



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en padres de niños con parálisis cerebral

Alumno/a: M^a de los Remedios Ceacero Gutiérrez

Tutor/a: Prof. D^a Mónica Hernández López
Dpto.: Psicología

Julio, 2019

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1 Características de la Parálisis Cerebral (PC)	1
1.2 Diagnóstico y afrontamiento de la familia.....	3
1.3 Principales dificultades de los padres.....	4
1.4 Terapia de Aceptación y compromiso (ACT).....	6
1.5 Evidencia de la aplicación de ACT en otras patologías	7
1.6 Aplicación de ACT en PC	9
2. Planificación de un programa de intervención basado en ACT.....	10
2.1 Objetivos	10
2.2 Destinatarios	10
2.3 Recursos personales y materiales	11
2.4 Cronograma	11
2.5 Procedimiento	11
2.6 Conclusiones	19
3. Referencias bibliográficas	20
4. Anexos	24

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es proponer la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como alternativa terapéutica para padres que reciben el diagnóstico de un/a hijo/a con parálisis cerebral. En la primera parte se describe la parálisis cerebral, se presentan las fases por las que pasan los padres cuando reciben el diagnóstico de su hijo/a y las dificultades de estos padres. Además, se describe ACT y se revisa su aplicación en otras patologías y en parálisis cerebral. En la segunda parte, se propone un programa de intervención para padres de niños con parálisis cerebral, cuyo objetivo principal es facilitar la aceptación de sus experiencias privadas aversivas consecuentes del diagnóstico de sus hijos/as.

PALABRAS CLAVE: Terapia de Aceptación y Compromiso, parálisis cerebral, programa de intervención

ABSTRACT

The purpose of the present work is propose the Therapy of Acceptance and Commitment (ACT) as a therapeutic alternative for parents who receive the diagnosis of a child with cerebral palsy. In the first part we describe cerebral palsy, appear the phases for which the parents happen when they receive the diagnosis of its child and the difficulties of these parents. Moreover, we describe ACT and review its application in other pathologies and cerebral palsy. In the second part, we propose an intervention program for parents of children with cerebral palsy whose main objective is to facilitate the acceptance of their private aversive experiences resulting from the diagnosis of their children.

KEY WORDS: Therapy of Acceptance and Commitment, cerebral palsy, intervention program

1. Introducción

1.1 Características de la Parálisis Cerebral (PC)

La parálisis cerebral (PC) es una discapacidad producida por una lesión en el cerebro, que afecta a la movilidad y a la postura de la persona, limitando su actividad. Además, puede acompañarse de una discapacidad sensorial o intelectual en mayor o menor grado, por eso se entiende que es una pluridiscapacidad. Es la causa más frecuente de discapacidad en niños y niñas, y la presentan una de cada 500 personas.

Algunos de los rasgos principales de la PC son:

- Lesión producida antes de que el cerebro haya terminado de desarrollarse y crecer. Puede ser durante la gestación, el parto o los tres primeros años de vida, donde el sistema nervioso central (SNC) está madurando.
- La lesión interfiere en el desarrollo del SNC, ya que el daño interfiere en el proceso madurativo del encéfalo y así, en el desarrollo del niño/a.
- Desorden permanente, pues hay una lesión neurológica irreversible y persistente.
- Lesión inmutable, aunque los síntomas y consecuencias pueden cambiar, mejorar o empeorar.
- Alteración del sistema neuromotor que influye en aspectos físicos como la postura o el movimiento.
- Esta lesión puede afectar a funciones como: atención, percepción, memoria, lenguaje, razonamiento. El número de funciones afectadas depende del tipo, lugar, localización, amplitud y disyunción de la lesión neurológica; además, también depende del momento en el que se produce, es decir, del nivel de maduración

La PC no tiene cura, no requiere ningún tratamiento, ni farmacológico ni terapéutico. Sin embargo, sí se pueden tratar los síntomas desde cuatro áreas principalmente: fisioterapia, logopedia, apoyos educativos y terapia ocupacional. Con una atención adecuada, se pueden mejorar los movimientos, desarrollar su comunicación y potenciar sus habilidades sociales, pudiendo alcanzar niveles de autonomía y llevar una vida plena.

No hay dos personas con PC iguales, algunas pueden requerir del apoyo de terceras personas para casi todas sus tareas diarias mientras que otras viven apenas sin manifestar su discapacidad.

Podemos encontrar **distintos tipos de PC** y distintos criterios de clasificación. Por ejemplo, atendiendo al tono y la postura de la persona:

1. PC espástica: caracterizada por la dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, a menudo los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza. Se produce porque las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza no funcionan correctamente. Este tipo supone un porcentaje de un 60-70% de todas las personas diagnosticadas con PC.

2. PC disquinética o atetoide: caracterizada por movimientos lentos, involuntarios y descoordinados que dificultan la actividad voluntaria. Sus músculos suelen cambiar rápidamente de flojos a tensos, sus piernas y brazos se mueven de manera descontrolada, y no controlan su lengua, respiración y cuerdas vocales, por lo que dificultan que se les entienda. Se produce por un mal funcionamiento de la parte central del cerebro.

3. PC atáxica: caracterizada por la dificultad para controlar el equilibrio producida por una lesión del cerebelo. Según el nivel de la lesión, pueden llegar a andar aunque de manera inestable.

4. PC mixta: el cerebro presenta lesiones en varias de sus estructuras, por lo que existirán combinaciones de las características de los tipos anteriores.

La PC tiene diversas **causas** como resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo. Puede aparecer en distintas etapas del desarrollo del niño/a, esto es, antes de nacer, durante el parto o en los primeros años de vida. Dependiendo de la etapa en la que se produzca, las causas serán distintas.

