



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Máster

Aplicación on-line de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en un caso con topografía de Trastorno Límite de la Personalidad

Alumno: Juan Lisbona Serrano

Tutor: Miguel Rodríguez Valverde

Dpto: Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Tutora: Mónica Hernández López

Dpto: Psicología Evolutiva y de la Educación

Noviembre, 2020

Muy tarde por la noche el Mullah Nasrudín se encuentra dando vueltas alrededor de una farola, mirando hacia abajo. Pasa por allí un vecino.

—¿Qué estás haciendo Nasrudín, has perdido alguna cosa?— le pregunta.

—Sí, estoy buscando mi llave.

El vecino se queda con él para ayudarle a buscar. Después de un rato, pasa una vecina.

—¿Qué estáis haciendo? —les pregunta.

—Estamos buscando la llave de Nasrudín.

Ella también quiere ayudarlos y se pone a buscar. Luego, otro vecino se une a ellos. Juntos buscan y buscan y buscan. Habiendo buscado durante un largo rato acaban por cansarse.

Un vecino pregunta:

—Nasrudín, hemos buscado tu llave durante mucho tiempo, ¿estás seguro de haberla perdido en este lugar?

—No, dice Nasrudín

—¿Dónde la perdiste, pues?

—Allí, en mi casa.

—Entonces, ¿por qué la estamos buscando aquí?

—Pues porque aquí hay más luz y mi casa está muy oscura.

Idries Shah

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Terapia de Aceptación y Compromiso	2
Método de muestreo de experiencias	7
OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	8
Objetivos	8
Hipótesis.....	9
METODOLOGÍA	9
Diseño.....	9
Instrumentos y medidas de evaluación.....	10
Paciente	13
Análisis funcional y topográfico del caso	15
Procedimiento.....	16
Sesiones de Evaluación	17
Sesiones de Intervención.....	18
RESULTADOS	25
Método de Muestreo de Experiencias	25
Malestar general	25
Intensidad en la Evitación del Evento Privado.....	26
Aversividad del Evento Privado e Intensidad en la Evitación del Evento Privado.....	27
Topografía de los Comportamientos dirigidos al control de los eventos privados	28
Instrumentos de autoinforme.....	29
SCID-II.....	30
DISCUSIÓN.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	39

Índice de Tablas

Tabla.1 Objetivos y técnicas empleadas en cada sesión	23
Tabla 2. Comparación de las puntuaciones y centiles en BSI.....	30

Índice de Figuras

Figura 1. Hexaflex.....	5
Figura 2. Esquema temporal de la evaluación y de la intervención.....	10
Figura 3. Puntuaciones en MG.....	26
Figura 4. Tendencia de MG.....	26
Figura 5. Puntuaciones en IEEP.....	27
Figura 6. Tendencia de IEEP.....	27
Figura 7. Comparación de las puntuaciones en IEEP y AEP	27
Figura 8. Comparación de las puntuaciones en IEEP y AEP.....	27
Figura 9. Comparación de las frecuencias de los comportamientos dirigidos al control de los eventos privados.....	28
Figura 10. Comparación de las puntuaciones en AAQ-II, CFQ y MAAS.....	29
Figura 11. Comparación de las puntuaciones en SCS.....	29

Índice de abreviaturas y siglas

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TMR: Teoría de los Marcos Relacionales

ESM: Experience Sampling Method (Método de Muestreo de Experiencias)

MG: Malestar general

IEEP: Intensidad de la Evitación del Evento Privado

AEP: Aversividad del Evento Privado

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido objeto en las últimas décadas a numerosos estudios sobre su efectividad en una multitud de problemas de salud, obteniendo exitosos resultados. Sin embargo, la inmensa mayoría de ellos se han llevado a cabo haciendo uso de una modalidad presencial y, en consecuencia, se ha relegado a las modalidades no presenciales a una menor evidencia empírica. Estos formatos no presenciales, en auge dada la prioridad por la situación de emergencia sanitaria que acontece, gozan actualmente de prioridad. Es por ello que el principal objetivo de este trabajo fue explorar la aplicación de ACT en una paciente con topografía TLP a través de un formato online. El estudio ha consistido en un diseño pre-post y de caso único simple o AB, haciendo uso del método de muestreo de experiencias, una técnica de evaluación longitudinal en el tiempo y con gran validez ecológica. Se obtuvieron resultados significativos, indicadores de un aumento en la flexibilidad psicológica del paciente, así como en la disminución de la afectividad negativa.

Palabras clave: ACT, ESM, TLP, Online

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been the subject in recent decades and numerous studies on its effectiveness in a multitude of health problems, obtaining successful results. However, the vast majority of them have been carried out using a presence-based modalities and, consequently, non-presence-based modalities have been relegated to less empirical evidence. These non-presence-based formats, on the rise given the priority by the health emergency situation that is occurring, currently enjoy priority. That is why the main objective of this study was to explore the application of ACT in a patient with BPD topography through an online format. The study consisted of a pre-post design and a simple single case or AB, making use of the experience sampling method, a longitudinal evaluation technique over time and with great ecological validity. Significant results were obtained, indicators of an increase in the patient's psychological flexibility, as well as a decrease in negative affectivity.

Keywords: ACT, ESM, BPD, Online

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de la personalidad límite apareció por primera vez en el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM) en 1980, en su tercera revisión. Actualmente se encuentra definido por el DSM-5 como un trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones sociales, de la autoimagen y de los afectos, impulsividad desmedida presente en diversos contextos y la manifestación de cinco o más de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Además de los criterios citados con anterioridad, las personas con TLP suelen experimentar sentimientos de malestar con frecuencia y de larga duración debido al miedo por ser rechazado, presentan sentimientos auto-destructivos, de ausencia de la identidad o de victimización o una ambivalencia que les lleva a pasar rápidamente del aprecio al rechazo (Corchero, Balés, Oliva y Puig, 2012).

La prevalencia de dicho trastorno en la población general es entre 1,4 a un 5,9% y en población clínica psiquiátrica de un 11 a un 20% y conforman un 50% de la población ingresada

por trastorno de la personalidad (Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler, 2007; Grant et al., 2008). Dicho trastorno puede aparecer tanto en la niñez, como en la adolescencia o en el inicio de la adultez, teniendo un peor pronóstico a medida que más precoz ha sido su aparición. Por otro lado, el tratamiento psicológico se antoja especialmente largo, implicando años.

El trastorno de personalidad límite ha sido un constructo especialmente sujeto a discusión, puesto que presenta grandes diferencias entre pacientes y a lo largo de la historia de cada uno de ellos (Cochero et al. 2012). Ello puede ser consecuencia de la naturaleza misma del modelo médico de las enfermedades mentales, basado en las topografías de las conductas. Con tal de resolver ésta y otras cuestiones, se ha promocionado una transición hacia la psicología basada en procesos (Hofmann y Hayes, 2018), la cual presume de un interés creciente, en gran parte debido a que la evidencia empírica sugiere que puede ser clínicamente más útil y eficaz (A-Tjak et al., 2015; Feliu-Soler et al., 2018). Otra cuestión que permite resolver o que facilita una visión más funcional de los trastornos, es el mejor ajuste de los tratamientos. En este trabajo se ha decidido conceptualizar el TLP desde un punto de vista contextualista funcional o conductista radical, en específico, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), perteneciente a las terapias de tercera generación o tercera ola (Biglan y Hayes, 1996), caracterizada ésta, por ser una perspectiva especialmente sensible al contexto y a las funciones psicológicas de los eventos y no solo a la topografía.

Terapia de Aceptación y Compromiso

ACT es una de las terapias más conocidas de la anteriormente mencionada “tercera ola” y cuenta con unos principios filosóficos y teóricos claros, así como con un modelo psicopatológico diferente. Recoge los principios del aprendizaje de las terapias del conductismo radical, no siendo simplemente una reformulación de éste, sino que además, se basa en una teoría psicológica que tiene como objeto el lenguaje y la cognición, denominada la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

La TMR entiende el lenguaje como un comportamiento relacional, que mediante una compleja historia de aprendizaje con múltiples ejemplos, se establece como una operante generalizada en el individuo y permite establecer relaciones arbitrarias entre estímulos, sin necesidad de experiencia directa, determinando sus funciones de acuerdo a las relaciones establecidas (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006). Así mismo, como corriente

contextual, asigna el rol de variable independiente a los factores contextuales, los contextos socioverbales entre ellos (Hayes 1987), en vez de otorgarle dicha naturaleza de causa al contenido de las cogniciones, emociones, recuerdos o sensaciones (en adelante eventos privados).

Con el fin de clarificar todo lo anterior y a modo de ejemplo, desde ACT podría entenderse que el malestar provocado por una sensación de desconfianza está sujeto tanto a un acervo filogenético (que otorgue aversividad al miedo), a una historia de vida donde ha estado presente la traición, así como al establecimiento de diferentes relaciones verbales entre dicha sensación y otros estímulos o contextos socioverbales, como considerar que las emociones son un reflejo exacto de aquello que sucede fuera de uno (p. ej., considerar que el sentimiento de desconfianza anuncia una traición inminente), o que al ser causa de la conducta, deben de modificarse para cambiar el comportamiento (p.ej., considerar que no se relaciona con los demás porque tiene miedo).

Se establece así funciones operantes dirigidas al control de los eventos privados. Es entonces posible entender que una terapia centrada en el control de los contenidos de los eventos privados puede conllevar que factores etiológicos o de mantenimiento del problema se oscurezcan (Carrascoso, 1999). Como solución a ello, ACT se ocupa de alterar las funciones de dichos eventos modificando los contextos verbales problemáticos (Luciano, et al., 2006), consiguiendo por medio de seis componentes o procesos la identificación de las estrategias de control de los eventos privados, la disminución de la credibilidad de éstos y la orientación de la atención a las conductas orientadas a valor, creando así un patrón comportamental flexible y eficaz, de acuerdo con Bach y Hayes (2002).

Estos seis componentes o procesos conforman un modelo psicopatológico y de salud psicológica denominado “Hexaflex” (Figura 1) desarrollado por Wilson (2007) que se exponen a continuación y a través de los cuales, ACT cultiva la flexibilidad psicológica.

1. El Contacto con el Momento Presente versa sobre la capacidad de la persona para contactar y enfocarse en el aquí y el ahora, sin embargo, la prevalencia del proceso contrario implica el predominio de pensamientos sobre el pasado y el futuro, tanto temidos como idealizados.

2. La Defusión Cognitiva representa una forma de relacionarse con los eventos privados de tal manera que estos ya no gozan de la credibilidad de la que presenta el hecho al que

representan, pudiéndose independizar los eventos privados de la conducta, en oposición a la Fusión Cognitiva, la cual consiste en actuar desde la literalidad del contenido de los eventos privados e implica estar bajo el control de las funciones adquiridas a lo largo de su vida de esos pensamientos, emociones o recuerdos (Luciano, 2016); como pudo decir Alfred Kozybski: la palabra perro no muerde (como se citó en Holl, 2007).

