



UNIVERSIDAD DE JAÉN

*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

# **Intervención online basada en ACT para un caso con topografía de ansiedad social**

**Alumna: Vanessa Álvarez Ligeró**

Tutora: Mónica Hernández López

Dpto: Psicología Evolutiva y de la Educación

Tutor: Miguel Rodríguez Valverde

Dpto: Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológico

*Como diría Bécquer...*

*¿Qué es la psicología?*

*Me preguntas clavando tus pupilas.*

*Psicología no eres tú,*

**¡Psicología es aprendizaje!**

*T. J. Carrasco Giménez, 2020*

*A Tomás por ser mentor, guía y cometa Halley.*

*A Laura porque un día “Equivalencia de estímulos” dejará de ser un sueño.*

*A Edgar porque “Psicotwitter” nos enseña la filosofía de la psicología.*

*A Miguel y Mónica por abrirme la puerta a toda una nueva generación de terapias.*

*A Jose Antonio por su apoyo incondicional y aprendizaje durante estos dos años.*

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN.....	5
Terapia de aceptación y compromiso.....	6
OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	11
Hipótesis.....	11
Objetivos.....	11
MÉTODO.....	12
Diseño.....	12
Instrumentos y medidas de evaluación.....	13
Cliente.....	14
Historia clínica.....	15
Hipótesis de la entrevista.....	17
Análisis funcional y topográfico del caso.....	18
Procedimiento.....	21
Sesiones de Evaluación.....	22
Sesiones de Intervención.....	23
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	47

## **ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS**

Tabla 1 Procesos psicopatológicos y terapéuticos.....	10
Tabla 2 Análisis funcional del caso.....	20
Tabla 3 Mecanismos terapéuticos y técnicas.....	33
Tabla 4 Resultados de los cuestionarios.....	35
Tabla 5 Resultados autorregistro acciones valiosas y malestar.....	37
Figura 1 Diferencia de medias acciones valiosas y malestar .....	38

## **Resumen**

La presente investigación aborda un caso clínico que podría encuadrarse dentro de la topografía de trastorno por ansiedad social o fobia social desde una perspectiva contextual-funcional. Se utilizará para ello la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) pues esta cuenta con numerosos estudios sobre su efectividad en los problemas de salud mental en formato presencial. Sin embargo, existe menor evidencia empírica en la modalidad no presencial. Formato que se encuentra en auge, debido a la pandemia provocada por el COVID-19. Por ello este estudio tiene como objetivo explorar la aplicación de ACT en una cliente que presenta una topografía de ansiedad social en formato online mediante un diseño pre-post y de caso único simple o AB. Se obtuvieron tamaños del efecto altos indicando diferencias clínicamente relevantes indicando un aumento de la flexibilidad psicológica y una disminución de la afectividad negativa. Se discuten las implicaciones de las mismas, así como las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

**Palabras clave:** ACT, Ansiedad social, Online.

## **Abstrac**

The present research addresses a clinical case that could be framed within the topography of social anxiety disorder or social phobia from a contextual-functional perspective. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) will be used for this purpose because it has numerous studies on its effectiveness in mental health problems in face-to-face format. However, there is less empirical evidence in the non-face-to-face modality. This format is booming, due to the pandemic caused by COVID-19. Therefore, this study aims to explore the application of ACT in a client presenting with a topography of social anxiety in an online format using a pre-post and single case or AB design. High effect sizes were obtained indicating clinically relevant differences indicating an increase in psychological flexibility and a decrease in negative affectivity. Implications are discussed, as well as limitations of the study and future lines of research.

**Key words:** ACT, Social anxiety, Online.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un elevado, intenso y persistente miedo a establecer relaciones con los demás. Este miedo sería considerado muy desproporcionado de cara al peligro real que implicaría en realidad la situación o acontecimiento. La persona se sentiría muy expuesta a las críticas, evaluaciones negativas y rechazo por parte de las personas de su entorno (American Psychiatric Association [APA], 2014). Este miedo podría tomar varias formas, siendo las principales: la interacción con las personas del entorno como iniciar, mantener o terminar una conversación (sobre todo con personas desconocidas) algo que acabaría conllevando también bastantes problemas de asertividad. Miedo a ser observado por otras personas, por ejemplo, comer o beber delante de otras personas que producirían una vergüenza excesiva. Actuar delante de otras personas, esto puede ser por ejemplo exponer un trabajo en público, dar una charla, mostrar una habilidad delante de otros, etc. Vivir estas experiencias llevaría a una persona con fobia social a evitar tales situaciones o realizando un gran esfuerzo pasar por ellas soportando el malestar asociado y por tanto la persona no podría llevar una vida plena (Bados, 2001). Para la consulta específica de los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-5 se invita al lector a consultar el Anexo 3.

El trastorno de ansiedad social, aparece por primera vez en el DSM-III (APA, 1980), en la fobia social se encontraba situada en la categoría de las fobias (Bögels et al., 2010), y se realizaba una diferenciación entre agorafobia, fobia social y fobia específica (Marks y Gelder, 1966). Se distinguía también entre ansiedad social generalizada o no generalizada dependiendo de si se temían la mayor parte de las situaciones sociales o no (Heimberg et al., 2014). Uno de los cambios más destacados entre el DSM-IV-TR y su última edición (DSM-5) ha sido que ha pasado de denominarse “fobia social” a “Trastorno de ansiedad social”.

El trastorno de ansiedad social se encuentra con frecuencia tanto en adolescentes como en adultos jóvenes, en Europa su prevalencia es de 6’8 % (Fehm et al., 2005). Existe una tendencia más elevada a acabar desarrollando ansiedad social en mujeres que en hombres. Presenta una alta comorbilidad con respecto a una gran cantidad de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de consumo de sustancias (Beesdo-Baum et al., 2012).

Las terapias de tercera generación (Hayes, 2004) nacen de una concepción contextual de la salud mental. Ayudando a resolver algunos problemas del modelo médico, como serían por ejemplo la comorbilidad o la estigmatización que suponen las etiquetas diagnósticas. Respondiendo a la insatisfacción producida por los sistemas diagnósticos actuales. Así las terapias de tercera generación proponen un cambio en el modelo psicopatológico actual que va orientado hacia una psicología basada en un sistema de relaciones entre el individuo y su entorno, recuperando de nuevo una perspectiva contextual, ya que este movimiento se comenzó derivando del conductismo radical, asentándose en el análisis funcional y estableciendo un marcado interés en la conducta verbal (Pérez Álvarez, 2014), así prosiguió evolucionando hasta finalmente derivar en el contextualismo funcional, en el cuál se estudia la acción de las personas en su contexto y sus procesos funcionales (Hayes et al., 2012). Por tanto, como alternativa a los sistemas de clasificación basados en topografías de respuesta, que tienen un carácter más descriptivo que explicativo del comportamiento humano. Se propone en el siguiente trabajo abordar un estudio de un caso único que se podría encuadrar dentro de la topografía de trastorno por ansiedad social o fobia social desde una perspectiva contextual-funcional. Se utilizará para ello la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999), esta tiene como objetivo fomentar la flexibilidad psicológica, la cual se encuentra en la base de una variedad de diagnósticos distintos (Hayes et al., 1996). Presenta una mirada transdiagnóstica teniendo en cuenta el contexto y las funciones psicológicas de los eventos, además de la topografía.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

ACT es una terapia contextual conductual, posiblemente es la que ha alcanzado una mayor fama y relevancia por tanto es más conocida y se derivaría del conductismo radical de Skinner. Es pertinente la aclaración para evitar la confusión que se genera con el conductismo metodológico, de que con “radical” se hace referencia a que va a la raíz del problema, incluyendo los eventos privados que ocurren bajo la piel (pensar, sentir, recordar, calcular, etc.) (Pérez Álvarez, 2006).

