendo importante para mí, he puesto por delante otras prioridades”.

Figura 11

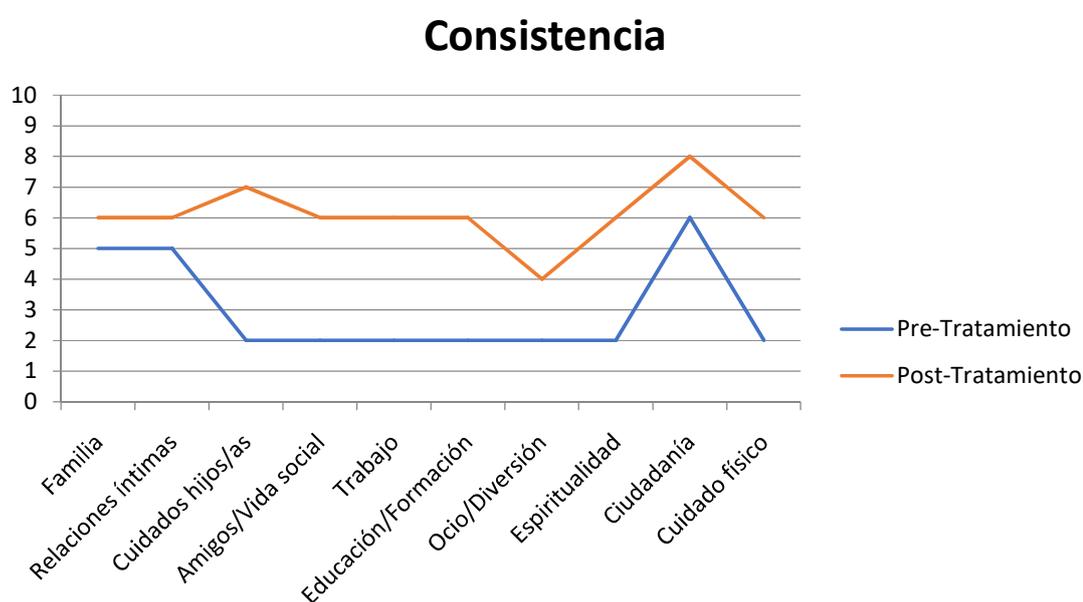
Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Importancia del Cuestionario de Valores



La importancia que concede la paciente a los diferentes valores vitales se mantiene relativamente estable antes y después del tratamiento. Aumenta la importancia en cuanto a amigos y vida social, ciudadanía y espiritualidad respectivamente.

Figura 12

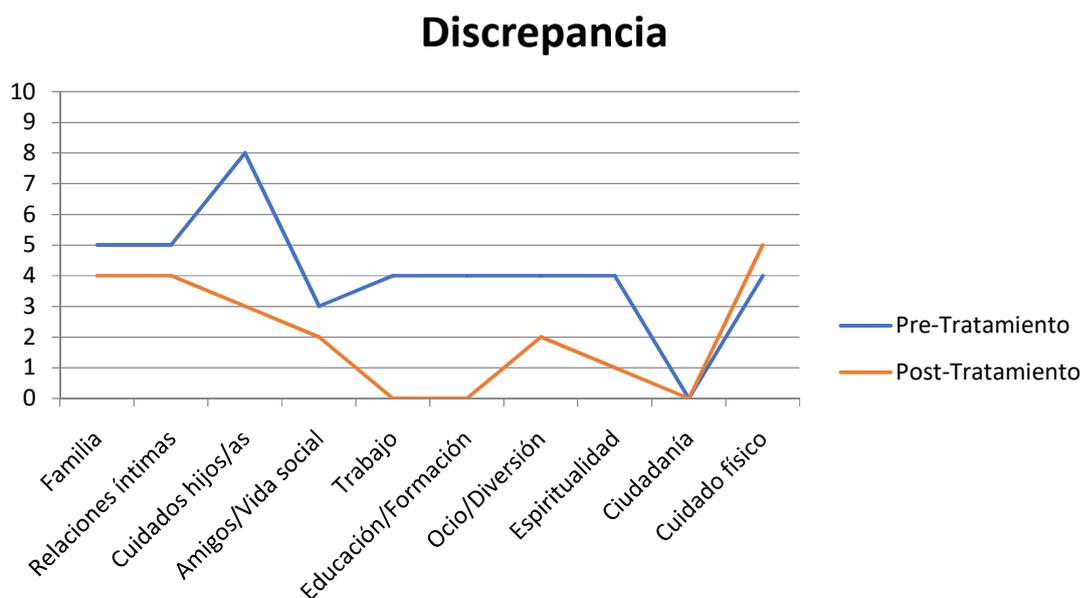
Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Consistencia del Cuestionario de Valores



Se observa cómo a pesar de que la importancia de sus valores tiende a la estabilidad, se producen cambios en cuanto a consistencia, aumentando después del tratamiento, especialmente en el cuidado de su hija, hecho que la paciente relaciona con su capacidad para separarse de sus pensamientos y emociones y tomar la decisión de hablar tranquilamente con su hija en lugar de dejarse arrastrar por sus eventos internos.