Durante la etapa prenatal las causas de aparición de PC pueden ser: hipoxia o falta de oxígeno, infecciones en la madre embarazada como la rubeola, la exposición a rayos x o a sustancias tóxicas, diabetes, incompatibilidad sanguínea o incompatibilidad Rh. En la etapa perinatal, las posibles causas son el desprendimiento de la placenta, anoxia o estado de oxigenación insuficiente, isquemia, prematuridad o traumatismos. Por último, durante la etapa postnatal, su aparición puede ser resultado de enfermedades infecciosas, accidentes cardio-

vasculares o meningitis. No hay que olvidar que, otra posible causa de PC es familiar, debido a la predisposición genética.

Atendiendo a todo lo anterior, se destaca que la PC espástica es la más frecuente de todos los tipos y además, en los bebés prematuros aparece durante la etapa perinatal mientras que en los niños nacidos a término es más frecuente durante la etapa prenatal. Por otro lado, aunque la PC disquinética es menos frecuente que la PC espástica, su origen es en la mayoría de los casos perinatal con asfixia/isquemia grave.

Además, actualmente en nuestro país la supervivencia de los bebés prematuros es cada vez mayor gracias a los avances de la medicina. Sin embargo, esto conlleva una serie de secuelas entre las que encontramos la PC, siendo la secuela neurológica más frecuente en bebés prematuros o en bebés con bajo peso al nacer.

1.2 Diagnóstico y afrontamiento de la familia

La llegada de un nuevo miembro a la familia, por lo general, es un momento muy importante y significativo. De pronto los padres experimentan muchas emociones distintas; por un lado se llenan de alegría, piensan en su nueva vida, su futuro, crean unas expectativas alrededor del nuevo ser, pero por otro lado, sienten anhelo, miedo, incertidumbre, porque tienen que aprender a desempeñar un papel distinto hasta entonces. Esperan que su hijo/a esté sano/a, sea “normal”, y crezcan y lleguen a ser adultos autosuficientes, sin pararse en la idea de que pueden tener un hijo/a que sea algo menos que perfecto.

Normalmente son los padres los que primeros en ver que algo no va bien en el desarrollo de su hijo/a, por lo que acuden al pediatra. Es posible que el periodo de tiempo que pasa desde que los padres tienen la primera sospecha de anomalía, pasando después por distintos especialistas, hasta que se confirma el diagnóstico, sea uno de los momentos más duros para los padres.

Por ello, cuando se produce la llegada de un hijo/a con PC es una noticia inesperada y que supone un cambio en la estructura familiar. Además, es un suceso que puede alterar el establecimiento de una buena relación para el niño/a, ya que la familia se encuentra en un estado de confusión y desconcierto.

No obstante, la forma de responder a la llegada de un niño con características diferentes depende de varios factores, como por ejemplo la manera en que los padres fueron criados, el tamaño de la familia, el número de hijos, su habilidad y experiencia para enfrentarse a este tipo de problemas, su nivel socioeconómico, su nivel de estudios, la forma en que el médico les dio la noticia del diagnóstico (Ortega, 2002).

Aunque resulta imposible establecer el proceso exacto por el que pasan los padres, en general algunos autores identifican una serie de fases del proceso de duelo en el momento del diagnóstico. Dichas fases serían las siguientes:

- Confusión: el diagnóstico provoca un estado de shock en los padres, impidiendo que comprendan lo que les están diciendo.
- Pérdida: sentimiento de pérdida del hijo/a ideal que esperaban.
- Negación: negarse a aceptar que su hijo/a tenga PC. Aparecen pensamientos tales como “no es verdad”, “no puede estar pasándome a mí”...
- Enfado, cólera, resentimiento, culpa: se rebelan ante el destino. Si tienen creencias religiosas, dirigen su ira hacia Dios, con preguntas como “¿por qué yo?”. Es posible que aparezca la culpabilidad y la sensación de haber hecho algo mal.
- Asimilación y aceptación: la familia es capaz de enfrentarse a la situación, hacer frente a sus problemas y buscar soluciones eficaces.

No hay que olvidar que la reacción ante el diagnóstico varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra, y que si viven este proceso, no tienen por qué pasar por cada una de las fases anteriores ni deben de seguir un orden. Es posible que incluso en un mismo día o un breve momento pasen por distintas de ellas y con distinta intensidad.

1.3 Principales dificultades de los padres.

El diagnóstico de un hijo/a con PC altera, en mayor o menor medida, la vida familiar. En muchos casos, los padres tienen una serie de sentimientos que les paralizan y que surgen como un mecanismo de defensa, a través de la negación por ejemplo. Los padres tienen una visión muy limitada de la situación, se sienten aturdidos y les llevará a necesitar un periodo de

adaptación, pues se generan muchos cambios tanto individuales como en toda la familia; los padres tienen nuevas responsabilidades, obligaciones y compromisos, que cambiarán tanto sus tareas diarias, las relaciones entre ellos y con los demás, etc.

Aparecen sentimientos de culpa, vergüenza en presencia de otras personas, comportamientos reactivos que les lleva incluso a esconderse ellos mismos y a sus hijos de amigos y familiares, sintiendo frustración.

Debido a las necesidades que pueden requerir los niños con PC, el trabajo y el tiempo de los padres se ve reducido por el cuidado y dedicación hacia sus hijos, influyendo así en los ingresos económicos de la familia. Respecto a la salud, aumenta el número de eventos estresantes para la familia repercutiendo no solo físicamente, sino también psicológicamente, que requieren a veces intervención y apoyo especializado.

En resumen, la mayoría de los padres de niños con PC experimentan mayor estrés (Parkes, Caravale, Marcelli, Franco y Colver, 2011), síntomas ansiosos y depresivos (Barlow, Cullen-Powell y Cheshire, 2006; Lach et al., 2009), así como mayor carga de atención (Sawyer et al., 2011) y, como se menciona en el apartado anterior, un proceso de duelo adaptativo (Whittingham, Wee, Sanders y Boyd, 2013a, 2013b).