ACT muestra una base teórica sólida ya que está basada en la teoría del marco relacional (TMR), que se presenta a sí misma como post-skinneriana, se trata de una teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana, (Hayes et al., 2012) esta teoría estudia de forma experimental de qué manera las personas aprenden el lenguaje en las interacciones sociales. Englobando el aprendizaje de eventos psicológicos, tanto

privados que serían los sentimientos y pensamientos, cómo públicos y observables como es la conducta, reubicándolos en el contexto de que estos tienen una función interpersonal. En definitiva estudia el aprendizaje relacional en el que las personas pueden responder a un estímulo en términos de otro sin haber tenido ninguna experiencia previa con este, gracias al establecimiento de relaciones arbitrarias que se hayan formado en la historia entre ambos. En la línea de lo anterior la TMR entendería el lenguaje cómo un comportamiento relacional adquirido en la historia de aprendizaje, instaurándose como una conducta operante que posibilita establecer relaciones arbitrarias entre estímulos sin experiencia directa, determinando sus funciones de acuerdo a las relaciones establecidas (Luciano et al., 2006).

Enlazando lo anterior con ACT el hecho de ser seres verbales es algo que en cierto modo complica la vida al ser humano. Igual que podemos recordar o imaginar situaciones pasadas o futuras, que nos produzcan emociones agradables, también recordamos o imaginamos situaciones que nos producen emociones desagradables (Luciano y Valdivia 2006). Intentamos sentirnos siempre bien, esto es algo que aprendemos de nuestro contexto ya que se nos vende la felicidad a cada paso y no se concibe el dolor como parte de la vida, esto acaba inevitablemente dando lugar a pensamientos, recuerdos y sensaciones aversivos. Aquí comienza un problema del que resulta complejo escapar ya que la persona empieza a realizar conductas para escapar de sus propios sentimientos y pensamientos, sentirse bien cómo algo totalmente necesario para poder vivir. La persistente búsqueda de sentimientos y pensamientos agradables y el control o escape de los desagradables dan lugar a una dinámica de comportamiento muy destructiva: la evitación experiencial.

Todo lo anteriormente descrito formaría parte de la inflexibilidad psicológica, se trata de un patrón de comportamiento que constituye lo problemático de una diversidad de trastornos formalmente diferentes, es decir, bajo el modelo psicopatológico de ACT la inflexibilidad psicológica se encuentra en la base de una variedad de diagnósticos distintos. Si desgranamos los inicios de la inflexibilidad psicológica, este proceso psicopatológico se denominó cómo Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001) tratándose este de un patrón reiterado por el cuál una persona trata de eludir los eventos privados con una función aversiva. Los eventos privados son los pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones corporales, que en principio son sólo observables por quien las produce, y son entendidos como conducta. Evitar tales eventos aportaría un alivio a corto plazo, que acaba siendo contraproducente

a largo plazo. La inflexibilidad psicológica tiene un patrón de comportamiento con una función muy clara; controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan, llevando a vivir con una necesidad imperante de evitar el malestar y por contrapartida la búsqueda constante del placer y bienestar (Luciano, et al., 2006).

ACT tiene como objeto incrementar la flexibilidad psicológica. La flexibilidad psicológica sería la capacidad de una persona para experimentar pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos e imágenes de manera plena, es decir, sin realizar esfuerzos para evitarlos, controlarlos, analizarlos o juzgarlos, lo que sería contraproducente (Pérez Álvarez, 2014), esto estaría al servicio de llevar una vida valiosa.

La flexibilidad psicológica se podría construir a través del “Hexaflex” se trata de un hexágono con 6 vértices interconectados que describe los procesos esenciales que conforman un modelo psicopatológico y de tratamiento a trabajar durante la intervención (Páez y Montesinos, 2016):

- 1) La Defusión cognitiva: Estar fusionado implicaría que el pensamiento se torne muy literal, con lo cual lo conveniente es tener otra manera de relacionarse con los eventos privados, para que estos adquieran funciones distintas (Pérez Álvarez, 2014). Se trataría de reducir el control que ejercen determinados eventos privados, pudiendo experimentar los mismos sin que desencadenen respuestas de control/evitación. Una parte de este proceso es la desliteralización, en la que se trata de aprender a experimentar los pensamientos como lo que son, algo que en determinado contexto nos decimos, y no aquello a lo que se refieren.
- 2) La aceptación: adoptar una actitud abierta y flexible de la propia experiencia, de nuestras propias reacciones (pensamientos, emociones, sentimientos, etc.), en el curso de llevar una vida valiosa, significativa. No se refiere a resignación sino a no evitar los eventos privados aversivos, entendiendo que atravesar situaciones es parte del proceso de dirigirse hacia lo valioso (Luciano y Valdivia, 2006).
- 3) Contacto con el momento presente: se refiere mantenerse en el aquí y en el ahora, en términos técnicos se refiere a una exposición mediada por control estimular con prevención de respuesta ante lo que está ocurriendo ahora mismo. La pérdida del contacto con el presente, implicaría el enredamiento con el



pasado y el futuro dando esto como resultado una pérdida del contacto con las contingencias del momento actual (Pérez Álvarez, 2014).

- 4) El yo como contexto: se trata de percibirse a uno mismo con perspectiva desde la que observar y experimentar el ambiente y el propio comportamiento (los eventos privados). Esta perspectiva de observador o “yo como contexto” proporciona una postura consciente para la exploración de pensamientos y sentimientos (Páez y Montesinos, 2016) en lugar de fusionarse con sus emociones o pensamientos (yo contenido) reduciendo el abanico de comportamientos. Se trataría de reglas verbales que facilitan la exposición a estímulos encubiertos, anticipando el valor reforzante de exponerse a un evento indeseado.
- 5) Clarificación y elección de valores: Serían los ámbitos de la vida importantes y consistentes para el usuario, por ejemplo relaciones familiares, de pareja, formación o trabajo, espiritualidad, bienestar físico (Luciano y Valdivia, 2006). Explicado en términos conductuales se trataría de reglas verbales que anticipan el valor apetitivo como consecuencia del desarrollo de repertorios conductuales. Un entrenamiento de respuestas relacionales jerárquicas que enlazan comportamientos concretos bajo una misma conceptualización valor (Wilson et al., 2010). A un nivel más llano, esto vendría a significar que existen una serie de comportamientos que encuentran su nexo común en la misma conceptualización (significado), una serie de comportamientos que se enlazan y tienen el punto común en que lo que representan.
- 6) Compromiso de actuar: actitud activa en la consecución de lo importante en la vida del cliente, realizando una programación conductual, monitorizando y graduando actos concretos en función de metas y valores, que finalmente consiga hacer salir a la persona de la inacción y de la rigidez impulsiva (Marino Pérez, 2014).

Basándonos en la flexibilidad e inflexibilidad psicológica los procesos que conforman el modelo psicopatológico de ACT se podría resumir en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Procesos psicopatológicos y terapéuticos.*

<b>Procesos de inflexibilidad psicológica (Psicopatológicos)</b>	<b>Procesos de flexibilidad psicológica (Terapéuticos y saludables)</b>
Fusión cognitiva	Defusión
Evitación experiencial	Aceptación
Pérdida de contacto con el presente	Contacto con el momento presente
Apego al yo conceptualizado	El yo como contexto
Falta de claridad con los valores	Elección de valores
Inacción impulsividad o evitación	Compromiso de actuar

*Nota. En esta tabla se representan los procesos de inflexibilidad y flexibilidad psicológica.*

Dentro de estos 6 procesos saludables y terapéuticos, la defusión, aceptación, contacto con el presente y yo como contexto estarían más enfocados hacia la apertura, incluyendo una mayor conciencia. El contacto con el presente, yo como contexto, valores y compromiso redundarían hacia la idea de la implicación activa. (Pérez Álvarez, 2014).

A la luz de la información expuesta es fácil deducir que nos vamos a encontrar con bastantes clientes que presenten un modelo de inflexibilidad psicológica, entendida como la imposibilidad de responder de forma efectiva (consistente con valores) frente a los problemas de la vida. Cómo se puede deducir desde el punto de vista de ACT la reducción de síntomas no es lo fundamental, sino las acciones orientadas a valores.