3. La Aceptación implica una actitud abierta y dispuesta a experimentar aquello que sucede dentro de nosotros a pesar de que sea doloroso o desagradable y entender que atravesar el sufrimiento es parte del proceso del dirigirse hacia lo valioso, en vez de comportarse hacia la evitación de la experiencia interna y privada, como puede ocurrir en las conductas auto-lesivas, en tanto que pueden presentarse como medio para el control de la culpa o la incertidumbre entre otros. El opuesto de la Aceptación es denominado Evitación Experiencial.

4. El Yo Contexto refiere a un sentido de la identidad en el que la persona se identifica con un punto espacial, una perspectiva desde la cual observa y experiencia el mundo en vez de identificarse con el contenido de sus pensamientos, emociones o recuerdos (Yo Contenido), restringiéndose el abanico de acciones.

5. Valores son aquellos elementos reforzantes o principios rectores que aportan significado a las acciones y orientan la vida del paciente (p.ej. ser amoroso con uno mismo, ser un amigo fiel).

6. La Acción Comprometida refiere a un rol activo en la consecución de lo importante en la vida del paciente, al establecimiento de metas en coordinación de los valores clarificados y su ejecución.

Desde esta perspectiva puede concebirse que el paciente con TLP no acepte ciertos eventos privados (p.ej., el sentimiento de desconfianza o culpabilidad), evitándolos experiencialmente (p.ej., mediante el uso de drogas o las autolesiones), enfocándose en los pensamientos referentes al pasado o al futuro (p.ej., pensamientos sobre lo que hizo, le hicieron o lo que teme que ocurra). Todo ello es facilitado todo ello por los altos niveles de Fusión Cognitiva, siendo gobernado su comportamiento por los contenidos de esos eventos privados (p.ej., concebir el sentimiento de seguridad como aquello a lo que refiere y no como un sentimiento, exponiéndose por completo o concebir ciertos pensamientos suspicaces como el reflejo mismo de la mala intención del otro). A su vez, el paciente puede estar restringiendo ciertas conductas al encontrarse sujeto a una concepción identitaria limitante (Yo Contenido), o intentando

compensar con su comportamiento ciertas características desagradables que se encontrasen en relación de equivalencia con su identidad (p.ej., no puedo exponerme porque soy muy desconfiada, soy frágil y por lo tanto debo de hacer todo lo posible para protegerme). De igual manera, puede estar privándose de actuar hacia valor, es decir, hacia aquello que le importa si es que sus valores no se encuentran clarificados (p.ej., no tener presente el valor que puede tener para uno ser un buen amigo una buena pareja) o si no se compromete con ellos (p.ej., no llevar a cabo acciones que se dirijan a lo que entienda el paciente que es ser un buen amigo).

Para lograr la flexibilidad psicológica en los pacientes, ACT hace uso de herramientas desarrolladas en el núcleo terapéutico en cuestión como ejercicios experienciales, metáforas o paradojas. De igual manera se permite el uso de otros instrumentos dado su eclecticismo técnico, siempre y cuando se encuentren acordes al propósito de aumentar la flexibilidad respecto a los eventos privados problemáticos.

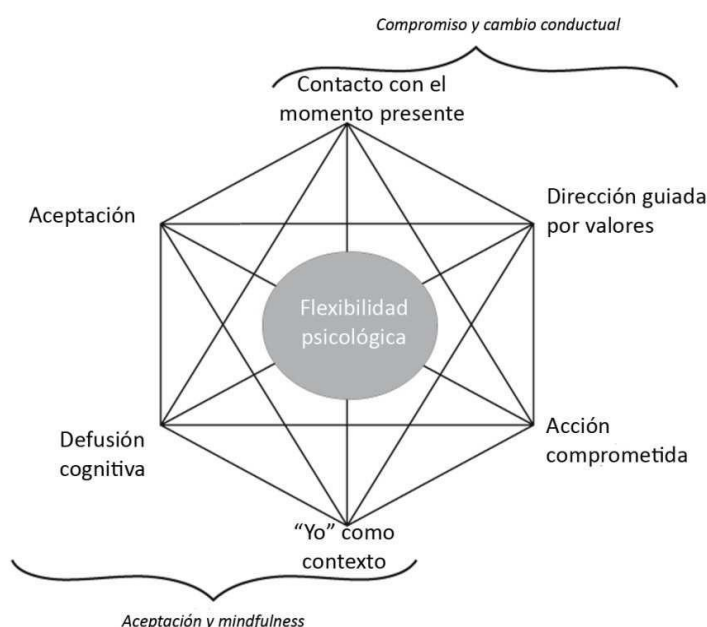


Figura 1. Modelo "Hexaflex". Los seis procesos centrales a los que ACT se dirige para desarrollar la flexibilidad psicológica.

La eficacia de ACT en su modalidad presencial, ha sido demostrada en diversos estudios, tal y como describe Ruiz (2010), en un extenso abanico de problemas en los que se incluye el dolor crónico, el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno obsesivo-compulsivo. Así mismo,

la revisión sistemática y los meta-análisis realizado por Ost (2014) y A-Tjak y et al., (2015) concluyen con la eficacia de ACT en los problemas psicológicos anteriormente mencionados y frente a la depresión, a los síntomas psicóticos, el estrés laboral, las somatizaciones o al abuso de sustancias entre otros, encontrándose acorde estos resultados con los obtenidos en los estudios realizados por Hayes (2004, 2006).

Más actual es el metaanálisis desarrollado por Gloster, Walder, Levin, Twohig y Karekla (2020), en el que se sugiere, por medio de la evidencia recogida a través de 20 metaanálisis, 133 estudios y 12.477 participantes, la efectividad de ACT en una amplia gama de objetos de intervención ya mencionados. Siendo ACT más eficaz que las condiciones controles inactivas (p.ej., listas de espera o placebo), que el tratamiento habitual o que las condiciones de intervención más activas, excluyendo la Terapia Cognitivo Conductual.

Más específicamente, en el trabajo realizado por Reyes-Ortega et al., (2020) la eficacia de ACT se equipara a la obtenida mediante la Terapia Dialectico Conductual, tratamiento de elección y con una gran aval empírico, para los casos de TLP (Kröger y Kosfelder., 2010). Reyes-Ortega et al., (2020) encuentra una relación especialmente estrecha entre la reducción de la Evitación Experiencial y el desarrollo en las habilidades de atención plena con la reducción de la gravedad de los síntomas.

En definitiva, la efectividad de ACT es mayor que en las condiciones controles o que el placebo, pero aún está por determinar si es más efectiva que otras terapias debido al insuficiente, aunque incipiente, número de investigaciones (Ost, 2014. A-Tjak et al., 2015).

Sin embargo, la evidencia existente sobre la aplicación de esta terapia en modalidades no presenciales (p.ej., videoconferencia u online, vía telefónica, apps) es significativamente menor. Ello contrasta con la situación que ha impuesto la pandemia, a nivel mundial, de distancia y aislamiento social, lo que conlleva ciertas dificultades o, en ocasiones, la imposibilidad de realizar presencialmente la terapia. Como respuesta a la situación pandémica, una gran mayoría de terapeutas se han preparado para transitar hacia la terapia on-line junto a sus pacientes, encontrando en el camino una multitud de desafíos referentes a la interacción terapéutica, al entorno del paciente a la hora de llevar a cabo las sesiones o a los problemas técnicos de las plataformas utilizadas (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020). Ante el imperante florecimiento de esta modalidad terapéutica, han brotado nuevos estudios con objeto de

esclarecer sus características y es esperable que en los próximos meses se desarrollen y se publiquen más investigaciones al respecto.

La eficacia de ACT en su modalidad a distancia ha sido demostrada por diversos estudios, tanto en intervenciones breves como en largas, en problemas como los son el burnout (Barrett, 2020), la fibromialgia, otros problemas de dolor crónico (Scott, Chilcot, Guildford, Daly-Eichenhardt, y McCracken, 2018; Simister et al., 2018) o en depresión (Sierra, Ruiz y Flórez, 2018), sugiriendo la legitimidad de esta modalidad no presencial al conseguir tamaños del efecto entre medios y altos, equiparables a los obtenidos mediante la modalidad presencial (Sard-Peck, Martín-Asuero, Oller, Calvo y Santesteban-Echarri., 2019). Las modalidades no presenciales presentan también otras ventajas, ya que hacen más accesible y rentable la asistencia psicológica, pudiendo ayudar a la mejora de la salud mental y de la calidad de vida a niveles globales.

Método de muestreo de experiencias

Tanto en los estudios de ACT en formato presencial como en formato no presencial, tradicionalmente, la flexibilidad-inflexibilidad psicológica se ha evaluado a través de cuestionarios como el Cuestionario de Aceptación y Acción II (*Acceptance and Action Questionnaire II*, *AAQ II*; Bond et al., 2011), imperando los diseños Pre-post.

Actualmente, el método de muestreo de experiencias o *Experience Sampling Method* (ESM), también denominado como evaluación ecológica momentánea, puede contemplarse como una buena alternativa a ello o simplemente como un elemento complementario. El ESM consiste como técnica en la administración diaria de autoinformes estructurados (Oorschot, Kwapil, Delespaul y Myin-Germeys, 2009) y aleatorizados en el tiempo, mediante los cuales pueden evaluarse estados de ánimo, cogniciones, acciones o contexto (Udachina, Varese, Myin-Germeys, y Bentall, 2014).

El ESM tiene su raíz en el estudio ecológico de la psicología, siendo en el mismo contexto donde se ejecuta la conducta en el que ésta es evaluada (Myin-Germeys et al., 2018). Esta evaluación se expande a lo largo de días, consiguiendo así recabar una gran cantidad de información, accediendo a la variabilidad diaria de aquello que se haya determinado como objeto de evaluación o a sus patrones de asociación. Otras de las ventajas que se le atribuye al ESM son la ausencia de sesgos retrospectivos y el aumento del empoderamiento del paciente,

en tanto que se identifica a la persona como el experto en sus experiencias. Estas características y ventajas convierten al ESM en un elemento indispensable en la metodología de la investigación clínica (Myin-Germeys et al., 2018), siendo cada vez más fácil su aplicación gracias a los avances tecnológicos en los diferentes dispositivos y en sus correspondientes aplicaciones.

Esta técnica, relativamente novedosa, ya ha sido utilizada en algunos estudios junto con ACT; a modo de reseña Udachina et al., (2014) hizo uso del ESM para evaluar en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, de trastorno esquizoafectivo y de trastorno delirante las siguientes variables: la intensidad de la paranoia, el estado de ánimo negativo, el autoestima, la Evitación Experiencial y el estrés relacionado con la actividad, mediante la utilización de relojes de muñeca digitales con alarmas aleatorizadas para la administración del autoinforme; otro ejemplo en su aplicación, es el trabajo desarrollado por Reininghaus et al. (2019), que haciendo uso de una App para teléfonos móviles evaluó la existencia de factores estresantes menores, el afecto negativo, o la flexibilidad psicológica entre otros factores en pacientes con un alto riesgo de sufrir sintomatología psicótica o que ya habían sufrido su primer episodio.