Cabe también destacar que la relación entre los miembros de la familia, sobre todo entre los padres, puede verse influida por el cambio en la estructura familiar. Al haber un miembro que necesita de más atención y tiempo, se olvida la vida en pareja y las necesidades y cuidados que precisa; incluso si se tiene más hijos también pueden pasar a tener menos disposición de sus padres.

No obstante, las preocupaciones y sentimientos de los padres cambian conforme el niño/a crece. En los primeros años tras la noticia, tienen que pasar por un momento de adaptación y de asimilación, les preocupa que su hijo/a sufra, se preocupan por el futuro cercano de sus hijos/as, de su máximo desarrollo, motor y cognitivo, de la etapa escolar, de las relaciones sociales. Sin embargo, cuando los hijos/as con PC llegan a la adultez o los padres son mayores, sus preocupaciones son distintas, pues en esos momentos lo que más les preocupa es el futuro de sus hijos con respecto a qué será de ellos cuando falten, quién los cuidará y les ayudará.

En conclusión, la llegada de un hijo/a con PC a la familia tiene consecuencias tanto económicas como físicas y psicológicas. En algunos casos los padres se adaptan a la situación

y aceptan el diagnóstico aunque esto requiera un tiempo pero sin embargo, muchos de los padres experimentan un proceso de duelo, ya que viven este hecho como una situación estresante, ansiosa e incluso experimentan síntomas depresivos.

1.4 Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las terapias de tercera generación (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) desarrollada dentro de un marco teórico y filosófico coherente. ACT es una intervención psicológica única, que utiliza estrategias de aceptación y atención plena, junto con estrategias de compromiso y cambio de comportamiento, para aumentar la flexibilidad psicológica, que se refiere al hecho de ponerse en contacto plenamente con las experiencias privadas propias (pensamientos, sentimientos, emociones...), y en base a lo que la situación permite, cambiar o persistir en la trayectoria personal elegida al servicio de los valores personales, es decir, actuar en dirección a lo que verdaderamente importa a cada uno.

Está basada en la Teoría del Marco Relacional (TMR), una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición que permite explicar tanto el origen de los problemas como la utilidad de las herramientas clínicas usadas en ACT.

La ACT refiere como marco psicopatológico el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). La *Evitación Experiencial* es no estar dispuesto a ponerse en contacto con las propias experiencias privadas aversivas (pensamientos, emociones, recuerdos...) e intentar controlar o evitar su aparición, la frecuencia de esos eventos privados y las situaciones en las que aparecen. Se considera que la mayor parte del sufrimiento de las personas con TEE se debe a su constante huida del malestar; por lo que aceptarlo y estar dispuesto a experimentarlo es un elemento esencial de la terapia.

Por otro lado, la *Aceptación psicológica* es no evitar, controlar o cambiar los eventos privados particulares. Sería algo así como notarlos y hacerles un hueco, no enfrentarse a las emociones y/o pensamientos.

Hayes, *et al.*, (1995, citado en Ferro 2000, p.446) señala que:

La Evitación Experiencial y la Aceptación Psicológica son dos formas de comportarse incompatibles ante una situación. La ACT no pretende reducir la frecuencia ni la intensidad de las respuestas emocionales, sino tratar la evitación emocional y la falta de habilidad para hacer y tomar compromisos para cambiar la propia conducta.

El acrónimo ACT contiene los principales objetivos de su terapia: A de Accept (Aceptar), C de Choose (Elegir) y T de Take Action (Actuar). La finalidad de esta terapia es que los clientes acepten sus eventos privados, así pueden elegir una dirección valorada y pasar a la acción.

ACT utiliza tres métodos fundamentales como son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. Las metáforas son útiles ya que no son específicas ni prescriben nada concreto, ofrecen una imagen de cómo funcionan o pueden funcionar las cosas en un contexto determinado y además, se recuerdan fácilmente y pueden usarse en muchos contextos. Las paradojas terapéuticas son adecuadas para deshacer la literalidad de lo que se afirma. Por último, los ejercicios experienciales permiten entrar en contacto con los eventos privados y así debilitar la amenaza que supone a los clientes (Barraca, 2007, pp. 767-768).

Estos métodos son útiles para trabajar los seis componentes de ACT que son: 1) Desesperanza creativa, 2) El control de los eventos privados como problema, 3) Desliteralización o desactivación de las funciones verbales, 4) Establecer el Yo como contexto más que como contenido, 5) Clarificación de valores y 6) Estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida.

1.5 Evidencia de la aplicación de ACT con padres

Uno de los estudios que proporcionó evidencia de que la ACT puede ser eficaz es el de Blackledge y Hayes (2006) llevado a cabo con padres de niños diagnosticados con autismo. Estos padres experimentan altos niveles de estrés crónico, así como culpa y responsabilidad por las condiciones de sus hijos/as, incluso llegan a sentirse avergonzados. Según este estudio, hubo una reducción de los niveles de depresión y malestar que indicaban los padres

tras la intervención con ACT, por lo que es una evidencia de que puede ser eficaz como tratamiento. En general, hubo una mejora de los síntomas psicológicos y una reducción de la evitación experiencial y de la fusión cognitiva.

Otro de los trabajos que evidencia la eficacia de ACT es el de Ferro (2000) que presenta el caso de un niño con trastorno negativista desafiante. En este trabajo se integró ACT con la terapia de interacción padres-hijos (PCIT). Desde ACT se trabajó con los padres la clarificación de valores parentales, encontrándose como resultados que permitió que los padres se ajustasen mejor al tratamiento, y además se consiguió que se enfrentasen al problema sin evitaciones y estuviesen dispuestos a sentir las experiencias desagradables, mejorando además los resultados de PCIT.