En definitiva ACT ofrece una alternativa transdiagnóstica y transterapéutica cubriendo gran parte de los problemas clínicos, como son, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, experiencias traumáticas, problemas sexuales, problemas de pareja, etc. (Páez y Gutiérrez, 2012). También podemos constatar su efectividad a través de la evidencia obtenida en varios meta-análisis sumando a los problemas ya mencionados, depresión, síntomas psicóticos, estrés laboral, somatizaciones, etc. (Gloster et al., 2020; Ost, 2014; A-Tjak, 2015). En cuanto a fobia social ACT presenta protocolos efectivos aplicados a muestras de mujeres jóvenes consiguiendo tamaños del efecto altos y mostrando una disminución de

los síntomas principales, aunque no se establezca un tratamiento objetivo (Ossman et al., 2006; Craske et al., 2014).

Debido a la pandemia provocada por el COVID-19 los terapeutas han tenido que adaptarse y utilizar nuevas formas de administración y presentación de la terapia. En ACT en lo que se refiere al formato online existe una evidencia significativamente menor. Ha sido demostrada en intervenciones de distinta duración, incluyendo problemas de dolor crónico (Scott et al., 2018; Simister et al., 2018) y depresión (Sierra et al. 2018). En la modalidad no presencial se han conseguido tamaños del efecto entre medios y altos.

La vía online abre un amplio abanico de posibilidades, ya que hace más accesible y rentable la asistencia psicológica, lo que permite ayudar a mejorar la calidad de vida de más seres humanos. Conforme a lo anteriormente expuesto se propone en el presente trabajo una intervención psicológica online (videoconferencia) desde la perspectiva de ACT para la mejora de un caso clínico atendido en el Gabinete de Psicología de la UJA, en el que la presentación del problema, que se describirá más adelante, se corresponde con una topografía de ansiedad social.

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

El presente estudio tiene como principal objetivo investigar sobre la posibilidad de aumentar la flexibilidad psicológica de la cliente, así como la orientación hacia una vida basada en valores, a través de ACT aplicada en formato online.

### **Hipótesis**

En relación al objetivo anteriormente mencionado se plantean las siguientes hipótesis:

*Hipótesis 1:* La intervención mejorará la flexibilidad psicológica y por tanto el control o evitación de los eventos privados. Se medirá mediante el instrumento AAQ-II.

*Hipótesis 2:* La intervención disminuirá los estados emocionales desagradables (depresión, ansiedad social, ansiedad, estrés postraumático), evaluados a través de los cuestionarios (BDI, SPAI-B, STAI, TEPT).

*Hipótesis 3:* El trabajo en los procesos de Defusión Cognitiva, aceptación y la experiencia del Yo Contexto hará más probable la reducción de las autoevaluaciones negativas de sí misma, implementándose una mayor autocompasión medido a través del SCS.

*Hipótesis 4:* La intervención hará más probable que aumente la satisfacción con respecto a las acciones valiosas en su día a día orientadas a valor, disminuyendo el grado de malestar experimentado. Medido mediante autorregistro.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

El estudio se diseñó de acuerdo a una metodología de caso único de fase simple o AB y de Pre-post y requirió un total de 30 sesiones; se realizó una evaluación precisa y exhaustiva que ocupó las 4 primeras sesiones, una intervención de 24 y por último 1 sesión de seguimiento. Por otra parte se establecieron 3 sesiones más con personas de su entorno, 1 correspondiente a la evaluación, otra orientada a la implementación de pautas generales y una última de puesta en común.

La variable independiente introducida es la intervención basada en ACT y las variables dependientes son las siguientes;

- 1) La inflexibilidad psicológica. Medido mediante el AAQII.
- 2) Intensidad y frecuencia de la afectividad negativa; depresión, ansiedad, ansiedad social, estrés postraumático, medidos mediante los cuestionarios BDI, SPAI-B, STAI, EGS-R respectivamente.
- 3) Defusión Cognitiva, aceptación y la experiencia del Yo Contexto, frente a la autoevaluación negativa, medida mediante la escala SCS.
- 4) Nivel de satisfacción con respecto a las acciones valiosas. Medido a través de autorregistro.

En la fase A se tomaron las medidas pretratamiento utilizando los instrumentos BDI, SPAI-B, STAI, EGS-R y SCS y también se realizó el análisis funcional. Durante esta fase se realizó una entrevista con los familiares a modo de evaluación. En la fase B se realizó un seguimiento intertratamiento pasando de nuevo los instrumentos de evaluación. En lo que se refiere al autorregistro de satisfacción de acciones valiosas y grado de malestar diario (Anexo 2) adaptado de Luciano (2002) las medidas se tomaron

en el último periodo de intervención tras implementar el trabajo en valores. Igualmente se estableció un plan dirigido a clarificar las acciones valiosas, que se renovaba de forma semanal (BEVS; Lundgren et al., 2012). El post-tratamiento se realizó 7 días después de la finalización de la fase B volviendo a pasar los instrumentos de evaluación.

### **Instrumentos y medidas de evaluación.**

*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). Se trata de un cuestionario elaborado para medir la Flexibilidad-Inflexibilidad Psicológica. Está compuesto de siete ítems con una escala tipo Likert que varía de 1 (nunca es verdad) a 7 (siempre es verdad). Las puntuaciones totales pueden situarse entre los valores 7 y 49, a mayor puntuación obtenida indicaría unos niveles menores de flexibilidad psicológica. A partir de los 29 puntos se considera clínicamente relevante y la media en la población general se encuentra en torno a 21 puntos. Posee una consistencia interna de 0,75 a 0,93.

*Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory, BDI-II;* Beck, Steer y Brown, 1996. Adaptación española Sanz y Vázquez, 2011). Este cuestionario está compuesto por 21 ítems tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta que se puntúan entre 0-3. El rango de puntuación posible se sitúa entre 0 y 63. Según la puntuación que se obtenga se fijarían las siguientes divisiones constructos 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La fiabilidad es alta, obteniendo un coeficiente alfa de .87 (Sanz et al., 2003).

*Inventario de ansiedad y fobia social en forma breve (Social Phobia and Anxiety Inventory, Brief form, SPAI-B;* García-López et al., 2008). Se trata de un cuestionario compuesto por 16 ítems de escala tipo Likert que varía desde 1 (nunca) a 5 (siempre). A partir de 23 puntos se consideraría clínicamente relevante. Posee una consistencia interna de .92 (García-López et al., 2015)

*La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised, EGS-R;* Echeburúa et al., 2016). Entrevista estructurada compuesta de 21 ítems que está basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 abarcando las subescalas los cuatro núcleos sintomáticos principales del TEPT, estas son; reexperimentación (0-15 puntos), evitación conductual/cognitiva (0-9 puntos), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (0-21) y síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica

(0-18). Posee una consistencia interna de .91 y el punto de corte para considerarse clínicamente relevante estaría en 20 puntos.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI;* Spielberger et al., 1970. Adaptación española Buela-Casal et al., 2011). Consta de 40 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0-3), de los cuales 20 ítems evalúan la ansiedad/estado y 20 la ansiedad/rasgo, pudiendo obtenerse una puntuación en cada escala de 0 a 60 puntos. La consistencia interna es de 0,93 (Fonseca-Pedrero et al., 2012).

*Escala de autocompasión (Self-Compassion Scale, SCS;* Neff, 2003, Adaptación española García-Campayo et al., 2014). De forma general mide cómo las personas se autoevalúan. Se compone de 26 ítems con una escala tipo Likert (1-5), recogidos en 6 sub-escalas: autoamabilidad, humanidad, mindfulness, auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación. El resultado se calcula realizando los promedios de las subescalas, tanto de los ítems positivos como de sus reversos. Cuanto mayor es la puntuación total obtenida indicaría mayor autocompasión, que puede variar entre 6-30 puntos. Presenta una consistencia interna de .87 y una fiabilidad test-retest de .89.