Es necesario añadir a todo lo anterior que, desde la perspectiva de ACT, el ESM no solo representa un método ecológicamente válido de medición, sino que facilita el proceso de atención plena y consciente del momento presente, tomando conciencia de la experiencia y de su relación con el contexto (Batink et al., 2016). En resumen, el ESM proporciona como herramienta la posibilidad de obtener medidas repetidas y aleatorizadas repartidas longitudinalmente en el tiempo, con una gran validez ecológica y permitiendo, por ejemplo, la implementación de diseños de caso único.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Objetivos

La intervención propuesta en el presente estudio persigue el siguiente objetivo:

Mejorar la flexibilidad psicológica mediante la promoción saludable de los 6 procesos que componen el hexaflex.

Hipótesis

En el presente estudio se plantea las siguientes hipótesis de acuerdo al objetivo mencionado:

Hipótesis 1: La intervención mejorará la flexibilidad psicológica medida mediante el AAQ-II.

Hipótesis 2: La intervención disminuirá las acciones dirigidas al control de los eventos privados y aumentará la Aceptación, evaluado a través del ESM.

Hipótesis 3: La intervención aumentará los niveles de Defusión Cognitiva medida a través del Cuestionario de Fusión Cognitiva (*Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ*; Gillanders et al., 2014).

Hipótesis 4: La intervención mejorará la habilidad para la atención plena y consciente del momento presente, haciendo uso de la Escala de Atención Plena y Consciente (*Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS*; Brown y Ryan, 2003) para su correspondiente evaluación.

Hipótesis 5: La intervención mejorará los procesos de Defusión, de Aceptación y de contacto ante la experiencia desde el Yo Contexto frente a las autoevaluaciones negativas, evaluándose desde la Escala de autocompasión (*Self-Compassion Scale, SCS*; Neff, 2003).

Hipótesis 6: La intervención disminuirá la afectividad negativa medida mediante el Inventario Breve de síntomas (*The Bried Sympton Inventory, BSI*; Derogatis y Melisarantos, 1983) y el ESM.

METODOLOGÍA

Diseño

El estudio se diseñó conforme a una metodología de caso único de fase simple o AB y de Pre-post (figura 2) y requirió un total de 10 sesiones; se configuró una evaluación exhaustiva que ocupó las 4 primeras sesiones, 5 de tratamiento y 1 de seguimiento.

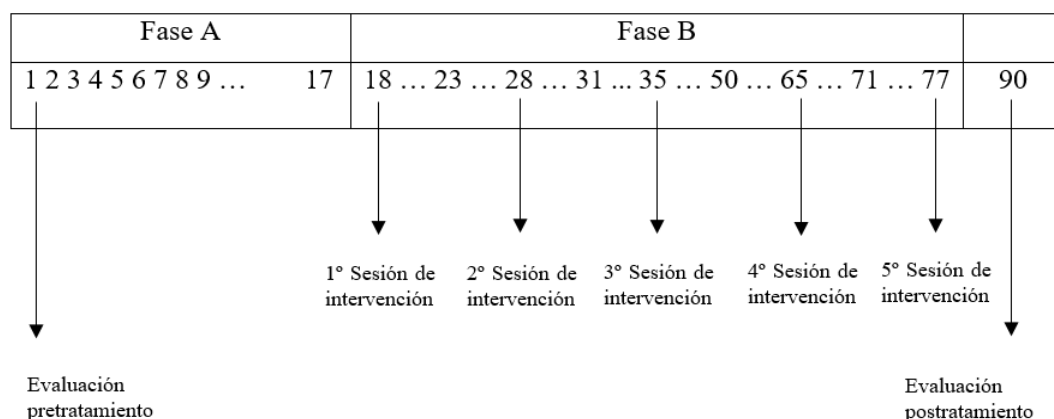


Figura 2. Esquema temporal de la evaluación y de la intervención.

La variable independiente introducida fue el tratamiento en ACT y las variables dependientes evaluadas son aquellas que se consideran a continuación:

1. La flexibilidad psicológica medida mediante el AAQ-II.
2. La frecuencia de las acciones dirigidas al control de los eventos privados y la Aceptación evaluadas a través del ESM.
3. La Defusión Cognitiva medida a través del CFQ.
4. La atención plena y consciente del momento presente midiéndola a través del MAAS.
5. La Defusión, Aceptación y el contacto ante la experiencia desde el Yo Contexto frente a las autoevaluaciones negativas, evaluándose desde el SCS.
6. La intensidad y frecuencia de la afectividad negativa medida mediante el BSI y el ESM.

Se tomaron medidas pretratamiento de los instrumentos AAQ-II, CFQ, MAAS, SCS y BSI, coincidiendo éstas con la sesión 1 y 2 de evaluación. Las medidas postratamiento se realizaron 10 días después de la finalización de la fase B. Desde la 4ª sesión de evaluación hasta 13 días después de finalizar la fase B, se administró diariamente el modelo de ESM.

Instrumentos y medidas de evaluación

La evaluación de los datos se ha llevado a cabo mediante los siguientes instrumentos:

Inventario Breve de síntomas (The Bried Sympton Inventory, BSI; Derogatis y Melisarantos, 1983. Adaptación española Derogatis. 2001) consiste en un inventario autoaplicado. Consta de

53 ítems con una escala tipo Likert que varía desde 1 (No me he sentido nada molesto por ese problema durante los últimos 7 días) a 4 (Mucho), agrupados en 9 dimensiones (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices generales (Severidad Global, Índice de malestar por síntomas positivos e Índice total de síntomas positivos). Posee una consistencia interna de .70 a .91 y una fiabilidad test-retest de .72 a .86 (Ruipérez, Ibáñez, Lorente-Rovira, Moro, y Ortet-Fabregat, 2001),

Cuestionario de Aceptación y Acción II (Acceptance and Action Questionnaire II, AAQ II; Bond et al., 2011. Adaptación española Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013), consiste en un cuestionario diseñado para la evaluación de la Flexibilidad-Inflexibilidad Psicológica. Consta de 7 ítems con una escala tipo Likert que varía de 1 (nunca cierto) a 7 (siempre cierto). Las puntuaciones totales pueden situarse entre los valores 7 y 49, indicando una mayor puntuación de unos niveles menores de Flexibilidad Psicológica. La media para población general se sitúa en los 21 puntos y las puntuaciones para la población clínica superan los 29. Posee una consistencia interna de .75 a .93.

Cuestionario de Fusión Cognitiva (Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ; Gillanders et al., 2014. Adaptación española Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández, 2014), consiste en un cuestionario diseñado para la medida de la Fusión Cognitiva. Consta de 7 ítems con una escala tipo Likert que varía de 1 (nunca) a 7 (siempre). A mayor puntuación, mayores son los niveles de Fusión Cognitiva. Presenta una fiabilidad de .87 y .93 en función de las muestras.

Escala de Atención Plena y Consciente (Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS; Brown y Ryan, 2003. Adaptación española Soler et al., 2012), consiste en un instrumento unifactorial que valora la capacidad de estar atento y consciente de la experiencia presente de la vida cotidiana. La conforma 15 ítems con una escala tipo Likert que varía de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). Una mayor puntuación indica una mayor habilidad para atención de manera plena y consciente. La media para las puntuaciones de la muestra no clínica se sitúa en torno a los 65 puntos. Presenta una consistencia interna y una fiabilidad de .89.

Escala de autocompasión (Self-Compassion Scale, SCS; Neff, 2003, Adaptación española García-Campayo et al., 2014), consiste en una escala que evalúa como el paciente actúa hacia sí mismo en momentos difíciles. Consta de 26 ítems con una escala tipo Likert que varía entre

1 (casi nunca) y 5 (casi siempre), agrupados en 6 sub-escalas: autoamabilidad, humanidad común y sus contrarios: auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación. Las puntuaciones finales varían entre 6 y 30 puntos, indicándose a mayor valor en la puntuación una mayor autocompasión. La media en las puntuaciones para la muestra no clínica es de 65 puntos. Presenta una consistencia interna de .87 y una fiabilidad test-retest de .89.

La *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV* (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II*; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997, Adaptación española First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999) fue administrada coincidiendo con la cuarta sesión. Consiste en una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de los 12 trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Contiene preguntas de respuestas abiertas, cerradas y si/no y cada criterio es puntuado con: 1 (ausente o falsa), 2 (subclínico), 3 (presente o verdadero) o ¿ (información inadecuada o insuficiente). Finalmente, se cumplimenta una Hoja de Resumen de Puntuaciones, desde la cual poder observar los criterios puntuados positivamente y junto al juicio clínico, señalar un diagnóstico principal si lo hubiere.

Respecto al ESM, ha consistido en la administración diaria y aleatoria del siguiente modelo de autoinforme, por medio de una aplicación de mensajería instantánea; Modelo diseñado a partir del argot que más se adecuaba a la propia paciente.

En este momento:

1. ¿Cuánto malestar sientes? (0-10).
2. ¿Estás teniendo algún evento privado desagradable? (0-10).
3. ¿Estás intentando controlarlo? ¿Con qué intensidad? (0-10) ¿Cómo?
 - A. Buscándole explicación.
 - B. Contraargumentándolo.
 - C. Distrayéndote.

Como se puede observar, el presente modelo consta de 3 ítems con una escala de tipo Likert, siendo 0 la ausencia de malestar, de eventos privados desagradables o de acciones dirigidas al control de éstas, e indicando una puntuación de 10 unos niveles máximos en la intensidad del malestar, de aversividad en los eventos privados experimentados en el momento de la realización del autoinforme o de los comportamientos dirigidos al control. Si la puntuación obtenida en el tercer ítem era diferente a 0, debía de especificar la topografía que presentaba su

comportamiento dirigido al control de los eventos privados (A, B o C), pudiendo explicitar la paciente alguna otra topografía si así la identificaba. Se ha optado por denominar a las variables que han sido evaluadas mediante el modelo expuesto como: Malestar General, Aversividad del Evento Privado, Intensidad en la Evitación del Evento Privado y Topografía de los Comportamientos de Evitación Experiencial.

Paciente

La paciente I.Q. es una adolescente de 18 años que acababa de ingresar a la universidad. Cursa una carrera mientras convive con su madre, uno de sus tres hermanos y la pareja de su madre. El motivo de consulta por el cual asiste a terapia, animada por su pareja, se centra en el malestar y las conductas autolíticas.

I.Q. informa que nunca ha tenido muchos amigos y que siempre ha estado muy comprometida con sus estudios. Su niñez transcurre en un pueblo de Jaén. Mientras cursaba el segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria, conoce y establece una relación de amistad con Apolo, amigo de su primo. Con el transcurso del tiempo I.Q. acaba integrándose en su grupo de amigos.