En otro estudio piloto, llevado a cabo por Burke, Muscara, McCarthy, Dimovski, Hearps, Anderson, y Walser (2014), aplicaron un programa llamado Take A Breath (TAB), que combina ACT con el entrenamiento de habilidades en resolución de problemas. El programa era dirigido a padres cuyos hijos estaban diagnosticados de una enfermedad que amenaza a la vida, como el cáncer o una cirugía cardíaca para salvar sus vidas. Como resultados encontraron una mejora en la flexibilidad cognitiva, una reducción de la angustia emocional y, una reducción en los síntomas de estrés postraumático de los que ellos mismos informaban.

Por otro lado, otro estudio donde se aplicó ACT y que fue realizado con tres madres cuyos hijos tenían autismo (Gould, Tarbox y Coyne, 2018). El objetivo era investigar los efectos de un protocolo breve de ACT en el comportamiento de los padres orientado a sus valores. Durante las seis sesiones que se llevaron a cabo, se trataron las siguientes habilidades de ACT: la identificación de valores, la atención plena, la defusión, la aceptación y la acción comprometida. Los resultados sugieren que utilizar ACT puede producir aumentos en el comportamiento dirigido a los valores en padres de niños con autismo y que además pueden incrementarse a lo largo del tiempo como se vio en la fase de seguimiento del estudio. Además, estas madres informaron de otros efectos colaterales como una mayor autonomía de sus hijos, una mejora en la relación de pareja y una mejora en el descanso.

1.6 Aplicación de ACT en PC. Programa de intervención

Cuando los padres reciben el diagnóstico de un hijo/a con PC, a menudo sufren una serie de emociones, sentimientos, pensamientos y consecuencias psicológicas tales como estrés, culpa, ansiedad, depresión... Debido a esto, sumergidos en sus emociones y pensamientos negativos, y en la constante lucha por evitar o eliminar esos eventos privados, una lucha de "necesidad de sentirse bien" que acaba por ser perjudicial, pues se alejan de sus valores como padres; por ejemplo, para algunos algo importante podría ser tener un hijo "normal", pero tras el diagnóstico de PC de su hijo/a, se sienten frustrados y vacíos. Se podría decir que están atrapados en una Evitación Experiencial, por esa lucha por controlar las propias experiencias privadas.

Actualmente existe evidencia de aplicación de ACT con padres con hijos/as con PC.

Whittingham (2013) hizo una revisión sistemática sobre la literatura existente de la aplicación de las terapias de tercera generación en padres de niños con discapacidades y una llamada a la realización de ensayos controlados aleatorios para establecer su eficacia en este tipo de población. Encontró que había poca literatura acerca de este tema pero que los cuatro artículos revisados sugerían que las intervenciones con terapias de tercera generación en padres de niños con discapacidad pueden producir una mejora en la adaptación de los padres y los niños de familias con hijos/as con discapacidades, junto con la disminución del estrés y de los síntomas psicológicos de estos padres, y una disminución de la agresividad infantil y de los síntomas emocionales de los niños.

El mismo autor, en el mismo año, publicó un proyecto en el que proponía un ensayo controlado aleatorio combinando la ACT para intervenir en el manejo del estrés adaptado para padres de niños con PC y el Stepping Stones Triple P (SSTP), un programa de crianza positiva dirigido a padres de hijos con necesidades especiales. Consistiría en agrupar a los padres con niños con PC en tres grupos con distinto tratamiento; a un grupo se le aplicaría solo SSTP, a otro la combinación de SSTP y ACT y el tercer grupo sería un grupo control al que se le aplicaría SSTP tras finalizar el tratamiento en los grupos anteriores.

En 2015, Whittingham realizó un ensayo controlado aleatorio como bien había propuesto años antes. La aplicación de SSTP estaría enfocada a mejorar las habilidades de los padres en la crianza mientras que ACT se enfoca en el significado psicológico de la crianza,

mejorando la flexibilidad psicológica y aumentando la capacidad de los padres para usar las habilidades en un contexto emocional estresante. Los resultados mostraron que la combinación de SSTP y ACT redujo los síntomas depresivos y el estrés de los padres; esto se asoció a su vez con una mejora en el desempeño funcional del niño, informado por los padres, en el dominio de movilidad. Por tanto, demostró la eficacia de la combinación de una intervención parental SSTP con ACT, pues mejoró el rendimiento funcional y la calidad de vida de los niños con discapacidad y el ajuste de los padres.

Hasta ahora los programas revisados combinan ACT junto con otro tipo de terapias, es por ello que para obtener una visión más clara de los efectos que tiene su aplicación, sería conveniente aplicar ACT de manera única. Además del objetivo de ver la eficacia de ACT, es interesante ofrecer este programa para padres de niños con PC ya que en nuestro contexto cultural no existen datos de aplicación de ACT en esta población.

2. Planificación acciones de intervención

2.1 Objetivos

El objetivo general del programa es facilitar la aceptación de los sentimientos o emociones consecuentes del diagnóstico de PC de sus hijos/as.

Los objetivos específicos son:

1. Concienciar de las consecuencias de controlar y querer evitar los eventos privados.
2. Desarrollar una perspectiva del “yo” como un contexto en el que emergen los eventos privados.
3. Clarificar nuevos caminos valiosos y comprometerse a seguirlos.

2.2 Población

Los participantes serían entre 6 y 10 padres, siendo más conveniente que asistan ambos miembros de la pareja, y cuyos hijos/as tengan de 1 a 5 años, pues es la edad

comprendida en la que se diagnostican la mayoría de casos de PC; y vayan a la Asociación de Parálisis Cerebral de Jaén (ASPACE Jaén).