*Autoinforme de acciones valiosas.* Se implementó a través de la plataforma virtual drive y se recordaba su cumplimentación a través de mensajería instantánea. Se llevó a cabo una adaptación del registro de Malestar y Acciones valiosas (Luciano et al., 2002) en el que se incluyó el número de acciones valiosas realizadas y dos escalas tipo Likert (1-5) una para indicar el nivel de satisfacción con las acciones valiosas realizadas y otra para indicar el grado de malestar experimentado (Anexo 3).

## **Cliente**

La cliente es una mujer a la que llamaremos “C” para que no sea posible su identificación. Tiene 19 años y es la mayor de dos hermanos, su hermano tiene 15 años de edad. Actualmente convive con sus padres y su hermano. Se encuentra en segundo curso de la carrera de historia y geografía en la Universidad de Jaén, ha cursado el primer año de carrera mientras vivía en una residencia cercana a la universidad, hasta la llegada de la pandemia por Covid-19 en febrero de 2020, donde debido al confinamiento se marcha a su pueblo en Córdoba y sigue las clases de forma online desde allí. El motivo principal de consulta es que a raíz de varios acontecimientos de bullying vividos en la infancia, siente mucho miedo y aversión a la hora de establecer

relaciones sociales con las personas de su entorno, añade que no se siente amada ni aceptada por los demás y que se encuentra muy sola.

### **Historia clínica.**

Durante el verano anterior la usuaria y su familia refieren que acuden en tres ocasiones a un psicólogo privado. Este psicólogo a la vista de la problemática de C, les expresa tener sospecha de un posible diagnóstico de autismo. Y según refiere la usuaria y su familia les expresa que para dar este diagnóstico con seguridad necesita realizar una evaluación muy elevada a nivel económico. Al no poder afrontar tal inversión económica la familia decide abandonar la terapia. Todo lo anterior causa en C mucha impresión y pasa casi todo el verano encerrada en su habitación muy afectada creyendo que “tiene algo en su cerebro que no funciona bien”, ella realiza un gran esfuerzo en buscar e informarse bastante sobre autismo. Para aclarar esta situación la familia decide pedir cita en el sistema público de salud mental, la atención recibida es de un tiempo muy limitado. Desde salud mental no consideran oportuno realizarle ninguna prueba de evaluación, ni prescribir ningún tipo de medicación. Les informan entonces sobre el servicio prestado en el Gabinete de la Universidad de Jaén y recomiendan acudir al mismo, para obtener una atención más personalizada. Les expresan encontrarse muy desbordados y no poder prestar a la usuaria una terapia con la periodicidad y la atención que merece.

Durante su infancia la usuaria explica que siempre ha sufrido Bullying en el ámbito académico, desde que inició preescolar con 3 años, esta situación se fue incrementando durante la etapa escolar. Con 10 años vivió un episodio de Bullying bastante desagradable en el que se encontraba jugando al fútbol en educación física y entre varias compañeras la acorralaron en el baño y finalmente acabaron por agredirla. Los ataques y provocaciones de estas chicas se mantuvieron de forma continuada hasta los 12 años que se cambió de instituto. En el nuevo instituto comenzó teniendo un grupo de amigas pero más tarde fue rechazada por las mismas, lo que dio lugar a que se acabara quedando sola. Durante los dos años de bachiller no hizo amistades en clase, esta situación no ha cambiado durante la carrera, expresa que siente miedo de hablar con los compañeros y que estos la acaben rechazando, por lo que no intenta comunicarse con ellos.

En la actualidad dentro del ámbito académico le cuesta bastante estudiar no consigue concentrarse y se distrae con facilidad. Siente gran aversión a realizar

exámenes, esto ha ido aumentando hasta el punto de que tan sólo se presenta a dos de los cinco exámenes del primer cuatrimestre del presente curso. Cuenta que con los compañeros de clase no consigue establecer relaciones de calidad, el único contacto con ellos es debido a la obligatoriedad de realizar trabajos en grupo. Según refiere encuentra por lo general el problema de la poca colaboración y se le atribuye casi todo el peso de los trabajos a ella. Por otra parte describe un episodio con un compañero de clase, un hombre de 40 años, que intentó propasarse con ella en la biblioteca de la universidad, a través de caricias y besos no consentidos. Cuando acude a terapia mantiene el contacto con él porque este le ofrece ayuda con los trabajos y exámenes, así como apoyo a nivel emocional. En la línea de lo anterior narra varios episodios dónde explica que se siente chantajeada a nivel emocional por hombres, que conoce a través de redes sociales que le demandan fotos desnuda.

Durante el curso académico anterior C se encuentra hospedada en una residencia cercada a la universidad, hasta la llegada de la pandemia producida por el COVID-19 donde vuelve a casa para pasar el confinamiento. En referencia al curso actual C sigue inscrita en la misma residencia, pero sólo acude a ella durante el periodo de exámenes. Durante sus estancias en la residencia refiere sentirse aislada del resto de sus compañeras. Según cuenta en varias ocasiones las compañeras de la residencia se han reído de ella por su ropa y han realizado algunas críticas sobre su aspecto. También hace referencia a que se ha sentido muy rechazada por las compañeras a la hora del almuerzo ya que no le hablan durante la comida y ella se queda apartada del resto. Solamente mantiene relación con una chica de la residencia, con la que describe bastantes episodios, en los que se siente tratada con desconsideración. Algunos ejemplos son: cancelar planes a última hora para salir con otras personas, no contestar a mensajería instantánea ni a sus llamadas durante meses, exigirle ayuda con las tareas académicas o con la limpieza de la habitación, convencerla de que denuncie determinados hechos en comisaría sin estar segura para que la acompañe a denunciar la pérdida de su teléfono móvil, etc.

En lo que se refiere al ámbito familiar C expresa tener una relación muy problemática con su hermano, ya que suceden bastantes situaciones en las que mantienen fuertes discusiones y en algunas se han acabado agrediendo. Expresa sentir que este tiene el favor de su madre y que ella recibe un trato que no es equivalente al que recibe él en términos de atenciones, aprecio y amor. Con su madre la relación tampoco es buena ya que explica sentirse en general muy incomprendida y poco querida



por ella. Cuenta que esto lleva pasando desde que nació su hermano pequeño, entonces se produjo un evidente cambio de la relación entre ellas. En bastantes ocasiones durante el almuerzo o la cena, se producen fuertes discusiones entre la familia y en algunas de ellas C acaba retirándose del comedor. En algunas ocasiones se ha generado tal tensión que C ha acabado gritando, insultando, tirando objetos al suelo y finalmente yéndose a otro lugar. Suele pasar gran parte del día encerrada en su habitación pensando sobre todo aquello que le preocupa. Con su padre la relación es considerablemente mejor, ya que es en quien encuentra consuelo y apoyo. A su padre lo describe con un carácter más afable y tranquilo, este se encuentra diagnosticado con depresión y ansiedad desde hace varios años para lo que toma antidepresivos y ansiolíticos. A su madre la describe con un carácter más colérico y formas menos cordiales en su expresión verbal.

### **Entrevista con los padres**

Durante la entrevista con los padres se constata que la relación con su hermano no es buena, según estos es C quien da lugar a que comiencen las discusiones entre ambos la mayor parte de las veces, aunque expresan que algunas veces es su hermano. Expresan que cuando eran niños la relación era algo mejor.

La madre refiere haberla sobreprotegido demasiado en determinadas situaciones debido a las agresiones sufridas en el colegio cuando era pequeña. Opina que eso podría haber dado lugar a que C no desarrollara un nivel de autonomía suficiente y presentar dificultades a la hora de relacionarse con los demás. Cuenta perder las formas con ella en determinadas situaciones, algunos ejemplos son durante las discusiones que se producen a la hora de almorzar o cenar, cuando las calificaciones académicas no son las esperadas o cuando percibe que C habla con hombres que conoce a través de redes sociales. Los padres expresan que C dedica gran cantidad de horas a las redes sociales y pocas a estudiar de forma concentrada. Ambos narran que a nivel académico C ha obtenido siempre unas calificaciones medias y que cuando una materia le ha resultado más costosa, ha conseguido superarla dedicándole más tiempo.