Un año más tarde, Apolo hace por tener un noviazgo con la paciente, y ella muestra su negativa. Ante tal situación, comienza a acosarla y a amenazarla, siendo fruto de este hostigamiento la difusión de una foto de la paciente, evocadora de rechazo y vergüenza en ella, a través de programas de mensajería instantánea. En otro episodio relatado con posterioridad al anterior, I.Q. se ve sometida a través de una serie de engaños a una situación pergeñada por Apolo y sus amigos, quedándose a solas junto a él y temiendo sufrir algún tipo de abuso sexual por lo decidió escapar. Ante lo acontecido I.Q. se culpaba, «*me debería haber dado cuenta de lo que estaba por ocurrir*» o «*debí de comportarme de otra manera con él para que no se confundiera*» son alguna de las verbalizaciones que emite al respecto. Es precisamente con esta actitud de autoexigencia y auto-inculpadora con la que asiste a terapia.

Después de las relatadas experiencias, I.Q. comenzó a tener pensamientos tipo «*van a querer aprovecharse de mi*», «*van a hacerme daño*» cuando existía la posibilidad de conocer o de afianzar una relación de amistad, ejecutando comportamientos dirigidos a distanciarse de la gente. En el curso escolar siguiente en presencia de la culpa, del sentimiento de incontrolabilidad que sentía dada la situación por la que estaba pasando y de reglas verbales

que podríamos denominar como de castigo redentor como son: *«Castigarme es lo que me merezco por haberme comportado mal»*, *«Si me castigo siento que he pagado lo que debía »* o *«Pienso que haciéndolo consigo que no me venga nada malo en el futuro relacionado con esto»*, I.Q. lleva a cabo su primera conducta autolesiva haciendo uso de una cuchilla de afeitar, referenciando el alivio y la satisfacción inmediata y la vergüenza, así como el desprecio que posteriormente siente cuando presencia las cicatrices.

Un año más tarde, en 4º de la E.S.O., fallece su abuela, alguien especialmente importante para ella. Tras este acontecimiento, la paciente refiere un estado de ánimo deprimido, así como un sentimiento de culpa que emerge por haber dedicado mayor cantidad de tiempo a los estudios en detrimento de la compañía de su abuela. I.Q. se aísla socialmente por temor a exponerse y se suceden episodios en los que vuelve a herirse deliberadamente bajo el contexto de culpa. Este mismo año acontece la separación de sus progenitores, evento que no refiere como problemático y se muda a Jaén capital junto a su madre y su hermano menor.

En 2º de Bachillerato conoce a su actual pareja y tras la selectividad, ingresa en la Universidad. En el primer cuatrimestre de la carrera se aleja de dos compañeros con los que tenía expectativas de amistad entre otras cosas porque, según relata, le exigían mucho salir, privándole así de horas de estudio. Ante esta decisión, se siente especialmente triste y piensa que se han estado aprovechando de ella debido a que durante todo ese tiempo ha estado ayudándoles con trabajos de clase. Sin embargo, según refiere, ellos no la han respetado en sus prioridades con las constantes invitaciones a salir, a lo que le vuelve a suceder las conductas autolíticas.

Llegado febrero y acabado el primer periodo de exámenes, suspende una asignatura y sus notas bajan con respecto a las obtenidas en bachiller. I.Q. se siente decepcionada para consigo misma y es motivo de culpa así como de una sensación de incontrolabilidad que, sustentada por concebir el castigo como un elemento redentor, refuerza las conductas autopunitivas; privándose del disfrute y profiriéndose insultos y descalificaciones *«Yo solo valía para estudiar y ahora siento que ni para eso»*.

I.Q. refiere tener altibajos de ánimo con una duración de aproximadamente semanas, quedándose hasta mediodía encamada cuando se encuentra especialmente triste mientras intenta buscar explicaciones y motivos a aquello que le ocurre, *«Si entiendo el por qué, podré cambiar lo que me ocurre»* verbaliza, dedicando gran parte de su tiempo a ello. También

confiesa la aparición de pesadillas que dificultan su descanso, de las que se levanta en ocasiones con sudores y a las que dedica gran parte del día a buscarles explicación y conseguir de esta manera, que no vuelvan a aparecer.

En lo relativo a las relaciones sociales se comporta de una manera suspicaz, tal y como se ha referido anteriormente. No expresa aquello que le ocurre a su pareja o a su madre, con quienes posee las relaciones más cercanas. Gran parte de su comportamiento va dirigido a controlar las decisiones de los demás, tal y como relata, contentando a quienes aprecia con el objetivo de que no se alejen de ella, lo cual, si ocurre, tiene un significado doloroso y es sinónimo de abandono para I.Q.

La paciente relata explosiones de ira presentes durante las discusiones con familiares, y continuando éstas en su cuarto una vez que se encuentra sin nadie presente, llegando a romper mobiliario y haciéndose daño en el proceso.

En junio del presente año, su madre sufre un infarto cerebral, creándole nuevas responsabilidades que experiencia como un imperativo moral, y un gran miedo a las potenciales secuelas, el cual fue disminuyendo a la par que observaba mejorías.

Análisis funcional y topográfico del caso

Tras analizar lo aportado por el paciente, lo observado en terapia y a la luz del análisis funcional realizado, el problema del paciente podría definirse como un problema de inflexibilidad psicológica. Cómo podemos leer anteriormente, tanto los eventos privados de culpabilidad, de incertidumbre, de ira o de desconfianza eran evocados por eventos en el medio acordes a su historia de vida, y ante esas experiencias privadas, la paciente dirigía su comportamiento hacia el control de ellas: ante la mínima suspicacia, no se relacionaba; ante la ira, la paciente golpeaba los objetos; o ante la culpa y la sensación de incertidumbre, se castigaba o buscaba las razones o los motivos. I.Q. conseguía con todas estas respuestas evitar o disminuir inmediatamente dichos eventos privados. Estas y otras respuestas eran controladas a su vez por reglas verbales de tipo *tracking* (p.ej. «Castigándome preveré eventos malos que puedan ocurrir en el futuro», «Si encuentro el origen de las cosas, podré cambiar aquello que siento y entonces podré cambiar cómo me comporto») o *pliance* (p.ej. «Si doy todo lo que quieren los demás, entonces no me abandonarán»). La paciente se relacionaba desde la Fusión Cognitiva con dichas cogniciones y pesadillas; se alejaba de las contingencias presentes, en el

sentido de que permanecía en aquellos pensamientos o sentimientos desagradables acorde a su historia de vida, dedicando en numerosas situaciones gran parte de su esfuerzo a intentar predecir y resolver dificultades; no permitiéndose sostener la sensación de inseguridad o incertidumbre ante lo incontrolable.

Es también que I.Q. se relacionaba con las autoevaluaciones negativas desde la Fusión, la Evitación Experiencial y la perspectiva del Yo Contenido, dirigiendo comportamientos punitivos o de exigencia hacia sí misma (p.ej., «*Soy un desastre y una irresponsable y por ello merezco los castigos*», «*Tengo que poderlo todo para merecerme lo bueno*»), agotándose en el proceso.

Como puede observarse, el comportamiento de la paciente, responde a un patrón de reforzamiento negativo en la medida que está al servicio de la disminución a corto plazo de la intensidad, la frecuencia o la duración de los eventos privados desagradables, y paradójicamente, logrando una mayor presencia de ellos en el medio y largo plazo (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996). Contingentemente, el comportamiento de la paciente, responde a un patrón de reforzamiento positivo en la medida que actúa en función de lo que considera correcto o útil.

Algunas consecuencias a largo plazo son: el aislamiento social; una mayor suspicacia o más sentimientos de culpabilidad, que desembocan en un mayor esfuerzo por parte del paciente con el fin de controlarlos; una mayor sensibilidad ante señales evocadoras de desconfianza; una mayor frecuencia de los autocastigos; un mayor tiempo dedicado a buscar explicaciones de aquello que le sucede; y un incremento de las cicatrices corporales evocadoras de vergüenza. Obstaculizándose así la consecución de lo que realmente vive como importante: el establecimiento de relaciones personales significativas, el ser una buena estudiante o tratarse a sí misma con compasión. En definitiva, relegando de su vida el actuar hacia valor.

Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo en un total de 10 sesiones con una duración aproximada de una hora cada una. En las primeras cuatro sesiones se configuró la historia de vida del paciente y se administraron los instrumentos de evaluación de la fase pretratamiento o fase A: AAQ-II, CFQ, MAAS, SCS, BSI, SCID-II y el modelo EMS. De igual forma se recopiló información para poder desarrollar el posterior análisis funcional.

La intervención tuvo una duración de 5 sesiones y consistió en la aplicación flexible de ACT. Una vez transcurrido 10 días tras la finalización de la fase B, se le proporcionó al paciente los instrumentos correspondientes para la evaluación postratamiento. A continuación, se describe y se transcribe algunos objetivos, componentes, técnicas y diálogos presentes en cada una de las sesiones (tabla 1), que pueden ser esclarecedores del ejercicio practicado. Para una descripción más detallada de los ejercicios y metáforas se recomienda la lectura de Wilson y Luciano (2002) y Vargas (2017).

Sesiones de Evaluación

En la 1ª sesión se le proporciona información sobre las funciones que cumple el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, un servicio de atención psicológica que responde a las demandas que se plantean en la comunidad universitaria a través de tres líneas de trabajo: 1) ofrecer asistencia psicológica, especialmente sanitaria; 2) promover la formación de estudiantes y profesionales en las habilidades básicas para el ejercicio de la psicología; y, 3) favorecer la investigación en el ámbito de la psicología aplicada, habiéndose elegido su caso para el desarrollo de una investigación la cual acabaría formalizándose como un Trabajo Fin de Máster de Psicología General Sanitaria.

Así mismo, se le informa sobre el tratamiento de sus datos conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales 3/2018, también se le facilita el consentimiento informado (anexo 1) para su correspondiente cumplimentación y firma.

En esta primera sesión se le proporciona información sobre cómo va a estructurarse las sesiones, dedicándose las primeras de ellas a la evaluación, seguida de las sesiones de intervención, finalizando con una sesión de seguimiento. Se comienza a elaborar la historia clínica de la paciente a través de una entrevista clínica, se procede a la anotación de ciertas topografías y funciones en sus comportamientos observados en sesión que, posteriormente, servirán para el desarrollo del modelo ESM y el análisis funcional. Finalmente, se le provee de los instrumentos AAQ-II, CFQ y MAAS para su administración.

En la 2ª Sesión se continúa desarrollando la historia de vida de la paciente y su situación de vida actual. Se profundiza en el motivo de consulta y se le provee de los instrumentos SCS y

BSI. Otros objetivos de esta sesión es el cultivar la relación terapéutica y reforzar el compromiso de la paciente con la adherencia a la asistencia.