No obstante, por cuestiones éticas, una vez finalizado el programa en su totalidad se pondría a disposición de todos los padres que quieran beneficiarse del mismo.

2.3 Recursos personales y materiales

Los recursos necesarios para poder llevar a cabo la intervención son:

- Un/a psicólogo/a que tenga formación y experiencia previa en ACT.
- Una sala en ASPACE Jaén donde poder llevar a cabo el tratamiento.
- Los dos instrumentos de evaluación, descritos más abajo, y bolígrafos y papel para el desarrollo de algunas actividades.

2.4 Cronograma

El programa tendrá un total de 5 sesiones desarrolladas a lo largo de 5 semanas, de una hora y media de duración cada una, mientras que sus hijos/as están en terapia.

2.5 Procedimiento

Unas semanas antes del comienzo del programa, se informará a los padres sobre las características del mismo, y así aquellos que muestren interés podrán participar.

Una vez se hayan decidido a participar, y antes de iniciar el programa, el/la psicólogo/a se pondrá en contacto con ellos para tener una entrevista con los dos miembros de la pareja si deciden participar ambos en el programa o de manera individual. El objetivo es que haya una primera toma de contacto, donde el/la terapeuta pueda conocer mejor los problemas de cada uno de ellos, cómo lo están pasando, informarse de la situación de cada padre y madre.

Además, se les pedirá que completen en ese mismo día dos pruebas de evaluación. El objetivo de esto es comprobar al final del programa si ha habido cambios o no en los padres y madres, es decir, poder hacer una comparación pre-post tratamiento. Las dos pruebas utilizadas para ello serán:

- El *Cuestionario de Aceptación y Acción - II* (AAQ-II; Bond, *et al.*, 2011) (Anexo 1) en su versión adaptada y validada en español (AAQ-II; Ruiz *et al.*, 2013) que ha demostrado tener gran validez externa y mejores propiedades psicométricas y mejor estructura factorial que la primera versión de AAQ (Hayes, *et al.*, 2004). Se desarrolló con el fin de obtener una medida de la evitación experimental y la inflexibilidad psicológica, siendo una medida válida y fiable. Consta de 7 ítems, que hacen referencia al rechazo a experimentar emociones y pensamientos no deseados y a la incapacidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con emociones, pensamientos o situaciones difíciles; y que se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos.

- El Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ; Gillanders, *et al.*, 2014) (Anexo 2) en su versión validada en español (CFQ; Romero-Moreno, *et al.*, 2014) que mostró una buena estructura factorial y buena consistencia interna. El CFQ es una medida general de la fusión cognitiva y cuenta con 7 ítems que se responden con una escala Likert de 7 puntos.

Una vez acabado el programa, se pasarán las mismas pruebas y se podrán comparar los resultados, para ver si ha habido un cambio o no en los padres y también para comprobar la efectividad del programa.

A continuación se presenta una descripción de las sesiones:

Sesión 1:

Para comenzar esta sesión, en primer lugar se les recordará a los padres que todo lo que se trate allí es confidencial.

Se establecerá una primera toma de contacto tanto entre los padres y madres que participan como entre ellos y el psicólogo. Para ello el psicólogo animará a cada uno de ellos a que cuenten su experiencia, su reacción ante el diagnóstico, que emociones desencadenó y

que los demás interactúen contando si en algún momento se han sentido igual, o si han tenido una situación parecida... Esto permitirá que se sientan integrados, que se conozcan, y que se sientan comprendidos y sobre todo se sientan escuchados.

Se establecerá un **buen rapport** a través de la “metáfora de los dos escaladores” (Wilson y Luciano, 2002), así de esta forma lo que se quiere es hacerles ver que parten desde un nivel de igualdad. Que el/la psicólogo/a no es más que ellos ni está en un nivel superior, que también tiene sus propios problemas, su propia vida. Se les pone en situación de que el/la terapeuta está subiendo su montaña y cada uno de ellos la suya propia. ¿Qué ocurre? Que él o ella desde su montaña ve mejor los caminos de ellos, los obstáculos, las piedras, si de repente hay arenas movedizas, ve sus montañas desde otra perspectiva, y tiene herramientas que puede ir ofreciéndoles para guiarles de forma que poco a poco puedan ir subiendo su montaña y que finalmente consigan hacerlo de manera independiente. Así después, ante cualquier otro problema que les surja en la vida, podrán resolverlo de manera independiente.

Sesión 2:

Para empezar esta sesión, se hará un **análisis funcional de los eventos privados** de cada uno de los participantes. Se les pedirá que piensen y anoten en un papel las emociones o pensamientos que tienen y a ser posible en qué situaciones aparecen, o si los tienen constantemente. Cada uno experimentará diferentes emociones o pensamientos, tales como culpa, vergüenza, tristeza, miedo, ansiedad; aunque estén ante una misma situación, tener un hijo/a con PC. Cada uno irá trabajando sus propios eventos privados, junto con el/la terapeuta para ver cómo reaccionan cuando los experimentan, las consecuencias a corto plazo, es decir, lo que consiguen, y las consecuencias a largo plazo, que sería lo que pierden. Se les pondrá un ejemplo, como puede ser que ante una situación que nos genere ansiedad, tendamos a alejarnos de allí. Esto a corto plazo nos producirá alivio, pero a largo plazo crea una asociación entre ansiedad y huir, que no va a solucionar esa ansiedad, sino que va a aumentarla.