Los padres expresan bastante preocupación y agobio por su comportamiento. Ya que el comportamiento de C perturba la armonía familiar.

### **Hipótesis surgidas durante la entrevista.**

Hipótesis de semejanza: El cliente puede encuadrarse dentro de la categoría diagnóstica “Trastorno de Ansiedad Social” ya que cumple los criterios establecidos (Anexo 3).

Hipótesis de cuantificación: Elevado número de eventos encubiertos desagradables (pensamientos y sentimientos) con respecto a las situaciones temidas. Déficit en habilidades sociales, excesivas conductas de evitación tanto de la situación como de sus propios eventos privados. Los síntomas fisiológicos (nerviosismo, sudoración, etc.) son desproporcionados con respecto a la amenaza vivida en la situación.

Hipótesis de asociación predictiva:

Comportarse de forma tímida o insegura, refuerza la evitación y control de los eventos privados desagradables y de las situaciones evitadas.

La sobreprotección maternal y poca autonomía adquirida durante su infancia y adolescencia contribuye a un desarrollo inadecuado de las habilidades sociales.

Hipótesis de términos probabilísticos: Si la cliente intenta evitar y controlar continuamente los eventos privados desagradables y presenta dificultades en situaciones sociales. Realizando una intervención basada en aumentar los procesos de flexibilidad psicológica así como un entrenamiento en habilidades sociales, acabará adquiriendo una mayor aceptación de sus eventos privados y dejará de intentar controlarlos o evitarlos siendo más capaz de afrontar determinadas situaciones. En consecuencia dejará de realizar conductas que pueden encuadrarse dentro de la topografía “Trastorno de Ansiedad Social.”

### **Análisis funcional y topográfico del caso**

Desde ACT se realiza un análisis funcional continuado a lo largo de todo el proceso, y que se toma como guía para intervenir sobre los aspectos más relevantes. Ayudando a presentar una intervención adecuada y adaptada a las necesidades del cliente, teniendo en cuenta su biografía, los eventos privados experimentados, así como las variables antecedentes y consecuentes (Wilson y Luciano, 2002).

Si nos fijamos en la Tabla 2, podemos ver una radiografía de los problemas de C. A nivel general presenta conductas de evitación y control que se extienden a través de diferentes ámbitos de su vida, algo que le provoca bastante sufrimiento y finalmente le trae como consecuencia no tener una vida orientada a valor, sino dejarse llevar continuamente por las contingencias del entorno.

Los eventos privados que tienen que ver con las emociones, sensaciones y pensamientos desagradables son evocados por las circunstancias y acontecimientos acordes a su biografía. Por ejemplo, como refiere haber sufrido experiencias de acoso e

intimidación con sus compañeros de forma repetida, ante la mínima sospecha de crítica por parte de los demás o de encontrarse en un entorno en el que lo común es iniciar conversaciones, responde evitando situaciones sociales o escapando de las mismas. A corto plazo esto le produce cierto alivio ya que se reducen las experiencias privadas desagradables pero a largo plazo tiene un alto coste, ya que además de alejarse de lo que para ella es importante en su vida, los eventos privados que trata de evitar siguen presentes.

C permanece fusionada a nivel cognitivo con los pensamientos y sentimientos desagradables, viviéndolos de forma literal de acuerdo con su historia de aprendizaje. En consecuencia emite un tipo de respuestas, con las que consigue disminuir y evitar al instante los eventos privados. Por lo que no se permite experimentar sensaciones como pueden ser la incertidumbre o la inseguridad ante los acontecimientos de la vida.

C se autoevalúa de forma muy negativa desde la fusión cognitiva, la poca aceptación de los eventos privados y la perspectiva del Yo Contenido, algunos ejemplos pueden ser los siguientes: *“Tengo que ganarle la batalla a la parte negativa de mi mente”*, *“No soy lo suficientemente inteligente para superar el examen”*, *“No tengo amigos porque todo lo hago mal”*, *“Soy una persona muy insegura”*, *“Voy a fracasar en todo lo que me proponga”*. También se aprecia una gran evitación experiencial *“Mejor no me presento al examen porque voy a suspender igual”*, *“Para qué voy a hablarles a mis compañeros si al final van a pasar de mí.”*

Su comportamiento se sustentaría por un patrón de reforzamiento negativo en el que se evitan o reducen los eventos privados que producen malestar y reforzamiento positivo donde se busca continuamente experimentar los eventos privados que producen bienestar. Podemos ver en ella un comportamiento que desde la TMR se correspondería con seguir reglas verbales tipo *pliance*, donde el comportamiento que se ha reforzado en su historia de aprendizaje se encuentra al servicio de obtener reforzamiento por parte de las personas del entorno (Luciano y Valdivia, 2006) *“Si envío fotos desnuda a este chico no me dejará”*, *“Si le hago los trabajos de la universidad a mi amiga no me abandonará”*. También tipo *tracking* donde el reforzamiento es obtenido de las consecuencias de la propia realización de la conducta (Luciano y Valdivia, 2006) *“Tengo que evitar pensar en las cosas malas”*, *“Prefiero revisar Instagram porque la explicación del profesor me resulta muy difícil de entender”*.

**Tabla 2**

*Análisis funcional del caso.*

Situación	Eventos privados	¿Qué hace?	¿Qué obtiene a corto plazo?	¿Qué obtiene a largo plazo?
Experiencia de estar en clase. Presencial y online.	-Emociones desagradables (ansiedad, miedo, tristeza, etc.) relacionadas con las relaciones interpersonales. -Pensamientos: <i>“Van a criticar cómo voy vestida.” “Los demás caen mejor”</i>	-No inicia ni mantiene conversaciones. -Se sienta aislada del resto. -Intenta pasar desapercibida. -No pregunta dudas en clase. -Se comporta en general de una forma tímida.	-Alivio (R-) reducción y control de los eventos privados desagradables.	-Aislamiento social. -Pérdida de amistades. -No consigue entender la lección explicada por el profesor. -Reducción de su propio valor personal. -Los eventos privados que trata de evitar continúan presentes.*
Discusiones durante el almuerzo o cena.	-Emociones desagradables (ira, irritabilidad, celos, envidia). -Pensamientos: <i>“¿Por qué no cuentan conmigo para hablar, eso es que no les importo?” “Prestan más atención a mi hermano que a mí”</i>	-Molestar y provocar a su hermano. -Expresar que no le gusta la comida. -Tocar los objetos de la mesa. -Cambiar el canal de la televisión. -Tirar objetos al suelo. -Ir a comer a otro lugar. -Elevar la voz.	-Llamar la atención de sus padres (R+). Sentirse de nuevo “importante” para ellos. -Alivio (R-), reducción de los eventos privados desagradables.	-Enfado y cansancio por parte de sus padres. -Alimentar una mala relación con sus familiares.
Estudio académico.	-Emociones desagradables (ansiedad, inseguridad, miedo). Pensamientos: <i>“No soy capaz de superar este examen.” “No soy lo suficiente inteligente.”</i>	-No se presenta a los exámenes. -No estudia lo suficiente para los exámenes. -Alarga todo lo posible la situación de “realizar un trabajo” -Distracción	-Alivio (R-), reducción de los eventos privados desagradables. Emociones agradables (R+) Acceso a estímulos distractores (RRSS).	-Malas calificaciones académicas. -Repetir el examen en la convocatoria ordinaria.