En la 3ª Sesión se continúa explorando su situación actual y se formula la pregunta milagro, a través de la cual I.Q. expone qué cambiaría en su vida si un milagro ocurriese en sesión y qué cosas haría entonces diferentes a las que hoy día hace. También se explora algunos ítems que presentaban una puntuación máxima en el instrumento BSI.

La 4ª Sesión se dedica a la administración de la SCID-II para el TLP, llevando a cabo un diagnóstico diferencial con el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad. Por último, se acaba desarrollando conjuntamente el modelo de autoinforme para el ESM, proporcionándose las instrucciones pertinentes y aclarándose las dudas respecto a su administración.

Sesiones de Intervención

En la 1ª Sesión el objetivo principal perseguido fue incrementar los niveles de Aceptación: interrumpiendo la tendencia de la paciente a evitar ciertos eventos privados, contactando con las consecuencias a corto y largo plazo obtenidas a través de su historia de vida. Para ello se usó el análisis funcional tanto referente a conductas pasadas como en vivo, llevando a cabo un moldeamiento:

Terapeuta: *«Ahora que estás hablando de la angustia y la ira que te viene cuando discutes ¿Cómo te encuentras? ¿Qué sientes?»*

Paciente: *«Siento algo de angustia, es como que no puedo, como si me sintiera encarcelada. Pasa que cuando estudio [...]».*

Terapeuta: *«Tengo la sensación que ahora mismo estás distrayéndote (haciendo uso de un término propuesto por ella) de ti misma, que de alguna manera cuando me has comenzado a hablar de cuando estudias te has escapado de la emoción».*

Paciente: *«Sí... -suspira a modo de lamento-».*

Terapeuta: *«Está bien. ¿Crees que se parece esto a algo que puedas hacer fuera de sesión?».*

Paciente: *«A golpear las cosas, sí, ahí me alivio de la angustia, desaparece y me quedo tranquila».*

Terapeuta: *«¿Te importaría que volviésemos a la emoción por momentos? ¿En el cuerpo la sientes de alguna manera?».*

Paciente: *«En el pecho presión y en la garganta como un nudo, como si me estuviera ahogando, como que no puedo».*

Terapeuta: *«Eso es. Te viene el pensamiento de “no puedo” ¿Qué más, <Nombre>?».*

Paciente: *«Ganas de llorar... -se le humedecen los ojos-».*

Terapeuta: *«Parece que ahora te estás permitiendo sostener el sentimiento...».*

En esta sesión, la paciente expresa que no se permite mostrar sus debilidades en tanto que ella debe ser fuerte, además de otras exigencias hacia su persona orientadas al perfeccionismo y la omnipotencia, administrándose recompensas si lo consigue, como permitirse tiempo de ocio y privándose de ello, o desmereciéndose si yerra. Ello se pone en relación de oposición a tratarse amorosamente y de una manera útil.

La 2ª Sesión se dedicó, en un principio, al Análisis Funcional de cómo la paciente dedicaba gran parte de su tiempo a explicar las pesadillas que sufría, agotándose en el proceso, buscando equivalencias funcionales con otros comportamientos presente en su repertorio.

Del mismo modo, los dos objetivos principales en esta sesión fueron incrementar los niveles de Defusión Cognitiva e ir adoptando una perspectiva Yo Contexto. Para lograrlo se hizo uso de un ejercicio de fisicalización, mediante el cual, una vez la paciente otorga forma, color, peso y otras características a una emoción que esté experimentando en ese momento, adquiere perspectiva y discrimina esa emoción de las contingencias que refiere o predice.

También, con el fin de proporcionar una alternativa conductual además de perseguir los objetivos mencionados con anterioridad, se implementó en esta sesión el trabajo con los sueños, ejercicio Gestáltico adaptado a ACT. Es de considerar que dicho ejercicio genere un espacio en el que la paciente se encuentre libre de algunas contingencias que dificulten la expresión de ciertos eventos privados, en tanto que su expresión puede no competir con su identidad, puesto que son dichos por entes ajenos a ella.

En primer lugar se le pidió a I.Q. que narrase el sueño en tiempo presente con todo tipo de detalles, explorando cómo se siente, qué pensamientos le vienen, qué desea hacer con lo que está ocurriendo, etc. Posteriormente, se le invitó a narrar el sueño desde la perspectiva de otros personajes u objetos que allí aparecían, tomando perspectiva de los eventos privados, incorporando elementos de Defusión y de Aceptación en el proceso.

A continuación se expone un fragmento de dicho ejercicio, una vez la paciente narraba el sueño desde un grupo de personas que estaban jugando al voleibol:

Paciente: *«Estamos jugando al vóley, nos divertimos y bueno, ahí está I.Q.».*

Terapeuta: *«¿Qué pensáis de ella?».*

Paciente: *«Que es un fracaso, que no sirve para nada».*

Terapeuta: *«¿Qué queréis que haga?».*

Paciente: *«Que se marche...».*

Terapeuta: *« Qué cosas duras dicen de I.Q.... ¿Cómo es en ti eso, <Nombre>?».*

Paciente: *«Eso mismo me lo digo yo también a mí misma ».*

Terapeuta: *«¿Verdaderamente es así como quieres tratarte el resto de tu vida?».*

Para acabar esta sesión se hizo uso de una metáfora adaptada a la paciente haciendo uso de su experiencia como jugadora de videojuegos, la cual se expone a continuación:

Terapeuta: *«Recuerdo que me dijiste que jugabas al “League Of Legends” y no sé si te ha pasado que hay partidas en el que algún compañero del equipo se cabrea y empieza a ser molesto, insulta cuando alguien falla o algo no va bien (flamer)»*

Paciente: *«Ya ves –se ríe-, Eso pasa y muy a menudo».*

Terapeuta: *«Sí que pasa, sí que hay flamers. Y cuando te ocurre eso ¿qué haces?».*

Paciente: *«Pues a veces entro en la bronca y otras sigo jugando».*

Terapeuta: *«Y cuando entras en la bronca con el otro ¿juegas igual de bien?».*

Paciente: *«Ni en broma, en realidad lo dejo como en un segundo plano, empiezo a tener más errores y estoy más enfocada en contestarle al otro».*

Terapeuta: *«¿Te imaginas intentar explicarle lo que ha ocurrido o pretender que se calle?»*

Paciente: *«Es imposible, si acaso se consigue a la mínima están de nuevo insultando –se ríe-».*

Terapeuta: *«Y cuando decides pasar de él y seguir jugando ¿Lo silencias o algo?».*

Paciente: *«No, lo dejo ahí cabreado, me molesta, pero paso».*

Terapeuta: *«¿Te enfocas en jugar bien?».*

Paciente: *«Sí, eso es».*

Terapeuta: *«¿Y si la culpa, la angustia y todo esto fueran como esos jugadores molestos y cuando te enfocas en ellos lo que ocurre es que olvidas hacerte cargo de tu vida?».*

En la 3ª Sesión se persiguieron fundamentalmente dos objetivos, la clarificación de valores y la Acción Comprometida mediante el *ejercicio ¿Qué quieres que recuerden de ti?* (Vargas, 2017, p.79). A través del cual, el paciente se imagina qué es lo que desearía oír de sus seres más queridos y significativos en su funeral, hacia donde desearía que se encaminase su vida y si, de hecho, se dirige hacia allí.

Así mismo, se hizo uso del *ejercicio de los calcetines de rombos* (Vargas, 2017, p.75). En él, se introduce el concepto de los valores como acción, en tanto que la paciente debe buscar, en primer lugar, cómo llevar a cabo acciones dirigidas hacia la importancia de los calcetines de rombos y cómo en la realización de dichas acciones, no exenta en ocasiones de dificultades, es cuando se manifiestan los valores. Se estableció, con todo ello y junto a la paciente, una dirección vital.

En esta sesión también se llevó a cabo un reforzamiento de una conducta hacia valor que tuvo en la semana que le precedía. En el proceso se trabajó también la credibilidad de ciertos Eventos Privados y se introdujo sutilmente la *metáfora de las dos caras de la moneda*. A continuación, se transcribe parte del diálogo entre el terapeuta y la paciente:

Paciente: *«Esta semana tuve que tomar una decisión que me costó, era si salir con mi novio y sus padres a comer, creyendo que iba a estar muy agobiada y atenta a todo por lo del Covid-19 o quedarme en casa haciendo cosas y tranquila».*

Terapeuta: *«Te escucho ¿Cómo fue eso <Nombre>?».*

Paciente: *«Pues en un principio estaba agobiada porque en cierta manera me debatía en un principio entre si quedarme en casa y estar tranquila pero que luego mis suegros y mi novio me lo echasen en cara, porque es un plan que teníamos ya programado de hace tiempo, o ir, pero estar angustiada y pasarlo mal».*

Terapeuta: *«Querrás decir “Y”: ir y estar angustiada».*

Paciente: *«Sí, sí».*

Terapeuta: *«Parece que de alguna manera estabas imaginándote las dos caras de cada decisión...».*

Paciente: *«Sí y espera, pues bueno, luego tomé distancia del agobio y de esos pensamientos».*

Terapeuta: *«¿Y qué decidiste?».*

Paciente: *«Pues, finalmente decidí ir».*

Terapeuta: « ¿Al servicio de qué estaba finalmente asistir a la comida <Nombre>? ».

Paciente: «Pues era lo que en verdad quería hacer, preferí buscar la comodidad en el agobio que pudiera sentir, era lo más correcto, en vez de estar tranquila y cómoda en casa».

Terapeuta: «¿Podríamos decir que estaba al servicio de ser la pareja que quieres ser?».

Paciente: «Sí, algo así».

Terapeuta: «¿Qué era lo que perseguías en concreto con ir, entonces?».

Paciente: «Pues ser cariñosa y cumplir con lo que he acordado, cuidar la relación...».

Terapeuta: «Parece que eso significa mucho para ti».

Paciente: «Así es, es como quiero ser. Y bueno, lo más curioso es que estando allí me lo pasé bien, lo disfruté».

Terapeuta: «¿No te vinieron pensamientos de agobio?».

Paciente: «Sí, en un principio, pero no sé, los tenía a la vez que estaba allí, en el presente».

Terapeuta: «Parece entonces que tu mente falló un poco adivinando el futuro ¿no?».

En la 4ª Sesión la paciente refirió estar rompiendo el patrón conductual; levantarse de la cama cuando se da cuenta que no desea estar todo el día encamada buscándole explicación al malestar que siente. También se encontraba afianzando una nueva relación de amistad, abriéndose emocionalmente a ella y teniendo presente el miedo que le generaba dicha situación, a la vez que aceptaba el riesgo y el malestar como algo que valía la pena correr y atravesar.

Por otra parte, se lleva a cabo un breve Análisis Funcional para identificar qué elementos en las relaciones interpersonales son los que están fuera de su control y su experiencia con ellos a lo largo de su historia de vida.