Figura 13

Comparación de Resultados Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Discrepancia del Cuestionario de Valores

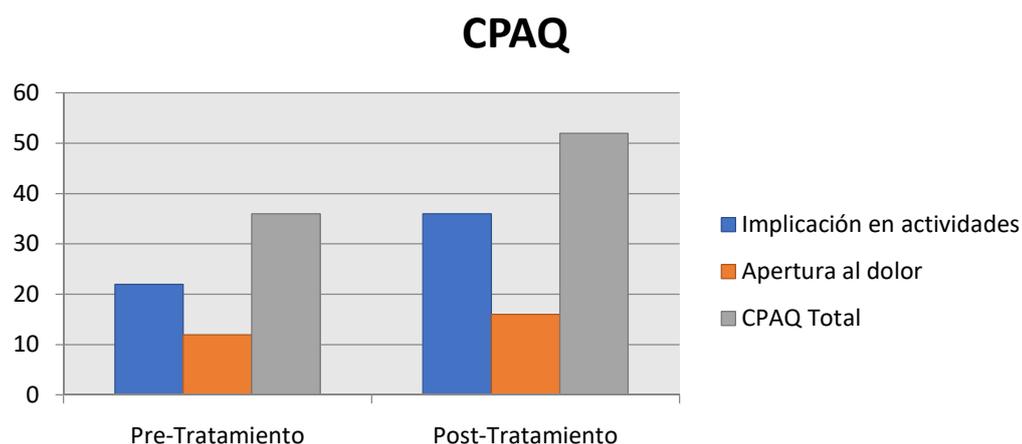


La discrepancia entre la importancia y la consistencia con valores se reduce significativamente después del tratamiento en todas las áreas excepto en cuidado físico, el cual aumentó ligeramente como se comentó anteriormente.

Para conocer si se produjo algún cambio después del tratamiento psicológico en la aceptación del dolor y el impacto de la enfermedad sobre la vida de la paciente. Se obtienen medidas mediante Cuestionario de Aceptación del Dolor y FIQ cuyos resultados se exponen en las figuras 14 a 17.

Figura 14

Resultados en Cuestionario de Aceptación Ante el Dolor con Medidas Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento



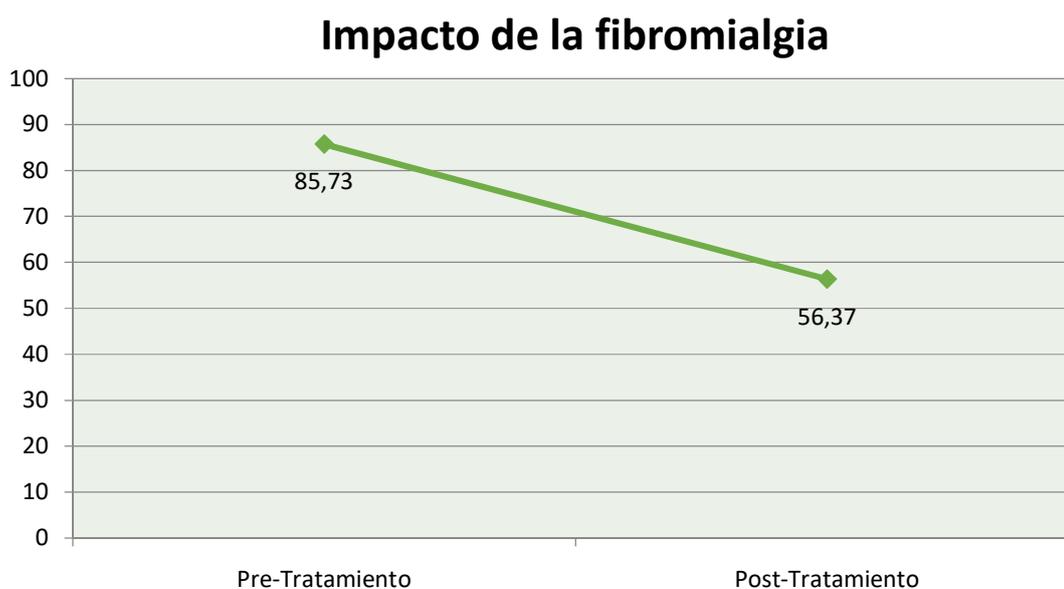
A continuación se presentan los resultados en CPAQ para la variable aceptación ante el dolor. Para obtener la puntuación de implicación en las actividades se suman los ítems 1, 2, 6, 8, 9, 10, 12, 15 y 19. Para obtener la puntuación de apertura al dolor se aplica la transformación de los ítems inversos en directos: 7, 11, 13, 14, 17 y 18 y se suma. La puntuación total CPAQ es igual a la suma de implicación en las actividades más apertura al dolor y tiene una interpretación de a mayor puntuación mayor grado de aceptación. En las medidas Pre-Tratamiento se recoge un CPAQ total de 36, correspondiente a una puntuación en implicación en actividades de 22 y en apertura al dolor de 12. En el Post-Tratamiento se observa un CPAQ total de 52, con una puntuación en implicación en actividades de 36 y en apertura al dolor de 16. Si comparamos las dos mediciones antes y después de la intervención psicológica, se observa un cambio más notable en implicación en actividades y más sutil en apertura al dolor, concluyendo que existe un cambio después de las ocho sesiones de intervención en cuanto a la aceptación del dolor. La puntuación total CPQA oscila de 36 a 52 lo que se interpreta como una mayor aceptación ante el