Para concluir esta sesión, con la “metáfora de las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002) se trabajará la **desesperanza creativa**. El terapeuta comenzará diciendo: “*Ima-*

ginaos en una situación en la que estáis teniendo una emoción o pensamiento de los que anteriormente hemos trabajado. Cuando esto ocurre es como si entraseis en arenas movedizas. ¿Por qué?” Y a partir de aquí se debate entre todos el porqué, si intentarían salir o no, qué ocurriría si lo intentasen. El fin es que caigan en la cuenta de que al moverse para liberarse de esas arenas movedizas, realmente se hunden más, al igual que pasa con sus eventos privados y la estrategia que llevan a cabo, que creen que funciona pero cada vez están más hundidos en esas arenas movedizas; es a través de la aceptación de esas emociones o pensamientos difíciles como habrá un cambio y como otras emociones o pensamientos podrán surgir. En conclusión, que la evitación de sus eventos privados acaba por volverse perjudicial para sus vidas, porque están evitando lo que les está ocurriendo, es decir sus emociones o pensamientos, y al final esto hace que se olviden de las cosas importantes de sus vidas, como por ejemplo disfrutar de su hijo/a, de su familia, y de vivir en general.

Sesión 3:

En esta tercera sesión se trabaja otro componente de ACT, el **control de los eventos privados como problema**. Lo que se intenta explicar es que el problema es el control de sus emociones o pensamientos, y no los propios eventos privados en sí.

Cada uno de ellos tiene unas preocupaciones, se les pedirá que piensen en sus emociones o pensamientos, o incluso recuerdos, que sean su mayor preocupación, su problema. Con la ayuda de la “metáfora de la lucha con el monstruo” (basada en Hayes, *et al.*, 1999), el/la terapeuta les preguntará: “*¿Podrías decirme si vuestro problema se parecería a una persona que estuviese unida a un monstruo por una cuerda y con un foso entre ambos?*”. Se dejará un tiempo para que piensen y todos compartan su opinión. El/la terapeuta continúa planteándole y preguntándole: “*¿Qué haríais en ese lugar, tiraríais de la cuerda o por el contrario os quedaríais parados?*”, “*¿qué ocurriría si tiraseis y el monstruo también lo hiciese?*”. Se abre un debate en el que todos participan, durante el cual cada uno expresa su opinión y así el terapeuta puede orientarles y plantearles qué harían basados en sus propias experiencias, pues pueden limitar sus vidas a estar pendientes de la cuerda, es decir, a sus emociones o pensamientos, o bien pueden soltar sus cuerdas y ver al monstruo.

Sesión 4:

En esta sesión se trabajará un componente central de ACT: los **valores**. El fin de esta sesión es que cada uno de los padres y madres clarifiquen sus valores como padres, como por ejemplo, el tipo de padres que les gustaría ser con sus hijos.

Para ello, el/la terapeuta hará uso de la “metáfora del jardín” (Wilson y Luciano, 2002) y comenzará poniéndoles en la situación de que cada uno tiene su propio jardín, y que las plantas del jardín son las cosas importantes de sus vidas, como pueden ser la familia, los amigos, el trabajo, la pareja. Continúa el/la terapeuta diciéndoles que no todas las plantas son igual de importantes, pues algunas no son tan relevantes y han dejado por ello menos espacio para ellas en su jardín, mientras que a otras les han ido dejando más espacio para crecer más, con más fuerza, y entonces les preguntará: “*¿Qué cosas o áreas de vuestras vidas son valiosas, como si fueran las flores de vuestro jardín?*”, “*¿Cuánto os importa cada una de ellas?*”. Se deja entonces un tiempo para que reflexionen sobre ello, incluso que en un papel puedan si quieren dibujar su propio jardín, ponerle nombre a cada una de las flores que tengan, la importancia que le dan a cada una y su implicación en ellas. Se indagará sobre la importancia y la implicación, pues a veces no es coherente una cosa con otra, entonces el/la terapeuta les preguntará: “*¿Estáis cuidando las flores que más queréis de vuestro jardín como queréis cuidarlas?*”, “*¿qué se interpone en el cuidado de sus flores?*”. El/la terapeuta continuará la metáfora, esta vez hablará de las malas hierbas que crecen en los jardines: “*Se sabe que en los jardines crecen malas hierbas, ¿qué hacéis con las malas hierbas que crecen en vuestro jardín?*”. “*Si nada más aparecer una mala hierba la arrancáis, ¿eso haría que la mala hierba desapareciera para siempre?*”. En este punto se pretende que caigan en la cuenta de que los eventos privados propios son esas malas hierbas que crecen en el jardín. Se pone en evidencia que no porque uno esté presente, las malas hierbas, significa que el otro esté ausente, las flores; sino que ambos pueden coexistir en el mismo jardín.

A partir de este punto, la metáfora continúa queriendo poner en evidencia los resultados de su evitación y de querer controlar sus eventos privados aversivos, el/la terapeuta sigue así: “*Si solo os dedicaseis a arrancar estas malas hierbas que crecen en vuestro jardín, ¿qué pasaría con las flores que crecen si no se cuidan?*”, “*¿y si la mala hierba también fuese parte de tener un jardín?*”, “*¿y si hubiese que aprender a vivir con todo lo que crece en el jardín?*”.

“Porque, si siempre estáis pendientes de la mala hierba... ¿podéis disfrutar de las plantas que os da vuestro jardín?”

Con esta metáfora se quiere que los padres comiencen a ver los eventos privados aversivos como parte de tener un “jardín bonito” y además que vean que sus persistentes intentos de controlarlos o evitarlos hacen que se alejen de sus valores. Una buena forma de concluir esta sesión y que a su vez sirva para reflexionar sobre sus valores, sería con la siguiente pregunta: “¿Qué hubiera cambiado en vosotros como padres si vuestro hijo/a no hubiera sido diagnosticado de PC?”, ¿”qué sería distinto en ese trayecto con respecto al actual?”.

Al finalizar la sesión se aclararán las posibles dudas.