En esta sesión se lleva a cabo el *ejercicio: El observador* (Vargas, 2017, p.65), cuyo fin es que la paciente experimente que su “Yo” no es equivalente a sus eventos privados ni a sus comportamientos, sino algo perenne en su existencia: una perspectiva en el aquí y el ahora. Para ello se pide que rememore momentos especialmente agradables, desagradables y neutros de su pasado, tomando contacto con la variedad de eventos privados y comportamientos, experimentando la posición de observador como una experiencia de trascendencia comportamental. En esta sesión se implementa la *metáfora del autobús* (Vargas, 2017, p.114), incorporando en ella todo lo trabajado en las sesiones anteriores.

En la 5ª Sesión se explora las pocas dificultades que ha encontrado en la última semana en lo relativo a actuar hacia valor. Se le refuerza la decisión de no autolesionarse una vez aparecida

la culpa y de tratarse amorosamente; cómo desea comportarse con ella misma en contraposición a la perspectiva meritocrática que ha estado gobernando su manera de tratarse.

Así mismo, se lleva a cabo un reforzamiento hacia otros comportamientos dirigidos a valor, como haberle confesado a su hermana su situación. Recordando de nuevo aquello que está fuera de su control, esto es, cómo los demás, en última instancia, deciden responder ante lo que ella hace. De igual manera, se lleva a cabo una recapitulación de todos los logros obtenidos y de aquello que se ha trabajado en las sesiones.

Tabla 1

Distribución de los objetivos y técnicas en las sesiones de intervención

Sesión	Principales Objetivos de ACT	Técnicas empleadas
1	· Aceptación · Presente	· Análisis funcional · Exploración funcional de su Historia de vida · Moldeamiento
2	· Aceptación · Defusión Cognitiva · Yo Contexto	· Ejercicio fisicalizante · Trabajo con los sueños gestáltico · Equivalencias funcionales con <i>flamers</i>
3	· Clarificación de valores · Acción Comprometida	· Ejercicio de los calcetines de rombo · Ejercicio ¿Qué quieres que recuerden de ti? · Metáfora dos caras de la moneda · Atención a las claves reforzantes del comportamiento hacia valor
4	· Yo Contexto · Defusión Cognitiva	· Ejercicio: El observador · Metáfora del autobús

5	Revisión de los objetivos	Habla metafórica
	ACT	Revisión de los logros conseguidos y ejercicios realizado

En la 6ª Sesión, o sesión de seguimiento, se lleva a cabo una exploración de los logros conseguidos y de su situación actual. La paciente refiere experimentar altibajos emocionales menos intensos y conflictos interpersonales que, a diferencia de antes y según comenta: *«ahora a los conflictos como a todo, le doy su lugar, si por ejemplo, tengo algún problema con algún amigo, no permito que esto afecte a mis relaciones con mi familia, con otros amigos o compañeros de clase»*.

I.Q. explica cómo se relaciona desde la Aceptación, la Defusión Cognitiva y el Yo Contexto frente a las autoevaluaciones negativas: *«En algunas ocasiones me viene el pensamiento de no ser capaz de hacer algo y ya no actúo desde él, lo intento y si no lo consigo hacer tal y como me hubiese gustado, me gratifica el haberlo, al menos intentado. He sido muy dura conmigo misma durante mucho tiempo»*; *«Antes me comparaba muchísimo con los demás, pero yo no soy los demás y tengo mis propias circunstancias»*.

En línea con lo anterior, sus relaciones con los demás parecen estar guiadas hacia valor según verbaliza en sesión: *«Claro que me viene a veces el miedo o la inseguridad, pero lo veo de otra forma, tener amigos me hace feliz y no estoy dispuesto a renunciar a ello y si al final pasa algo malo, pues bueno, yo habré hecho lo que he considerado correcto»*; *«Es cierto que cuidar a mi madre en ocasiones es agotador pero es algo muy importante para mí»*.

En aparente contraste con lo expuesto, la paciente explicita en ocasiones dirigirse hacia el control de eventos privados, pero como una decisión o con conciencia y no como algo automatizado, transcribo: *«hay veces que puedo sentirme mal y no me apetece tener esos sentimientos ahí y puedo ponerme por ejemplo a jugar. La cosa es que ahora como que soy consciente de ello y de sus implicaciones y lo elijo yo, lo hago porque quiero»*. En esta sesión la paciente remite haber retomado ciertas actividades gratificantes como el dibujar. En definitiva, parece aceptar ciertos eventos privados, que antes eran estímulos discriminativos para conductas de autoexigencia o autoinculpación, respondiendo al servicio de lo que ahora considera más útil, amoroso o importante con ella misma.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos obtenidos mediante el ESM se ha hecho uso del software R i386 4.0.2, junto a sus librerías “SCMA”, “SCRT” y “SCVA”, las cuales proporcionan pruebas estadísticas especialmente desarrolladas para los diseños de caso único. Son pruebas no paramétricas, es decir, no están basadas en supuestos sobre la homogeneidad de las varianzas ni en supuestos sobre la distribución de los datos y consideran la aleatorización en el cambio de fase (Wilson, 2007. Bulté y Onghena, 2008). Haciendo uso de ellas, se ha llevado a cabo la comparación de las medianas de las fases a un índice de significación de .05.

Se ha aplicado el coeficiente de correlación de Pearson a los datos obtenidos mediante el ESM en la fase pre y postratamiento. Concretamente entre la variable denominada “Aversividad del Evento Privado” y la “Intensidad en la Evitación del Evento Privado”, acercándonos así a la comprensión del grado de dependencia entre ellas. Para ello, también se ha realizado un ANOVA a los datos de la fase de pretratamiento y, puesto que, la segunda variable mencionada no cumple con los criterios de normalidad en la fase de postratamiento, se ha llevado a cabo el análisis de la varianza de Friedman para muestras no paramétricas. Así mismo, se ha realizado un análisis sobre las topografías de las conductas dirigidas al control de los eventos privados.

Por último, se ha realizado una comparación de las puntuaciones obtenidas en las fases pre y postratamiento de los instrumentos de autoinforme administrados y se expone los resultados de la SCID-II.

ESM

A continuación, se exponen los resultados comparando la fase A y la fase B para las variables *Malestar general* (MG) e *Intensidad en la Evitación del Evento Privado* (IEEP). De igual forma se presenta el tamaño del efecto del tratamiento para cada una de ellas. Se expone un análisis de las varianzas entre las variables *Aversividad del Evento Privado* (AEP) e IEEP y, finalmente, un análisis visual sobre la variación de las frecuencias de las distintas topografías dirigidos al control de los eventos privados.

Malestar general

Se observa (figura 3) que la mediana en A ($Mdn=5$) es ligeramente superior que en B ($Mdn=4$), siendo la varianza de 2,52 y de 4,62 respectivamente para cada fase. En cuanto a la tendencia (figura 4), se percibe que su pendiente en A es más pronunciada que en B. Se obtiene

un estadístico de contraste (EC) de 1,23 con un valor de significación de $p=0,94$ y un tamaño del efecto del tratamiento de 0,70.

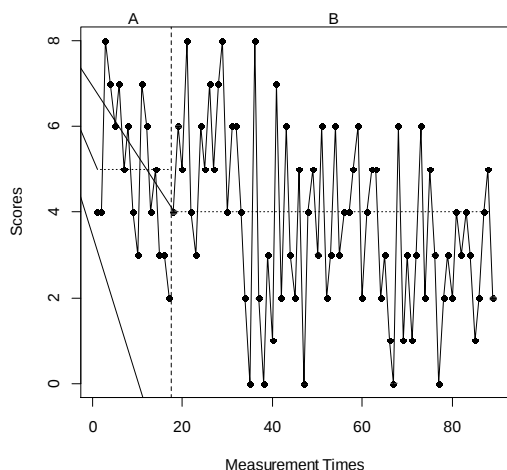


Figura 3. Puntuaciones y mediana de MG

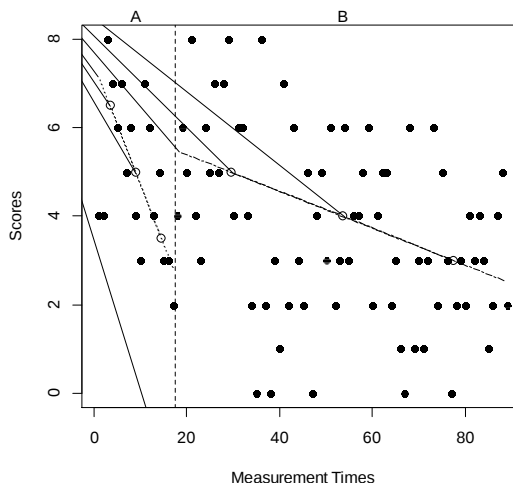


Figura 4. Tendencias de las puntuaciones en MG

Intensidad en la Evitación del Evento Privado

Se observa que la mediana (figura 5) en A ($Mdn=7$) está 6 puntos por encima de la mediana en B ($Mdn=1$) para IEEP, siendo la varianza de 4,02 y de 7,67 respectivamente. En cuanto a la tendencia (figura 6), en la fase B parece ser ligeramente menos inclinada. Se obtiene un $EC=4,64$ con $p=0,26$ y un tamaño del efecto de tratamiento de 2,33.

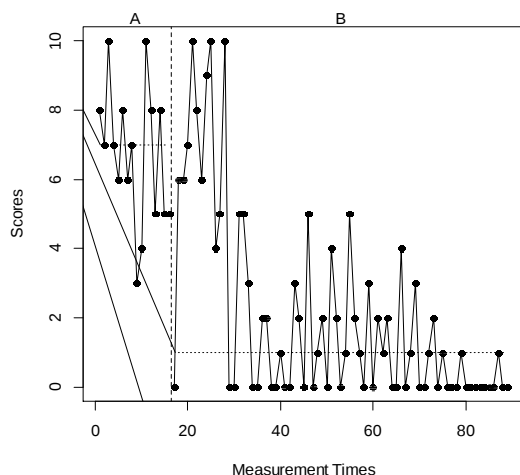


Figura 5. Puntuaciones y mediana de IEEP

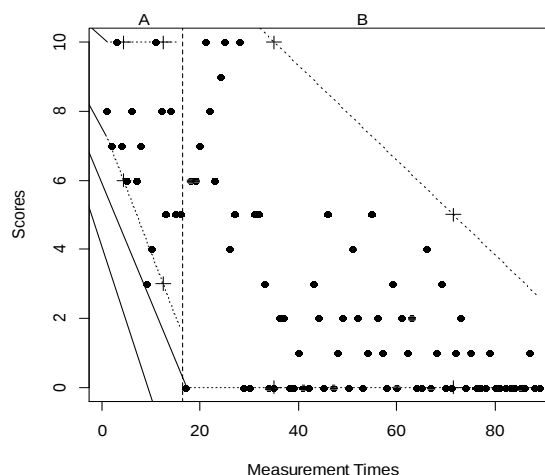


Figura 6. Tendencias en las puntuaciones de IEEP

Aversividad del Evento Privado e Intensidad en la Evitación del Evento Privado

Haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson en los datos obtenidos, usando el ESM en la fase pre y postratamiento de las variables IEEP y AEP, obtenemos que en la fase de pretratamiento obtiene un valor de 0,70 y en la postratamiento de 0,32. Mediante un análisis visual (figura 7 y 8) podemos percatarnos que, si bien en un comienzo la variable AEP podría predecir la IEEP, tras la aplicación del tratamiento, IEEP parece independizarse de la variable AEP.