	<i>“Soy un desastre”</i>	(RRSS, rumia, etc.)		
Inactividad / Inacción. Permanencia de largos periodos de tiempo en casa.	-Desánimo, desesperanza. Gran sensación de soledad. -Pensamientos: <i>“Me siento muy sola”</i> . <i>“No tengo amigos”</i> . <i>“Nadie me quiere”</i> .	-No salir de su habitación. -Rumiar sobre diversas vivencias emocionales desagradables diferentes. -Expresar que se encuentra muy mal a través de RRSS.	-Sensación de protección y de comodidad. -Acceso a redes sociales (R+).	-Disminución de alicientes, de intereses. -Pérdida de contacto social.
Establecer relaciones sociales problemáticas o insanas.	Emociones agradables (Esperanza, sentimiento de compañía) Pensamientos: <i>“Existen personas a las que parece que les importo”</i> . <i>“Tampoco pasa nada por enviar una foto”</i>	-Participa continuamente y de manera activa en grupos de RRSS.	-Reducción significativa de la sensación de soledad (R-). -Alivio significativo de la creencia de no merecer que las personas la quieran. (R-) -Compañía, desahogo a nivel emocional (R+).	-Acceder a chantajes emocionales. -Frustración por la sensación de tener que conformarse y no poder aspirar a otro tipo de relaciones. -No establece relaciones de forma presencial.

*Nota:* Se analizan de manera funcional los comportamientos problemáticos de C. R+: refuerzo positivo. R-: Refuerzo negativo. \*Aplicable a todas las situaciones analizadas.

### **Procedimiento.**

El proceso ha sido tutorizado y guiado por los tutores del presente trabajo a través de la lectura de la transcripción de las sesiones y por medio de reuniones que tuvieron lugar entre sesión y sesión. En ellas se revisaba el trabajo de la sesión anterior y se preparaba un plan de trabajo para la siguiente. La intervención se llevó a cabo en un total de 30 sesiones con una duración aproximada de una hora y media a dos horas cada una. En las primeras sesiones se configuró la historia de vida de la consultante, se administraron los instrumentos de evaluación de la fase pretratamiento o primera fase: AAQ-II, TEPT, BDI-II, SPAI-B, SCS. De igual forma, se recopiló información

suficiente tanto con ella, como paralelamente en una entrevista con sus padres, para poder desarrollar el análisis funcional. Durante la segunda fase se realizó una evaluación inter-tratamiento con el objetivo de llevar un seguimiento más exhaustivo de la intervención, también se dedicó una sesión destinada al consejo y pautas para los padres. Una vez transcurridos 7 días tras la finalización de la segunda fase, se le administraron de nuevo los instrumentos a la cliente para la evaluación postratamiento. Y se organizó de nuevo otra reunión dónde se contrastaban los resultados con sus padres.

### **Sesiones de evaluación.**

Durante la primera sesión se informa a C que el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén (UJA) es el servicio de atención psicológica de dicha entidad pública. Su objetivo principal es responder a las demandas de carácter psicológico que se presentan en su comunidad universitaria, a través de tres líneas de trabajo 1) Asistencia psicológica (especialmente sanitaria). 2) Formación en habilidades básicas para la psicología. 3) Investigación en el ámbito de la psicología aplicada. Su caso fue escogido para la primera y la última. La autora de este trabajo se presenta cómo la terapeuta que va a trabajar con ella durante todo el proceso y se le informa que todo el proceso estará guiado por la revisión, consejo y guía de los tutores del mismo. Ambos con amplia experiencia clínica e investigadora.

Igualmente, se le proporciona información sobre la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales 3/2018, facilitándole el consentimiento informado (Anexo 1) para su correspondiente cumplimentación y firma. A continuación se le informó que la intervención estaría basada en tres partes primero una fase de evaluación, luego otra de intervención y seguimiento, y por último se realizaría una post-evaluación. Así como que la duración de la terapia se ajustaría todo lo posible a sus necesidades.

Durante las siguientes sesiones (2-4 ambas incluidas) se empieza a recabar, mediante entrevistas, toda la información necesaria para la posterior realización del análisis funcional. Debemos de tener en cuenta, que desde ACT la evaluación e intervención no se encuentran nítidamente separadas, ya que desde el primer contacto todo lo que se dice y hace tiene un efecto sobre la cliente. La evaluación fue un trabajo conjunto en dónde ambas fuimos explorando y siendo conscientes de los patrones problemáticos de funcionamiento de C y de aquello que es importante en su vida. Esto

se realiza a través de lo que podríamos llamar “diálogo socrático”. Se fomenta de forma implícita la descripción verbal de las contingencias que controlan sus conductas disfuncionales, lo que da lugar a un mecanismo terapéutico que podríamos denominar “toma de conciencia”. Se trata de caer en la cuenta de por qué (para qué) se comporta cómo lo hace, es decir, qué consigue a corto y largo plazo. Este “diálogo socrático” se encuentra presente en toda la intervención con ACT. Situando a C frente a lo que considera su problema, con qué lo relaciona, qué está haciendo para solucionarlo, y si esas estrategias están funcionando (radiografía del problema). Ayudando a la cliente a salir de la situación de indefensión, provocada por no saber lo qué le pasa.

De esta forma se identifican y aclaran los problemas actuales que presenta la cliente. Se prestó especial atención a los aspectos que hacían que los problemas resultaran desadaptativos atendiendo al contexto y al momento en el que tiene lugar. Teniendo en cuenta su funcionalidad, topografía y morfología. Tras la identificación de los problemas principales se realizó entonces un análisis de la situación actual, identificando por un lado, las situaciones antecedentes, es decir, los elementos con función de estímulo antecedente. Y por otro lado las situaciones consecuentes, es decir, elementos con función consecuente. Teniendo presente que el propio comportamiento ejerce funciones de estímulo antecedente y consecuente. Analizando las consecuencias a medio y largo plazo del mantenimiento de las conductas problemáticas. Durante estas sesiones también se configuró su historia de vida. Además se le administran los instrumentos de evaluación ya mencionados.

En esta fase también tuvo lugar una entrevista con los padres la cual arrojó bastante información sobre la problemática de la cliente, ya descrita en el apartado “cliente.”

### **Sesiones de intervención**

A continuación se describirán los objetivos, componentes y técnicas presentes en las sesiones de intervención. Se encuentran en consonancia con el análisis funcional realizado. De igual forma se transcribirán parte de algunos diálogos mantenidos con la cliente cuando sea preciso. Es adecuado mencionar que aunque se ha dividido el proceso en sesiones, en muchas de ellas hubo que volver a insistir sobre los distintos componentes ya trabajados.

Sesiones 1 - 3 de la intervención: El objetivo fue crear un sentimiento de desesperanza creativa. ACT parte de la premisa de que la sociedad nos enseña a deshacernos de los pensamientos y emociones que son desagradables (desesperanza, tristeza, miedo) y conseguir pensamientos y emociones agradables (autoconfianza, optimismo), por consiguiente se podrá vivir una “vida plena”. El planteamiento “sentirse bien para vivir bien” desde ACT es problemático, ya que puede provocar un mayor sufrimiento y un alejamiento de lo que es importante y se sugiere en cambio el planteamiento “vive bien para sentirte bien” (Wilson y Luciano, 2002.).

La cliente tiene que comprobar que el plan que había trazado, para solucionar sus problemas no es útil. La estrategia que utiliza para poder liberarse del malestar bajo su experiencia no ha tenido éxito. Se crearon en los distintos ámbitos donde C presentaba problemas ese sentimiento de desesperanza con respecto a los planes o estrategias que utilizaba para paliar su malestar. Se trabajaron los ámbitos sobre cómo actuaba con su familia, en la universidad, con los compañeros de clase y de la residencia, con respecto a los chicos que conocía a través de redes sociales, etc. Se introdujo también la "Metáfora del hombre en el hoyo" (Wilson y Luciano, 2002, p. 128). El mensaje que encierra esta metáfora es que aunque uno cave para salir del hoyo porque disponga de una pala, más se hunde.