Sesión 5:

En esta sesión los componentes a trabajar serán: **la desliteralización o desactivación de las funciones verbales y establecer el Yo como contexto más que como contenido.**

El primer componente se refiere a despojar a una palabra de su literalidad, que una palabra deje de tener significado. Para ello se realizará el ejercicio de “repetir muchas veces, y sin parar, una palabra” (Wilson y Luciano, 2002) que trata de romper el vínculo entre las palabras y su función. Durante este ejercicio se les pide que repitan una palabra, por ejemplo “leche”, y que acto seguido diga lo que se le ha venido a la mente al decirla, por ejemplo su sabor, su olor, su color. Tras comentarlo un tiempo y experimentarlo, repiten en voz alta, al mismo tiempo que el terapeuta, la palabra “leche” durante dos o tres minutos. Con esto lo que se pretende es que la palabra pierda sentido, que les resulte hasta extraña y que pierda cualquier relación con la leche real en este caso.

Una vez hecho el ejercicio con la palabra leche, se les pide a cada uno que recuerde esa emoción o pensamiento trabajado en sesiones anteriores con las distintas metáforas y hagan lo mismo que con la palabra leche, que la repitan. El/la terapeuta les pregunta entonces: “¿Qué pasa con esa emoción o pensamiento cuando lo repetís sin parar?”, “¿tiene el mismo sentido u os resulta extraño?”. Es decir, con este ejercicio, al igual que con cualquier otra palabra, se pretende que los padres caigan en la cuenta de que un pensamiento o una emoción son solo eso, y que aunque sigan en sus mentes, no hay que permitir que controlen sus acciones, que no sean una barrera en sus conductas hacia sus valores.

El segundo componente consiste en aprender a separar el yo como contexto de las emociones y pensamientos como contenidos, es decir, se trabaja la perspectiva de uno mismo con respecto a sus eventos privados. Para ello el/la terapeuta utilizará la “metáfora del tablero de ajedrez” (basada en Hayes, *et al.*, 1999): “*Imaginad un tablero de ajedrez y sus figuras de distinto color. Vamos a considerar que las piezas blancas son pensamientos positivos, de optimismo, y su misión es derrotar a las piezas negras, que son pensamientos negativos. ¿Con qué os identificáis cada uno de vosotros en esta lucha?*”. A partir de este punto se permite que cada uno diga con lo que cree que se identifica, intercambiarán opiniones y, tras un tiempo, el/la terapeuta continuará: “*Una cosa importante es que cada vez que las piezas blancas vencen alguna negra, las negras se van multiplicando, y cada vez hay más piezas negras*”. Con esta metáfora se pretende que cada uno de los padres y madres caiga en la cuenta de que al igual que con las fichas, con los pensamientos ocurre igual, intentan controlar esos pensamientos negativos y sin embargo cada vez aparecen más y más, olvidándose que ellos son el tablero.

Se trata de que entiendan que por un lado están sus emociones y pensamientos y por otro ese yo que nota esas emociones y pensamientos; que son dos partes diferenciadas, y que ellos son mucho más que sus fichas negras y que sus fichas blancas, mucho más que sus eventos privados.

Sesión 6:

Para finalizar el programa, el último componente trabajado será **estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida**. El objetivo es ayudarles a desistir en la lucha contra sus eventos privados, aceptar lo que no es posible modificar y comprometerse a seguir nuevos caminos valiosos. El/la terapeuta empleará para ello la “metáfora del autobús” (Wilson y Luciano, 2002) y les pondrá en la siguiente situación: “*Imaginad que cada uno de vosotros sois el conductor de un autobús, y en él hay distintos pasajeros que se pueden identificar con vuestras emociones, pensamientos, recuerdos. Pero hay un problema, y es que estos pasajeros son muy molestos, ¿qué haríais con ellos?*”. Se deja un tiempo para que todos hablen, al igual que en el resto de sesiones, y se continúa con la metáfora: “*Echarlos sería la mejor solución, ¿no? Pero... este autobús tiene una única puerta de entrada, no de salida. Y mientras estáis intentando bajarlos del autobús, estáis parados, sin ir a ninguna*

parte. Los pasajeros siguen molestando, diciendo por donde tenéis que ir con vuestro autobús. ¿Les haríais caso para que dejaran de molestar? ”. Tras otro tiempo de intercambiar opiniones, el/la terapeuta les dice lo siguiente: “Si cedéis a sus indicaciones, llega un día en que creéis seguir siendo el conductor de vuestro autobús pero quien realmente lo está llevando son los pasajeros en lugar de vosotros mismos. Vosotros vais bien porque han dejado de molestar pero, ¿realmente estáis haciendo lo que deseáis? ¿Estáis yendo por el camino que queréis? ”. De nuevo, al igual que en la 4ª sesión, se les hace reflexionar sobre hacia dónde quieren ir y qué acciones les acercan a lo que desean.

Esta última metáfora permite que cada uno de los padres y madres identifique ese trayecto en autobús con sus propios trayectos hasta ahora dirigidos por sus eventos privados aversivos. Se pretende que acaben sintiendo que lo importante es que siempre dirijan sus vidas hacia donde ellos quieren, hacia sus valores. Aceptar y saber convivir con sus eventos privados forma parte del trayecto, pero quien conduce en este trayecto son ellos mismos.

Una vez se ha llegado al final del programa y tras trabajar los distintos componentes de ACT, los participantes irán dándose cuenta del control que ejercen sus eventos privados sobre ellos mismos, irán conectando con sus valores, y con esta última metáfora se vuelve a recalcar ese poder dado a las emociones y pensamientos aversivos y a la importancia de dirigir sus vidas hacia lo que les importa.

Antes de acabar la sesión se les pedirá que completen de nuevo las dos pruebas de evaluación que se pasaron inicialmente para poder hacer después la comparación de resultados.