dolor que se relaciona en mayor medida con la implicación que la paciente muestra en actividades.

Para finalizar, se realiza la comparación de los resultados del impacto de FM en la vida de la paciente con FIQ. Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas. Si la paciente no puede realizar algunas de las acciones planteadas por algunos ítems o sub-ítems, éstos pueden dejarse en blanco, siempre y cuando se tenga en cuenta el número de preguntas a las que contestó para su corrección. La puntuación del FIQ total se halla entre 0-100 ya que cada uno de los ítems tiene una puntuación de 0-10 una vez adaptado. De esta forma, 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

Figura 15

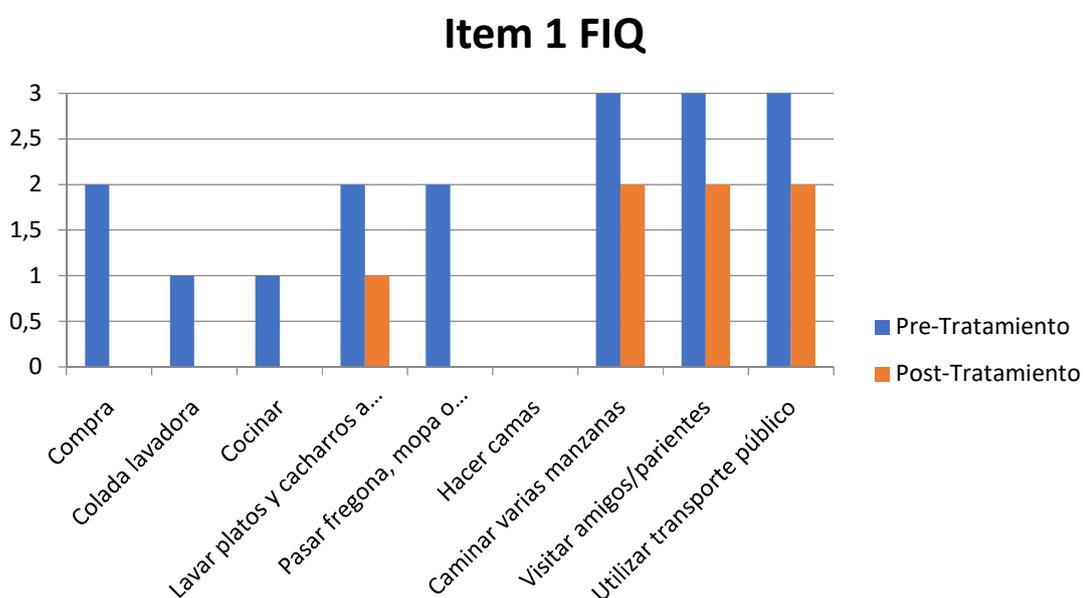
Resultados en Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia con Medidas Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento



Se observa que el impacto de FM en la vida de la paciente desciende, pasando de una puntuación de 85,73 a 56,37 sobre 100. Aunque la paciente refiere que continúa teniendo síntomas como dolores musculares y fatiga reconoce que no le impiden tanto como antes realizar las tareas diarias, limitando en menor medida su vida.

Figura 16

Comparación de Medidas Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento Ítem 1 FIQ



Nota: las puntuaciones se corresponden a si la paciente ha sido capaz de realizar las acciones. 0= siempre; 1= la mayoría de las veces; 2= en ocasiones; 3= nunca.