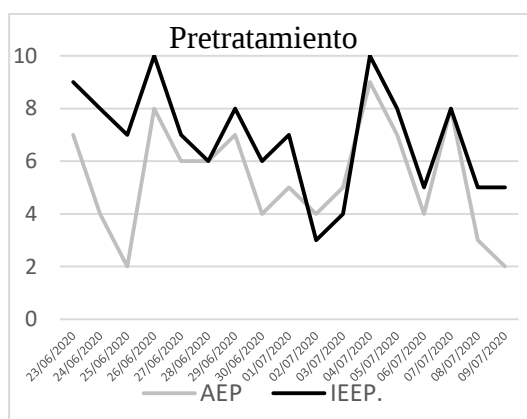


Figura 7. Comparación entre las puntuaciones la fase de pretratamiento en AEP y IEEP

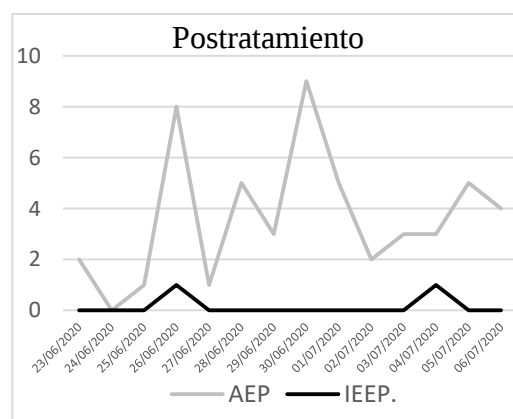


Figura 8. Comparación de las Puntuaciones en AEP y IEEP en la fase de postratamiento

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis inferencial para las variables mencionadas anteriormente en la fase de pretratamiento mediante ANOVA. Tras la aplicación de la prueba de Levene, para evaluar la homocedasticidad de la muestra [$F(5,9)=1,286$], así como la aplicación de la prueba de Shapiro-Wilk, para determinar la normalidad de los datos [$X^2(17)=0,953, 0,963$] para AEP e IEEP respectivamente, no hay evidencia del incumplimiento de los supuestos del modelo. Se obtuvo un valor de significación en el ANOVA realizado de 0,114. Para la fase de postratamiento, dado que la variable IEEP tras a aplicación de la prueba de Shapiro-Wilk se determinó que incumplía el supuesto de normalidad ($p=0,00$), se hizo uso del análisis de la varianza de Friedman obteniendo un valor de significación para éste de $p=0,00$.

Topografía de los Comportamientos dirigidos al control de los eventos privados

Para finalizar con el análisis de los datos obtenidos mediante el ESM, como según puede observarse en la figura 9, todas las topografías se han visto reducidas en su frecuencia en la fase de postratamiento, especialmente la contraargumentación y los comportamientos de distracción, concretamente de un 23,53 a un 0,00% y de un 64,70 a un 6,66% respectivamente, dando lugar a un incremento mayúsculo en la ausencia de conductas dirigidas al control de los eventos privados.

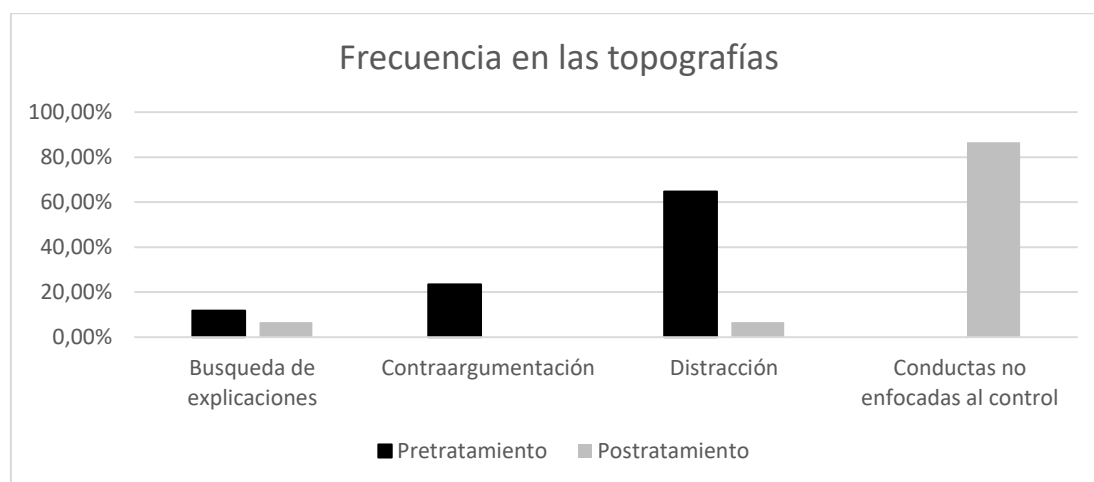


Figura 9. Frecuencia de las diferentes topografías de conductas dirigidas al control de los eventos privados y de la ausencia de ellas, en las fases de pre y postratamiento.

Instrumentos de autoinforme

Las puntuaciones obtenidas por los instrumentos de autoinforme varían en la dirección que cabría esperar tras el tratamiento. Las puntuaciones en Inflexibilidad Psicológica y en Fusión Cognitiva, evaluadas por el AAQ-II y el CFQ, descienden de 42 a 23 y de 46 a 25 puntos respectivamente. Las puntuaciones en la habilidad para la atención plena y consciente del momento presente evaluada por el MASS, aumenta de 50 a 77 puntos (figura 10). Las puntuaciones del SCS aumentan en todas las subescalas (figura 11); en autocompasión de 2,25 a 3,25 puntos, en humanidad de 2 a 3,5 puntos y en Mindfulness de 2,25 a 3,5.

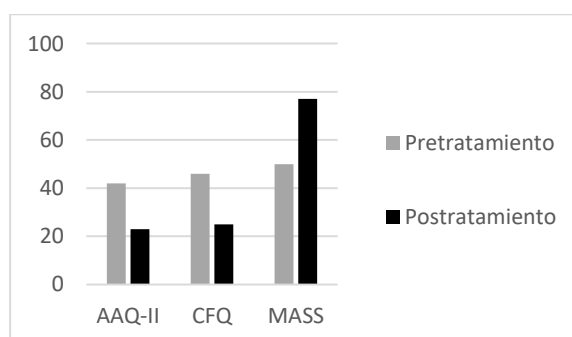


Figura 10. Puntuaciones en los instrumentos AAQ-II, CFQ y MAAS en las fases de pre y postratamiento.

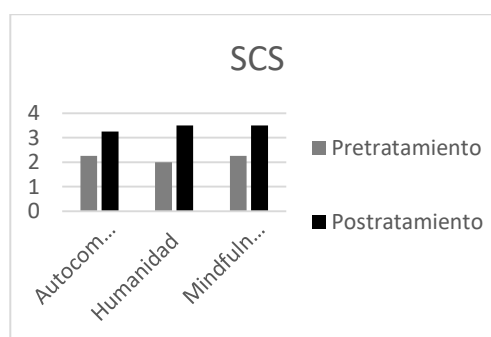


Figura 11. Puntuaciones obtenidas en las sub-escalas del SCS en las fases pre y postratamiento.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el BSI (tabla 2) y sus correspondientes centiles tanto en la fase de pretratamiento y en la de postratamiento, todas las puntuaciones de cada una de las escalas que componen dicha prueba disminuyen de la fase pre a la postratamiento. Tanto el índice sintomático general (GSI), el total de síntomas positivos (PST), el índice de malestar por síntomas positivos (PSDI), la escala de somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo.

Tabla 2

*Puntuaciones y centiles en las fases pre y postratamiento
obtenidas en el BSI*

Índices Generales y escalas	Pretratamiento		Postratamiento	
	PD	Pc	Pc	PD
GSI	2,7	84	60	1,41
PSDI	2,75	72	56	2,02
PST	52	54	46	37
Somatización	1,86	62	49	0,71
Obsesión-Compulsión	2,83	71	56	1,66
Sensibilidad Interpersonal	4	99	63	1,75
Depresión	3	80	60	1,66
Ansiedad	2,3	69	43	0,5
Hostilidad	2,6	74	56	1
Ansiedad fóbica	2,6	88	69	1,6
Ideación paranoide	3	72	67	2,2
Psicoticismo	2,8	83	71	2

SCID-II

Tras la correspondiente administración de dicha entrevista, la paciente obtuvo una puntuación en los criterios 1, 2, 5, 8 y 9 para el TLP de umbral y, en los criterios 3 y 6 de subumbral. Alcanzando, con esos 5 criterios, el umbral requerido para su diagnóstico y no encajando o explicándose mejor su comportamiento por otra categoría diagnóstica como el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad o el trastorno narcisista de la personalidad.

DISCUSIÓN

Este estudio tenía como principal objetivo explorar la efectividad de la implementación de ACT en formato Online en una paciente con topografía TLP. Puede concluirse que a través de ACT se ha conseguido modificar el conjunto de problemas que presentaba.

Un análisis de los datos obtenidos mediante ESM parece indicar que la intensidad y la frecuencia de acciones dirigidas a controlar los eventos privados disminuyen en la fase B o fase de tratamiento. Tras el análisis inferencial realizado mediante ANOVA y Friedman, se dilucida cómo en la fase de pretratamiento, parte de la varianza en los comportamientos dirigidos al control de los eventos privados, es explicada por la aversividad de éstos, algo indicativo de una baja Aceptación por parte del paciente. Sin embargo, en la fase postratamiento, puede observarse una emancipación de la variable IEEP de la AEP, lo cual se interpreta como un incremento en los niveles de Aceptación, lo que lleva a aceptar la hipótesis 2, encontrándose respaldada esta conclusión a su vez, por la disminución en la frecuencia de las conductas de Evitación Experiencial observadas a través el ítem 3 del modelo utilizado en el ESM.

Así mismo, se observa una disminución leve y no significativa del malestar general en la fase B, disminución que se presenta más acusada y que tiene lugar entre la fase pre y postratamiento si se observa a través de las puntuaciones obtenidas mediante el BSI, pasando del centil 84 al 60. Otras escalas de dicho instrumento que se han visto especialmente reducida son la de Ansiedad, la Hostilidad, la Sensibilidad Interpersonal, la Obsesión-Compulsión o la Ansiedad fóbica, viéndose reducido sus centiles en aproximadamente 20 puntos, presentando el resto de puntuaciones una reducción más modesta. A la luz de lo expuesto, el rechazo o no de la hipótesis 6 va a estar sujeto atendiendo a la prueba que se considere más idónea.