Por último, se realizará un seguimiento de los participantes a las dos semanas, al mes y a los 6 meses para valorar su evolución y la efectividad de la terapia.

2.6 Conclusiones

Debido al inesperado diagnóstico de parálisis cerebral de un hijo/a, los padres pasan por un proceso en el que experimentan distintas emociones, pensamientos y sentimientos. Sin embargo no todos enfrentan esta situación de igual manera y son muchos los padres que quedan atrapados en la lucha contra estos eventos privados aversivos. Esto es lo que desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) denominan Trastorno de Evitación Experiencial (TEE).

ACT es una terapia que se puede aplicar en distintos contextos y en distintas situaciones, pues gracias a sus componentes y al uso de metáforas, paradojas o ejercicios experienciales, no trata de dar explicaciones lógicas o con sentido, sino que permite que cada persona las aplique y experimente según su problema y su necesidad.

Con este programa de intervención se plantea la aplicación de una terapia tan efectiva a día de hoy como es la ACT en el tratamiento de muchos problemas (e.g., Ruiz, 2010), y de la que no se encuentra evidencia de aplicación en nuestro contexto cultural a padres de niños con PC.

Las limitaciones que tiene el programa planteado es que está destinado para pocas personas y los resultados no podrían ser muy generalizables por este motivo; sin embargo, se podría ver si en estos participantes tiene efecto su aplicación y así poder ser revisado para poder aplicarlo a más personas en este ámbito; incluso se podría adaptar a la fase que estén pasando, pues los padres no tienen las mismas preocupaciones tras el diagnóstico de PC de sus hijos/as que cuando los hijos/as son adultos.

3. Referencias bibliográficas

Armijos, N. C. (2013). *Impacto psicológico en padres de familia que tiene que afrontar el nacimiento de un niño (a) con parálisis cerebral* (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito.

ASPACE Jaén. (2019). Recuperado de: <http://aspacejaen.org>

Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.

Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V., & Walser, R. (2014). Adapting Acceptance and Commitment Therapy for Parents of Children With Life-Threatening Illness: Pilot Study. *Families, Systems & Health*, 32(1), 122-127.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28 (1), 1-18.

Calero, M.A. (s.f.) Metáforas y Ejercicios ACT. [Entrada en un blog]. Recuperado de: <https://solucionespsicologica.wordpress.com/recursos-para-psicologosas/metaforas-act/>

ClinikLab. (s.f.). *Instrumentos ACT y Tercera Generación*. Recuperado de: <https://clinklab.konradlorenz.edu.co/2017/09/act3gen.html>

Criado, M. J. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en padres con hijos con discapacidad* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Jaén, Jaén.

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M.P., Berrocal-Castellano, M., Benítez, A., Robles-Vizcaíno, C., & Laynez-Rubio, C. (2013). Experiencias y cambios en los padres de

- niños con parálisis cerebral infantil: estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(1), 9-20.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- García, M. (2009). LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. España: León. Recuperado de: https://www.academia.edu/4140055/14_3-TERAPIA-DE-ACEPTACION-Y-COMPROMISO
- García, R. (2016). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Jaén, Jaén. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10953.1/3465>
- Gould, E., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88.
- Hayes, S. C. (s.f.). Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Association for contextual behavioral science. Recuperado de <https://contextualscience.org/act>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press
- Ortega, P. (2002). *El Ejercicio de la Paternidad en varones con hijos que nacen con problemas en su desarrollo* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: http://tesis.unam.mx/F/?func=find-b&find_code=WRD&request=El+ejercicio+de+la+paternidad+en+varones+con+hijos+que+nacen+con+problemas+en+su+desarrollo&local_base=TES01

- Ortega, P., Torres, L., Garrido, A., & Reyes, A. (2006) Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. *Psicología y Ciencia Social*, 8(001), 21-32.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, C. (2006) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Ruiz, F. (2010) A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013) Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017) Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.
- Terapias de grupos de tercera generación. (6 de marzo de 2018) Cuando los intentos de control son el problema: metáfora de los hoyos y las arenas movedizas. [Entrada en un blog]. Recuperado de: <http://fapcontexto.blogspot.com/2018/03/cuando-los-intentos-de-control-son-el.html>
- Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2013) Stepping Stones Triple P and Acceptance and Commitment Therapy for parents of Children with Cerebral Palsy: Trial Protocol, *Brain Impairment*, 14(2), 270-280.

Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2014) Parents of Children with Disabilities, Mindfulness and Acceptance: a Review and a Call for Research. *Mindfulness*, 5(6), 704-709.

Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2016) Parenting Intervention Combined With Acceptance and Commitment Therapy: A Trial With Families of Children With Cerebral Palsy, *Journal of Pediatric Psychology*, 41(5), 531–542.

4. Anexos

Anexo 1



AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.					1	2 3 4 5 6 7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.					1	2 3 4 5 6 7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.					1	2 3 4 5 6 7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.					1	2 3 4 5 6 7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.					1	2 3 4 5 6 7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.					1	2 3 4 5 6 7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.					1	2 3 4 5 6 7



Cra 9 bis No. 61 - 38 - Tel 57+1 3472311- franciscoj.ruijz@konradlorenz.edu.co / mariab.garciam@konradlorenz.edu.co - <http://http://cliniqlab.konradlorenz.edu.co>

Anexo 1: AAQ-II

Anexo 2



CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6 7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6 7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6 7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6 7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6 7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6 7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6 7



Cra 9 bis No. 61 - 38 - Tel 57+1 3472311- franciscoj.ruizi@konradlorenz.edu.co / mariab.garciam@konradlorenz.edu.co - <http://http://clliniklab.konradlorenz.edu.co>

Anexo 2: CFQ