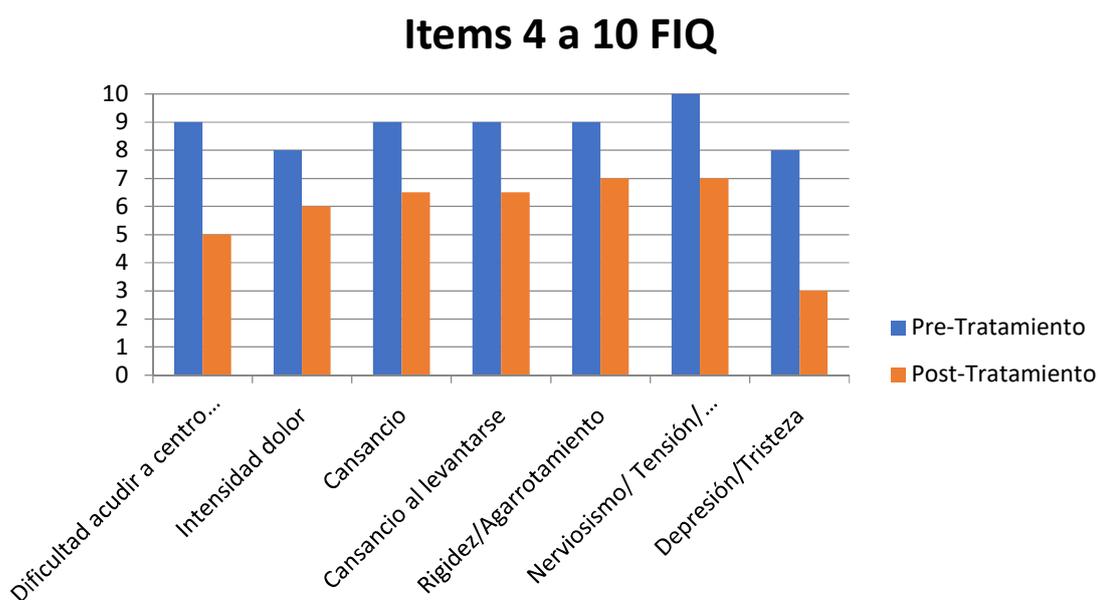
En el ítem 1 se observan variaciones en todos los sub-ítems. En la evaluación post-tratamiento se observa que la paciente considera que “siempre” puede ir a la compra, hacer la colada con lavadora, preparar comida y pasar la fregona, mopa o aspiradora, sub-ítems que puntuaban antes del tratamiento como “la mayoría de las veces” o “en ocasiones”. También los sub-ítems caminar varias manzanas, visitar amigos o parientes y utilizar transporte público

pasan de una puntuación “nunca” antes del tratamiento a “en ocasiones” después del tratamiento y hacer las camas es el único que se mantiene estable entre evaluaciones con la respuesta “siempre”.

El ítem 2 se refiere a los días de la última semana que se sintió bien, pasando de 0 (pre-tratamiento) a 2 (post-tratamiento). El ítem 3 se deja en blanco ya que la paciente actualmente no acude a un puesto de trabajo.

Figura 17

Comparación de Medidas Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento en Ítems 4 a 10 de FIQ



En los siguientes ítems la paciente ha de contestar según el grado de dificultad, intensidad del dolor, cansancio, rigidez, nerviosismo y tristeza, siendo 0 la menor dificultad o intensidad y 10 la máxima.

En los ítems 4 a 10 también se observa mejoría, resultándole menos difícil acudir al centro de estudios y reduciéndose su nivel de dolor, cansancio, rigidez, nerviosismo y tristeza/depresión.

5. Discusión y conclusiones

Los resultados que se extraen de este estudio apuntan hacia una evolución favorable tanto del estado anímico de la paciente como de las estrategias funcionales que ha implementado. También se destaca un descenso importante de las conductas de evitación que se relaciona directa e indirectamente con dicha evolución. Con los datos de evaluación se deduce un decremento del malestar psicológico por parte de la paciente, la cual presentaba antes del tratamiento niveles altos de ansiedad primordialmente, que se han visto reducidos en gran medida después de la intervención. El nivel de ansiedad en el que se encontraba antes de la intervención con ACT se relacionaba con la intensidad de la fusión cognitiva y las estrategias de evitación. La práctica en defusión cognitiva y desliteralización de los procesos verbales han contribuido a que la paciente alcance la capacidad de distanciarse de los eventos privados con el consecuente descenso del nivel previo de fusión cognitiva. También las estrategias de evitación que llevaba a cabo han dejado de resultarle útiles y han colaborado en que la paciente tome conciencia de la funcionalidad de su conducta a través de las técnicas de desesperanza creativa y el control como problema, permitiéndole adoptar una postura de aceptación y el abandono de la lucha contra los eventos privados. Todo esto también ha contribuido a que aumente la flexibilidad psicológica y se produzca un descenso de la inflexibilidad.