Existen varios mecanismos terapéuticos a resaltar cuando se produce el sentimiento de desesperanza creativa hacia las estrategias usadas por el cliente, uno de ellos es que la cliente se sintió reafirmada y respaldada, al hacerse consciente de que sus sentimientos hacia la situación son acertados. Fue de especial importancia validar los sentimientos de C y que entendiera que el problema no está en lo que piensa y siente sino en lo que hace con ello. Un ejemplo fue el siguiente: *“debe ser duro llevar tanto tiempo esforzándose para no sentirse triste, ansiosa, agobiada y que esos esfuerzos no hayan funcionado”*. Otro mecanismo terapéutico que se hizo explícito en esta fase del tratamiento, fue la exposición al dolor emocional, el hecho de exponerse a lo que tanto dolor le produce y que “no pase nada”.

A causa de fomentar el sentimiento de desesperanza creativa se produjo un fortalecimiento de C, así una vez experimentada la sensación de que la estrategia usada era desesperada, se le trató como si fuera capaz de enfrentarse a aquello que le produce malestar. Transmitiéndole a la vez el mensaje de que desde ese miedo se puede generar un sentido de dirección vital, experimentando la sensación de que ella es realmente



capaz y que en cierto modo tiene la capacidad de elegir. Un ejemplo de lo narrado anteriormente sería lo siguiente:

**Ciente:** *“No puedo hacer nada con esta mancha negra.”*

**Terapeuta:** *“C a pesar de tener este dolor ¿qué podríamos hacer con él? ¿Te vas a convertir una víctima de esa “mancha negra” y vas a dejar que pueda contigo? ¿Vas a dejar que la “mancha negra” dirija tu vida?”*

**Ciente:** *(llorando pero viniéndose abajo) “yo no quiero que sea así pero por desgracia es así.”*

**Terapeuta:** *“hasta ahora sí, ha sido así...” (silencio) “imagínate que yo tuviera una varita mágica y hago que la mancha negra desaparezca. ¡Venga que te pongo en situación!, verás, mi boli es una varita mágica y yo soy un hada (hago el gesto de agitar la varita) ¡¿qué estarías haciendo ahora?!”*

**Ciente:** *(mientras para de llorar y con una actitud fortalecida) “pues salir, divertirme, conocer gente, no estar encerrada en estas cuatro paredes, poder ser yo, ¡poder expresarme y comunicarme que nunca lo he podido hacer!”*

Sesiones 4-6 de la intervención: durante estas sesiones el objetivo fue trabajar el control de los eventos privados. Desde ACT se tiene claro que intentar controlar constantemente los eventos privados forma más parte del problema que de la solución (Pérez Álvarez, 2014). C ha estado mucho tiempo dentro de una lucha tratando de controlar y de mantener “a raya”, tanto pensamientos como emociones, algo que lo único que hace es crear un problema cada vez mayor.

Para evitar el control de las emociones ACT propone, metáforas como "El polígrafo" en la que se explica que si este detectara la mínima ansiedad, esto sería suficiente para disparar una pistola que le apunta a la cabeza, pero no habría ningún problema si uno se mantiene completamente controlado, lo que ciertamente no es fácil (Wilson y Luciano, 2002). Otra versión de esta metáfora es la que proponen Hayes y Lillis (2012) en la que se propone a la persona imaginarse sobre un estanque lleno de tiburones hambrientos y que si siente ansiedad se activa una palanca que la hará caer al estanque. Se formuló entonces una variante que tuviera relación con la vida diaria de la cliente y funcionalmente equivalente:

**Terapeuta:** *“si estás en clase escuchando una explicación y yo estoy sentada a tu lado y te digo: he puesto una bomba debajo de tu silla si te pones nerviosa explotará. ¿Podrías no sentir ansiedad?”*

**Ciente:** *“No. sentiría mucha ansiedad y aunque no haya ninguna bomba me pondría muy nerviosa.”*

**Terapeuta:** *“lo esencial es que compruebes que hay emociones y pensamientos que no podemos controlar y aun así podemos actuar. ¿Podrías huir de clase aun sintiendo ansiedad para librarte de los daños de la explosión?”*

**Ciente:** *“sí, aunque estuviera muy nerviosa, podría actuar.”*

Se analizaron varios ejemplos como los que hemos podido ver en el análisis funcional, que no han funcionado o incluso han provocado un empeoramiento del problema. Derivando las conclusiones de la propia experiencia de la cliente y concluyendo en general; *“Entiendo que cuando tratas de controlar la ansiedad una de las cosas que haces es evitar situaciones y, aunque esto te hace sentir alivio, a largo plazo, no parece funcionar”*.

En lo que se refiere al control de los pensamientos, antes de entrar a trabajarlo con ejercicios se examinó con ella la utilidad del control, a través de “La regla 95%” (Wilson y Luciano, 2002). Se le explicó entonces que esta regla se podría utilizar como un truco y que se trata de que para la mayor parte de las cosas de la vida puedes aplicar la regla de “si no te gusta, cámbialo”, por ejemplo, el color de las paredes de la habitación en la que estás si no te gusta o no estás dispuesto a seguir teniéndolo, cámbialo. Pero esta regla como todas tiene una excepción y es que hay un 5 % de áreas de la vida, sobre todo el área de los pensamientos y emociones que no se puede aplicar o incluso, se vuelve contraria, cuando se intenta aplicar.

Para abolir por completo los intentos de control de C de los eventos privados, se trabajó con ella tres ejercicios más en distintas sesiones, realizándolos de forma experiencial, aprovechando el chat de la video-llamada. El primero fue un ejercicio experiencial basado en la metáfora “La pantalla del ordenador” (Hayes et al., 1999) este consiste en que van apareciendo en la pantalla distintas frases que contienen distintos mensajes: *“No sirves para nada”, “te vas a quedar sola para siempre”, “Nadie quiere hablar contigo”, “todos van a criticarte siempre”, “nadie te va a querer”, etc.* La cliente tenía la opción de eliminar esos mensajes con su teclado y cada vez que salía en su pantalla un mensaje desagradable, así lo hacía. Se le explicó, mientras lo vivía de forma experiencial que ella vivía así en su vida, como si estuviera pegada a una pantalla. Y que por el contrario, hay otras personas que cuando ven este tipo de mensajes en su pantalla no se desgastan y se molestan en borrarlos, sino que aunque

esos mensajes estén ahí ellos siguen trabajando y sólo los toman en serio si son útiles para su vida.

El segundo ejercicio fue el de “Los elefantes rosas” (Wilson y Luciano, 2002) consistente en pedirle que no piense en un elefante rosa y comprobar que es inevitable no hacerlo. Y el último fue el ejercicio “saborear el limón” (Wilson y Luciano, 2002) que trata sobre ir describiendo muy detalladamente las sensaciones que produce un limón y que el cliente compruebe lo inevitable de no pensarlas e imaginarlas.

Todos los ejercicios en referencia al control por un lado dieron lugar a facilitar el contacto de la cliente con la imposibilidad del control de los eventos privados, así como con las estrategias de control que ella ponía en práctica. Implementando a la vez la idea de que una vida valiosa puede emerger cuando uno está dispuesto a experimentar y contemplar ciertos eventos privados aunque no sean agradables.

Sesiones 7-10 de la intervención: El objetivo principal de estas sesiones ha sido trabajar la fusión cognitiva. Si nos fijamos en el análisis funcional presentado con anterioridad algo a trabajar es el hecho de que C vive atrapada en sus eventos privados, es decir, viviendo los pensamientos y emociones de forma literal para trabajar esto se realizó defusión cognitiva, que intenta conseguir que la persona vea los pensamientos y emociones, simplemente cómo lo que son, dejando de experimentarlos de una forma tan literal.

Para trabajar defusión cognitiva se utilizó la “Metáfora del Autobús” (Wilson y Luciano, 2002), en la que se realiza una analogía, los pasajeros que se suben en el autobús serían los pensamientos y sentimientos, estos pueden ser tanto agradables como desagradables. Los pensamientos y sentimientos desagradables le decían hacia dónde debía dirigirse, incluso gritándole o peleándose entre ellos, ella que sería la conductora del autobús, podía hacer caso a esos pasajeros y desviarse del camino hacia donde estos pasajeros (eventos privados) la llevaran o en cambio podía verlos cómo lo que son; pensamientos, sentimientos y sensaciones desagradables y seguir su camino dirigiéndose hacia su horizonte, es decir, hacia lo que es importante para ella, como vemos todo el proceso se dirige a realizar un trabajo hacia las direcciones valiosas en las que encauzar su vida.