Por otra parte, se ha incrementado los niveles de Defusión Cognitiva, evaluada mediante el CFQ, y la Habilidad para la atención plena del momento presente, medida a través del MAAS. Los niveles de Defusión, Aceptación y el contacto de la experiencia desde el Yo Contexto, frente a las autoevaluaciones negativas recogidos mediante el SCS, se han visto también profundamente mejorados y acorde a los resultados anteriormente expuestos. Los niveles de Flexibilidad Psicológica recogidos mediante el AAQ-II se han visto incrementados, corroborando las hipótesis 3, 4, 5 y 1 respectivamente.

En resumen, y apartándonos la reducción en la afectividad negativa, en la etapa de pretratamiento, la paciente presentaba unos niveles más altos de inflexibilidad psicológica, dedicando la mayor parte de su tiempo a ejecutar conductas con el objetivo de evitar el malestar, buscando explicaciones, distrayéndose o respondiendo ante los miedos sobre el futuro y alejándose de sus valores (Valdivia, Sheppard y Forsyth., 2010).

El patrón de comportamiento de la paciente, respondía a altos niveles de Fusión Cognitiva, lo que implica una mayor disposición a evitar los eventos privados y a percibirse desde el Yo Contenido (Villate, 2014). En la fase de postratamiento, los niveles de Fusión Cognitiva decrecen; la habilidad para estar consciente del aquí y ahora, atendiendo a las contingencias que proporciona el presente, incrementa a la par que la paciente comienza a dirigirse hacia valor, en este sentido nos encontramos a modo de ejemplo el establecimiento de relaciones interpersonales significativas o el relacionarse con ella misma “amorosamente”.

Los resultados obtenidos en esta investigación se han podido ver limitados por diversos factores. Ante todo, resulta importante señalar la brevedad de la línea base y el interés de extenderla en el tiempo, ya que podría aportar más información sobre los efectos en la conducta del ESM. Por otra parte, si se hubiera contado con un mayor número de sesiones de tratamiento pudiera haber existido un mayor impacto del tratamiento. De igual manera, un seguimiento más prolongado en el tiempo habría arrojado algo de luz al mantenimiento y al desarrollo de los logros obtenidos por parte de la paciente, dado que ACT se constituye como una terapia particularmente útil en la consecución de resultados a medio y largo plazo (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006).

Otros factores que ha influido en el desarrollo de esta investigación, son las dificultades que han acontecido debido al contexto que rodeaba a la paciente, imposibilitando en numerosas ocasiones llevar a efecto las sesiones previamente concretadas y el aplazamiento de las mismas. Situación que, sin embargo, puede dar cuenta de la flexibilidad misma tanto de ACT como de la modalidad Online. De igual manera, los resultados obtenidos, han podido verse limitados debido a la inexperiencia del terapeuta, a pesar de haberse llevado a cabo sesiones de supervisión antes de cada sesión de evaluación y de tratamiento con el objetivo de reducir este efecto.

Así mismo, una de las mayores limitaciones del diseño de caso único estriba en la dificultad a la hora de generalizar los resultados. Además, las limitaciones propias del diseño de fase simple o AB pueden verse solventadas mediante el uso de otros tipos de diseño de caso único, como puede ser el diseño complejo con múltiples tratamientos o el factorial de caso único que permitan comprobar la capacidad a la hora de generar cambios en el comportamiento de los diferentes componentes de la terapia, minimizando el peso de las variables extrañas (Ferro y Vives, 2004).

Respecto a los aportes que manan de este estudio, cabe señalar las escasas investigaciones existentes hoy día sobre la aplicación de ACT en topografías TLP, la existencia aún más reducida de investigaciones cuya intervención sea breve y se realice mediante modalidad online, imperante en este contexto de pandemia. Por otra parte, una buena adherencia al tratamiento, se cree, que es un factor para el buen pronóstico y algo relativamente difícil de conseguir para con las personas que presentan topografía TLP (Corchero et al., 2012). Es posible concebir por momentos que la modalidad Online posea características o que carezca de ciertas dificultades presentes en una modalidad presencial, que faciliten el establecimiento de la adherencia. Además, aun siendo la línea base relativamente breve, tal y como se ha comentado con anterioridad, puede observarse en ella una tendencia en la disminución de las conductas dirigidas al control de los eventos privados, atribuible en parte al uso del ESM de acuerdo con Batink et al., (2016).

En definitiva, se ha explorado bajo una modalidad online una intervención breve de ACT en un caso de TLP con resultados significativos sobre su efectividad, siendo este en sí mismo un trastorno complejo y que requiere de una intervención larga, si bien el cuadro clínico de la paciente no era especialmente severo.

Las investigaciones, como la que aquí se expone, son de singular importancia, especialmente para las figuras del Psicólogo General Sanitario o del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. En ella se explora la aplicación de ACT, corriente aún desconocida por muchos, ante una topografía TLP, la cual presenta una significativa prevalencia en la población general y clínica expuesta al inicio de este trabajo, en una modalidad Online en auge actualmente. En virtud de ello, es de gran importancia el desarrollo de más investigaciones al respecto, con el objetivo de poder determinar así la idoneidad del formato y la adecuación de ACT para este tipo problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., y Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30–36. doi:10.1159/000365764
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 11-29
- Barrett, K., y Stewart, I. (2020). A preliminary comparison of the efficacy of online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) stress management interventions for social and healthcare workers. *Health Soc Care Community*, 00, 1– 14.
- Batink, T., Bakker, J., Vaessen, T., Kasanova, Z., Collip, D., van Os, J., ...Peeters, F. (2016). Acceptance and commitment therapy in daily life training: a feasibility study of an mhealth intervention. *JMIR Mhealth Uhealth* 4(3), 103. doi: 10.2196/mhealth.5437
- Békés, V., y Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238-247.
- Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688
- Brown, K. W. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

- Bulte, I., y Onghena, P. (2008). An R package for single-case randomization tests. *Behavior Research Methods*, 40, 467-478.
- Corchero, M., Báles, C., Oliva, C. y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con trastorno límite de la personalidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 113, 55-64.
- Derogatis, L. R. (2001). *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Derogatis, L.R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Feliu-Soler, A., Cebolla, A., McCracken, L. M., D’Amico, F., Knapp, M., Lopez-Montoyo, A., . . . Luciano, J. V. (2018). Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: A systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behavior Therapy*, 49, 127–147. doi:10.1016/j.beth.2017.07.001
- Ferro, R. & Vives, M. C. (2004). Análisis de los conceptos efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 5, 97-99
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1997). *User’s Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M.M.(2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the SelfCompassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*, 12, 4. doi: 10.1186/1477-7525-12-4

- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M. P., y Karekla, M. (2020) The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual. Behavioral Science*, 18, 181-192
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D.,... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.
- Holl, G. H. (2007). Second thoughts on Gregory Bateson and Alfred Korzybski. *Kybernetes*, 36(7), 1047-1054.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Homes, D., y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A PostSkinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hildebrandt, M. J., y Hayes, S. C. (2012). The contributing role of negative affectivity and experiential avoidance to increased cardiovascular risk. *Social and Personality Psychology Compass* 6 (8), 551-565.
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.

- Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., y Kessler, D.R. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-64
- Luciano C (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 3-14.
- Luciano, M. C. (Ed). (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Libro de Casos*. Valencia, España: PROMOLIBRO
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-201
- Myin-Germeys, I., Kasanova, Z., Vaessen, T., Vachon, H., Kirtley, O., Viechtbauer, W. and Reininghaus, U. (2018), Experience sampling methodology in mental health research: new insights and technical developments. *World Psychiatry*, 17, 123-132. doi:10.1002/wps.20513
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Oorschot, M., Kwapil, T., Delepaul, P., y Myin-Germeys, I. (2009). Momentary assessment research in psychosis. *Psychological Assessment*, 21, 498–505. doi:10.1037/a0017077
- Ost, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61,105-121. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018.
- Reininghaus, U., Klippel, A., Steinhart, H., Nierop M., Viechtbauer, W., Batnik., ...Myin-Germeys, I.(2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL) in early psychosis: study protocol for a multi-centre randomized controlled trial. *Trials*, 20, 769.

- Reyes-Ortega, M.A., Miranda, E.M., Fresán, A., Vargas, A.N., Barragán, S.C., Robles García, R. y Arango, I. (2020), Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract*, 93, 474-489. doi:10.1111/papt.12240
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. T. y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology*, 22, 117-132.
- Ruipérez, M., Ibáñez, M., Lorente-Rovira, E., Moro, M., & Ortet-Fabregat, G. (2001). Psychometric Properties of the Spanish Version of the BSI: Contributions to the Relationship between Personality and Psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.
- Vargas, J.,E. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Apuntes para un Seminario*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/320689947_TERAPIA_DE_ACEPTACION_Y_COMPROMISO_Contentido
- Wilson, K. G. & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en ningún aspecto.
- Todos los datos carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Naturaleza de la actuación (describir brevemente la participación requerida):

En este estudio se explora la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un caso clínico vía On-line.

Riesgos de la investigación para el participante:

La investigación está ausente de riesgos para el participante más allá de los posibles efectos iatrogénicos fruto de un mal ejercicio de la profesión.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Juan Lisbona Serrano en el teléfono: 665056171 o en el correo electrónico: jls00024@red.ujjaen.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Terapia de aceptación y compromiso Online

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento

- He podido hacer preguntas sobre el estudio *Terapia de aceptación y compromiso Online*.
 - He recibido suficiente información sobre el estudio *Terapia de aceptación y compromiso Online*. He hablado con el informador: Juan Lisbona Serrano
 - Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
 - Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
 - Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
 - **Deseo** ser informado/a de mis datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.
- Si No
- Doy mi consentimiento para la grabación de las imágenes y sonidos con el propósito de que pueda llevarse a cabo una supervisión de las sesiones. Las cuales se custodiarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos 5/1992 y serán destruidas después de la realización del TFM. A dichas grabaciones solo tendrán acceso el terapeuta y sus correspondientes directores.
- Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en nada

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado *Terapia de aceptación y compromiso Online*.

Firma del participante

Firma del informador
(o representante legal en su caso)

Nombre y apellidos: Juan Lisbona Serrano

Fecha:

Fecha:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 5/1992, se le informa que sus datos personales quedan incorporados en ficheros cifrados de carácter personal. Pudiendo ejercitar los derechos que le corresponden conforme a la citada LOPD de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Para ello, deberá comunicarlo por escrito a la dirección de email: jls00024@red.ujaen.es. Los datos de carácter personal que figuran en los archivos de esta investigación no serán cedidos a terceros.