Respecto a la consistencia con los valores personales, se encuentra que la importancia de los diferentes valores vitales antes y después del tratamiento tienden a la estabilidad, pero la paciente después de la intervención responde de una forma más consistente y menos discrepante en todas las áreas de su vida excepto en el cuidado físico, el cual califica verbalmente como menos importante, resultado que no concuerda con su respuesta en el cuestionario. Esta consistencia en cuanto a los valores personales se relaciona con la disminución de los patrones rígidos de evitación experiencial. La paciente después del

tratamiento dedica más tiempo a las acciones que le dirigen hacia una vida valiosa y reduce significativamente las conductas de evitación. Refiere “ahora sé hacia donde quiero ir y lo que quiero conseguir y soy consciente de que lo que hago para evitar sentirme mal me distancia mucho de ello, no me compensa invertir en eso”. Verbaliza que ha abandonado su lucha contra la ansiedad y la mayoría de las conductas que realizaba con el fin de prevenirla (compulsiones). También manifiesta que el malestar psicológico (obsesiones) se ha reducido tanto en frecuencia como intensidad y que cuando los experimenta es capaz de tomar distancia y aceptarlo sin entrar en una lucha con su pensamiento y sensaciones. Verbaliza que lo que más útil le resultó para tomar esa distancia han sido las metáforas y los ejercicios de defusión los cuales le permitieron coger perspectiva y una postura menos crítica y de aceptación hacia sí misma. Refiere “antes me veía yo como el muro discutiendo y razonando a todas horas con él. Ahora está el muro y estoy yo”. “Soy consciente de que el tigre está pero yo elijo quien manda y cómo lo hago”.

En relación a los resultados que se relacionan con FM, cabe destacar que también han resultado favorables con la intervención ACT. En ningún momento hubo pretensión de intervenir sobre la sintomatología pero si de comprobar si el tratamiento producía algún cambio en la aceptación del dolor y el impacto de enfermedad en la vida de la paciente. La sintomatología de FM se mantuvo relativamente constante durante toda la intervención a juicio de la paciente, experimentando niveles similares de dolor y fatiga, en cambio, hubo una mejoría significativa en cuanto a la aceptación del dolor y un descenso en el impacto de FM en la vida de la paciente. De estos resultados se extraen que a raíz del aumento de las acciones valiosas, lo cual se promovió con la técnica de clarificación de valores, la paciente desarrolló mayor implicación en actividades. También mejoró la apertura al dolor que se pudo ver influenciada por los ejercicios de desesperanza creativa y defusión cognitiva, lo cual camina de la mano de la

aceptación y la flexibilidad psicológica. Se extrae que la intervención con ACT influyó directamente sobre dichas variables a pesar de no haber cambios en la sintomatología de FM.

Con este estudio se concluye que el tratamiento con ACT de ocho sesiones de duración y una frecuencia semanal ha resultado útil y eficaz en este caso de TOC y FM, alcanzando los objetivos generales y específicos propuestos inicialmente, reduciendo las conductas que van dirigidas a evitar el malestar causado por los eventos internos y ampliando el repertorio conductual que le acerca a una vida valiosa. La paciente ha mostrado una evolución favorable en cuanto a las variables de estudio y como consecuencia ha alcanzado una mejoría clínicamente significativa concluyendo que ha desarrollado una nueva relación con sus eventos internos. Esto es resultado de los procesos básicos de ACT; aceptación, defusión, yo como contexto, conciencia del momento presente, valores y compromiso con la acción. Todos ellos formaron parte de las ocho sesiones que se llevaron a cabo, a la par que las habilidades terapéuticas que permitieron alcanzar los resultados. La relación terapéutica ha sido determinante para la evolución clínica, desarrollando el terapeuta tres tareas fundamentales en la práctica ACT.

En primer lugar, se estableció el contexto propicio para la terapia; la relación terapéutica, el análisis funcional-contextual o evaluación del patrón de regulación evitativo o inflexibilidad psicológica; la reformulación del problema o desesperanza creativa y; la propuesta terapéutica. En segundo lugar, se esclarecen los valores personales y, por último, el entrenamiento en defusión o diferenciación de las dimensiones del yo. La relación ha de ser genuina, cercana, compasiva e igualitaria resultando el paciente y su experiencia lo importante en terapia. El terapeuta mostrará respeto y validación minimizando su función de experto, fomentando que la persona se vea en sus acciones y las consecuencias reforzando su capacidad de aprendizaje e implementación de nuevas estrategias para llevar el malestar a la vez que resaltará la

capacidad que el paciente tiene para elegir una trayectoria valiosa. Ha de trabajarse en sesión la flexibilidad ante las propias barreras del terapeuta. También resulta importante reconocer que no se necesita reescribir la historia del paciente ni cambiar sus pensamientos y que reconocer el dolor y permitir que aflore será una parte central del proceso, mostrando al paciente que la incomodidad, el dolor y el malestar están conectados en todo momento con sus valores. Un terapeuta ACT se mostrará accesible emocionalmente y estará dispuesto a realizar autorrevelaciones aprendiendo a estar al lado del dolor del paciente y del propio malestar de mantenerse en esa posición (Páez & Montesinos, 2016h, p.61-67).

Con la colaboración activa de la paciente, terapeuta y coterapeuta se consiguió establecer una adecuada relación teniendo en cuenta todas esas habilidades necesarias para que la intervención resulte eficaz y prometedora.

Aunque los datos resulten favorables, se entiende como necesario continuar con el tratamiento con ACT hasta la estabilización temporal de los mismos y, posteriormente, diseñar un plan de tratamiento enfocado a prevención de recaídas.

Entre los obstáculos y dificultades que se encontraron durante la intervención fue el tiempo entre sesiones. Se considera que a partir de la tercera sesión, el dejar un espacio mayor entre sesiones podría haber beneficiado la práctica y experiencia diaria por parte de la paciente. Otro obstáculo que se encontró fueron las conductas clínicas relevantes de reaseguración de la paciente, muy relevantes en las primeras sesiones, hecho que se expuso en consulta como parte de la evitación experiencial y que, aunque en un principio resultó una dificultad, terminó convirtiéndose en una oportunidad de trabajo en consulta.

Otro aspecto que parece interesante tener en cuenta y que no debería pasarse por alto es la influencia de variables extrañas en el estudio. Es necesario tener en consideración que la paciente inició el tratamiento con ACT llevando un año a tratamiento con antidepresivos. Durante toda la intervención hubo una combinación de tratamiento psicológico con farmacológico pero esta variable se mantuvo estable. La paciente llevaba un año con la misma dosis de Sertralina e ingiriéndola en el mismo momento del día, por lo que esta variable se mantuvo controlada durante toda la intervención, lo que hace suponer que las diferencias que se obtuvieron en los resultados antes y después del tratamiento se deben fundamentalmente a la terapia psicológica. También el contexto se mantuvo estable durante toda la intervención sin haber cambios en situación familiar, economía, etc.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento de la paciente cabe señalar que es un hecho que ha contribuido de forma notable a la consecución de objetivos a la par que lo es el hecho de que tanto terapeuta como coterapeuta tienen una formación específica en ACT.

En referencia a los instrumentos utilizados resultan pertinentes pero se deduce el interés en realizar estudios con características similares combinando diferentes pruebas psicométricas para contribuir a la investigación sobre ACT en cuanto a la evaluación y tratamiento del TOC. En cuanto a las técnicas utilizadas resultan coherentes con el modelo ACT y estudios como el presentado pueden impulsar a otros profesionales a ampliar el conocimiento tanto de esta perspectiva como de las diferentes posibilidades que ofrecen las Terapias de Tercera Generación.

Se considera importante realizar estudios de estas características con el fin de contribuir a una investigación de la eficacia de diferentes técnicas en el tratamiento del TOC. Dicho trastorno se relaciona indudablemente con patrones de evitación experiencial la cual forma

parte del origen y mantenimiento de múltiples problemas psicológicos. Estudios como este pueden fomentar el continuar investigando sobre el efecto de ACT sobre diferentes características clínicas para ofrecer la posibilidad a la sociedad y a los profesionales de múltiples perspectivas a la hora de abordar los procesos psicológicos para aumentar los recursos de los que se dispone en la profesión de la Psicología General Sanitaria y la Psicología Clínica en el campo de la salud mental y apostar por su expansión y desarrollo ofreciendo una atención psicológica individualizada de calidad.

Referencias bibliográficas

- Amigo, I. (2017). Manual de Psicología de la Salud. 3ª Edición. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146.
doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024
- Blackledge, J. (2018). La defusión cognitiva en la práctica. Guía clínica para valorar, observar y apoyar el cambio en tu cliente. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cabrera, Víctor, Martín-Aragón, Maite, Terol, María del Carmen, Núñez, Rosa, & Pastor, María de los Ángeles. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193. doi:
[10.24016/2019.v5n2.167](https://doi.org/10.24016/2019.v5n2.167)
- Doorley, D., Goodman, R., Kelso, C., & Kashdan, B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. Department of Psychology, George Mason University. USA. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- García, A., de Armas, J., & Pérez, R. (2021). Eficacia de las Técnicas Contextuales en el TOC. Trabajo Fin de Grado de Psicología. Universidad de La Laguna: Facultad de Psicología y Logopedia.
- García-Martínez, Jesús & Sánchez Cánovas, José. (1994). Adaptacion Del Cuestionario de Fallos Cognitivos de Broadbent, Cooper, Fitzgerald Parkes (CFQ). *Análisis y Modificación de conducta*, 20(73), 727-752.

- González, A., Fernández, P., & Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Psicothema*, 22 (4), 997-1003.
- Hayes, S., Stroschal, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Second Edition.
- Hayes, S. (2020). *Una mente liberada. La guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Barcelona: Paidós.
- Hernando, I., Jiménez, S., Mingo, M., & Ceballos, L. (2021). *Efectos de un programa de telerehabilitación basado en ejercicio terapéutico aeróbico en pacientes con fibromialgia durante la pandemia de la COVID-19* [Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]. Escuela de Doctorado Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47536/Tesis1838-210720.pdf?sequence=1>
- Howell, J., & Katelyn, M. (2021). Demuynck Psychological flexibility and psychological inflexibility are independently associated with both hedonic and eudaimonic well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(18), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.002>
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829-850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Lavandería, J. (2016). *La terapia de Aceptación y Compromiso en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Estudio de caso*. Universidad de Oviedo: Facultad de Psicología.
- López Espino, M., & Mingote Adán, J.C. (2008). Fibromyalgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.

- Luciano Soriano, Carmen, Gutiérrez Martínez, Olga, & Rodríguez Valverde, Miguel. (2005). Análisis de los Contextos Verbales en el Trastorno de Evitación Experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000200008&lng=pt&tlng=es
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Marcos, T. F., Otero, M. O., & Marcos, F. (2017). Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Facultad de Psicología UAM.
- Moioli, B., & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484.
- Moncada, L., Gallardo, I., Dávila, A., & Ruiz, R. (2010). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., & Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española de Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista española de reumatología*, 31(9), 507-13.
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2014). Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Madrid: Pirámide.
- Páez, M., & Valdivia, S. (2019). Aceptación psicológica. Qué es y por qué se fomenta en terapia. Madrid: Pirámide.
- Páez, M., & Montesinos, F. (2016). Tratando con terapia de aceptación y compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz. Madrid: Pirámide.

Prozzillo, P., & Olivera, M. (2019). Flexibilidad psicológica y bienestar subjetivo en el marco de los cinco factores de la personalidad y la espiritualidad: una relación por definir. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 5(2), 17-25.

Rogge, R.D., & Daks, J.S. (2021). Embracing the Intricacies of the Path Toward Mindfulness: Broadening Our Conceptualization of the Process of Cultivating Mindfulness in Day-to-Day Life by Developing the Unified Flexibility and Mindfulness Model. *Mindfulness*, 12, 701–721.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01537-w>

Rolffs, L., Rogge, D., & Wilson, G. (2018). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Sage Journals*, 25(4), 458-482. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191116645905>

Valencia, P., & Falcón, C. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Fusión Cognitiva en universitarios en Lima. *Interacciones*, 5(2), 167.

Vallejo Pareja, M. A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. Madrid: Pirámide.

Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.

VV.AA. (2014). Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Adultos I. Madrid. Pirámide.

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

Wilson, K., Sandoz, E., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.

ANEXOS**(MPFI-24)**

Indique qué tan bien se corresponde cada afirmación con su experiencia las últimas dos semanas.

Notas: La escala de respuesta es:

1 (nunca es cierto)

2 (rara vez es cierto)

3 (ocasionalmente es cierto)

4 (a menudo es cierto)

5 (muy a menudo verdadero)

6 (siempre cierto).

Aceptación.

1. he estado abierto observar pensamientos y emociones desagradables sin interferir con ellos.
2. Traté de hacer las paces con mis pensamientos y emociones negativos en lugar de resistirlos.

Contacto con el momento presente.

3. He sido consciente de mis emociones.
4. He escuchado mis pensamientos y a mis emociones en todo momento.

Ser observador.

5. Incluso cuando me sentía herido o molesto, traté de mantener una perspectiva más amplia.
6. He pasado por momentos difíciles al ver mi vida en un ángulo más amplio.

Negación.

7. He podido dejar que las emociones negativas vayan y vengan sin dejarme invadir por ellos.

8. Cuando me sentí molesto, logré soltar estas emociones negativas sin aferrarme a ellas.

Valores.

9. He sido realmente consciente de lo que es importante para mí y para mi vida.

10. Me mantuve concentrado en mis prioridades en la vida.

Acción tomada.

11. Incluso después de fracasar, no he dejado de trabajar por lo que es importante para mí.

12. Incluso en tiempos difíciles, me las he arreglado para avanzar en la dirección de lo que me importa.

Evitación experiencial.

13. Cuando me vino un mal recuerdo, traté de distraerme para ahuyentarlo.

14. Traté de distraerme cuando sentía emociones desagradables.

Pérdida de contacto con el momento presente.

15. Hice la mayoría de las cosas "automáticamente" con poca consciencia de lo que estaba haciendo.

16. Hice la mayoría de las cosas de forma mecánica, sin prestar mucha atención.

El yo como contenido.

17. Pensé para mí mismo que algunas de mis emociones eran malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.

18. Me juzgué a mí mismo porque tenía emociones irracionales o inapropiadas.

Fusión.

19. Los pensamientos y las emociones negativas han tendido a ocuparme durante mucho tiempo.

20. Los pensamientos dolorosos han tendido a recorrer mi mente.

Pérdida de contacto con mis valores.

21. Mis prioridades y valores a menudo se han pasado por alto en mi vida cotidiana.

22. Cuando mi vida ha sido caótica, a menudo he perdido el contacto con cosas importantes para mí.

En acción.

23. Las emociones negativas a menudo me impedían tomar medidas.

24. La menor emoción negativa me impidió darme cuenta de mis proyectos.

EJERCICIO DEFUSIÓN COGNITIVA “EL TIGRE”. Andrea Rivas Pérez (2021)

Cierra los ojos y adopta una postura cómoda. Toma conciencia de tu postura sobre la silla, nota tu espalda, tus piernas, tus pies contra el suelo, tus brazos, tus manos... Nota cada sensación sin intentar cambiar nada, simplemente siéntela y déjala estar. Ahora nota como el aire entra por tu nariz y atraviesa tu cuerpo lentamente para salir de nuevo por tu boca. Toma conciencia de tu respiración lenta y profunda, aquí y ahora, sin intentar hacer nada con ella, simplemente sé consciente de ella. Sé consciente de las sensaciones que estás notando y date cuenta que eres tú quien las está percibiendo.

Ahora quiero que te imagines a ti. Imagina tu posición, cómo vas vestida, tu pelo, tus ojos, tu cara, tu cuerpo... Imagínate a ti ahí, sintiendo, respirando...

Visualiza ese tigre que te lleva acompañando tanto tiempo. Imagina como es su tamaño, su color, su mirada, su olor, su forma de moverse, sus dientes y su boca, sus orejas y sus garras... imagina también cómo es la jaula en la que se encuentra, puede ser grande, o quizás pequeña, de qué material está hecha...

Ahora vuelve la atención hacia ti de nuevo, enfrente de esa jaula y ese tigre, notando las sensaciones... Sensaciones que quizás te resulten agradables o desagradables, o quizás no te hagan sentir nada... déjalas estar y simplemente nótalas... Y date cuenta de que estás siendo consciente de que estás teniendo un pensamiento. Elévate por encima de ese pensamiento.

Ahora quiero que te imagines a ti durante todo este tiempo, delante de ese tigre que gruñe intensamente y te amenaza. Ese tiempo en el que has intentado muchas cosas para que ese tigre se callase. Imagínate a ese tigre diciéndote esas cosas que no te gustan de ti y que durante tanto tiempo has intentado que no aparezcan. Imagínate esas cosas que has tenido

que hacer para tranquilizar a ese tigre. Imagínate actuando al servicio de lo que te pide en todo momento, acatando sus órdenes para que no se enfade y deje de gruñir y amenazarte.

Ahora de nuevo, vuelve tu atención a tu respiración y a tu postura sobre la silla durante unos segundos... quiero que imagines alguna de esas cosas que son valiosas para ti en la vida y que te gustaría conseguir o que te gustaría verte haciendo. Imagínate a ti delante de ese tigre y esa jaula haciendo eso que tanto deseas. Visualiza cómo lo harías independientemente de que esté ese tigre gruñendo, porque sigue gruñendo... Imagina qué sentirías haciendo eso a pesar de que tengas al lado un tigre amenazándote porque no haces lo que él te pide. Imagina que sensaciones te genera, que emociones aparecen en ti... simplemente siéntelo sin intentar cambiar nada. Seguramente haya momentos que tu atención se dirija hacia el tigre, no importa, sé consciente de que tu mente se ha distraído con un pensamiento y vuelve tu atención hacia eso que quieres hacer.

Ahora imagínate a ti, como si de una película se tratase, después de un tiempo... quizás una semana, quizás un mes, haciendo eso que deseas, sin estar al servicio de ese tigre y sus amenazas. Imagínate ese tigre delgado, sin fuerzas, que te resulta hasta dócil, porque cuando intenta gruñir parece un cachorro indefenso. Ese tigre apagado que te mira con ojos tristes para que le ayudes a coger fuerzas. Mírate a ti, delante de ese tigre, con la tentación de ayudarlo para no verle tan débil. Imagínate que te pediría que hicieras para ayudarlo a no sentirse tan débil y eso que sientes y que te produce la imagen de ese animal. Permítete sentir lo que venga, sin intentar cambiarlo. Date cuenta de que estás percibiendo una sensación, tú eres simplemente quien la percibe. Elévate por encima de esa sensación.

Por último, vuelve a imaginarte a ti haciendo eso que tanto valor tiene en tu vida y nota como las sensaciones van cambiando, tú no eres quien las elige sino quien las percibe.

Para finalizar quiero que dirijas la atención de nuevo hacia tu respiración, hacia tu cuerpo, tu posición aquí y ahora... y lentamente, cuando quieras, puedes abrir los ojos de nuevo.