Se continuó trabajando en defusión cognitiva con un ejemplo equivalente en funcionalidad al de la metáfora del autobús, al que la propia cliente dio lugar “El mito de la caverna” de Platón. En el que se contaba sobre un hombre que intentaba salir de la caverna en la que se encontraba pero no podía hacerlo, porque continuaba enredándose

una y otra vez en la cadena a la que el hombre creía que estaba atado. Esta cadena eran los propios pensamientos y sentimientos que la cliente también sentía cuando no se estaba dirigiendo hacia una dirección valiosa: *“No voy a hablar con mis compañeros porque me van a criticar”, “El acoso que he sufrido en la infancia es lo que hace que yo esté así”, “Mis padres no se preocupan por mí”, etc.* Desatarse de la cadena y empezar a caminar hacia la salida de la caverna equivaldría a dirigirse hacia una dirección valiosa. Sin embargo, lo que hacía era poner más y más eslabones a la cadena creyendo que realmente no se podía liberar y en consecuencia aumentando la rumia y la inacción. Así se enredaba cada vez más y no se dirigía hacia la salida que sería la acción de valor que se podría realizar en ese momento, por ejemplo, iniciar conversaciones con sus compañeros de clase, estudiar, mejorar la relación con sus familiares, entre otras.

Continuamente se le transmite de forma implícita a la cliente que nuestro objetivo al trabajar los procesos de defusión cognitiva no es eliminar pensamientos o sentimientos que son desagradables, sino verlos tal y cómo lo que son. Cambiando la lucha en la que la cliente se encontraba inmersa y ayudando esto a fomentar la aceptación y el auto-distanciamiento. Se tuvo que insistir bastante en el proceso de defusión cognitiva y volver a estos ejercicios en distintas ocasiones y sesiones de la intervención.

Sesiones 11-13 de la intervención: Durante estas sesiones el objetivo fue fomentar la aceptación. Como puede verse en el análisis funcional C intenta evitar o reducir la experiencia de muchos de sus eventos privados desagradables, por ejemplo, la inseguridad que siente a la hora de hablar con un compañero de clase, la ansiedad que le producen los exámenes, el malestar que le produce que su familia no la atiendan cómo ella desearía, etc. como alternativa a la lucha que mantiene la cliente con sus eventos privados se ayudó a implementar un proceso de aceptación que no significa aguante de los problemas, sino aceptar que el pasado no puede ser modificado. La cliente fue poco a poco adoptando una actitud abierta y flexible ante las circunstancias del entorno tanto actuales como pasadas. Tal y cómo proponen Wilson y Luciano (2002) para conseguir la aceptación de los eventos pasados se le invitó a realizar exposición en la imaginación o condicionamiento encubierto sobre los recuerdos dolorosos, así como a la aceptación de sus sensaciones, pensamientos, emociones y recuerdos desagradables. Se trabajaron los recuerdos sobre la muerte de sus abuelos y los recuerdos sobre el bullying que sufrió en la infancia. La aceptación al igual que implicó experiencias que hubiera deseado no

tener incluyó también experiencias deseables como, por ejemplo, el aprecio, amor y la ternura que evocaba el recuerdo de sus abuelos fallecidos.

Con el propósito de ejercitar aún más la aceptación se realizaron algunos ejercicios de Mindfulness (Kabat-Zinn, 2013). Esto supuso que la cliente tomara conciencia plena, debemos situarnos en el contexto de que hasta ahora la cliente había respondido de una forma automatizada, con las estrategias que había aprendido de manera natural controlando o evitando las situaciones. El Mindfulness ayudó a tomar distancia y también se utilizó como una herramienta sencilla y accesible para romper la lucha de rumiación interna. Así se comenzó con ejercicios sencillos, de pocos minutos, centrados en la respiración y en sentir las distintas sensaciones corporales experimentadas en el momento, concentrándose en uno mismo y en algunos aspectos del entorno que al estar habituada pasaban desapercibidos para ella, como son, por ejemplo, el canto de los pájaros. Se consiguió que C se centrara en el aquí y el ahora, aceptando los eventos privados experimentados.

Sesión 14- 15 de intervención: el objetivo de estas sesiones fue trabajar el apego al yo conceptualizado. Intentando alterar la literalidad y distinguir entre contexto y contenido del yo. Esto se hizo a través de la “Metáfora del Tablero y las Fichas” (Hayes et al. 1999) esta metáfora explica una partida de ajedrez entre fichas negras que pueden ser, por ejemplo, pensamientos y sentimientos aversivos y las fichas blancas serían los sentimientos y pensamientos apetitivos, se trata de que la cliente tome conciencia de que da igual si son las fichas negras o blancas quienes ganan la partida ya que todas forman parte del tablero, gane quien gane la partida las fichas siguen en el tablero no se caen de él. A la hora de uno identificarse no tiene sentido hacerlo ni con las fichas blancas ni con las negras, ya que tanto las blancas (pensamientos y sentimientos apetitivos) como las negras (pensamientos y sentimientos aversivos) formarían parte de la misma persona. Por lo que podría considerarse una partida sin ganador, la idea es que uno debe identificarse con el tablero (Yo Contexto), y no como las fichas blancas o negras, ya que, todas las fichas son contenidos de sí misma (Yo Contenido).

La finalidad que encierra la metáfora del tablero es que la cliente experimente que su “Yo” no es equivalente a sus eventos privados ni a sus comportamientos, sino algo que trasciende a todo esto. Un “Yo” que trasciende a los cambios, más allá de las circunstancias. La perspectiva del “Yo”, vista de forma trascendental, implica asumir lo que somos, con todas las consecuencias (Pérez Álvarez, 2014). Sobre el componente yo contenido también se tuvo que insistir a lo largo de otras sesiones y usando diferentes

ejemplos que traía la propia cliente o cambiando la perspectiva de ejercicios ya trabajados como por ejemplo la metáfora del autobús.

Sesiones 16-19 de intervención: el objetivo principal fue el trabajo en clarificación y elección de valores. Aunque en ACT los valores se encuentran presentes a lo largo de todo el proceso terapéutico ya que pueden emerger en cualquier momento, se realizó una parte de la intervención orientada a la clarificación y elección de los valores. En general lo que se hizo fue definir trayectorias valiosas, objetivos y acciones. Analizando las barreras que pudieran surgir. Se intentó situar a la cliente en un contexto de pérdidas, es decir, se la llevó a que cayera en la cuenta de todo lo que estaba perdiendo por no seguir sus propios valores y lo que realmente era importante para ella. Se identificaron los reforzadores establecidos a lo largo de su vida como valores, alterando las funciones presentes en las conductas actuales con la idea de que se incrementa la probabilidad de que se realicen acciones orientadas a valores. Haciéndole caer en la cuenta de que aunque uno no tenga un horizonte definido, siempre se estaría comportando al servicio de algo.

Se trabajó con ella un ejercicio experiencial funcionalmente equivalente al “Ejercicio del Funeral” (Hayes et al., 1999) llamado “85 cumpleaños” (Pérez Álvarez, 2014) siendo este una variante que consiste en imaginarte con quién te gustaría estar y lo que te gustaría haber realizado en tu vida. Esto le hizo tomar consciencia con respecto a si cada paso que estaba dando ahora mismo la estaba llevando a lo que era realmente importante en su vida. La cliente al realizarlo observó la disonancia entre los valores a los que le gustaría adscribirse y las acciones actuales realizadas.

Por otra parte se implementó el ejercicio “Encuesta de valores diana” (Lundgren et al. 2012). Este ejercicio explica qué son los valores definiéndolos como los principios que nos sirven de guía y motivación durante nuestra vida. Se realiza la distinción entre un valor y una meta definiendo las metas como aquellas situaciones futuras que pueden ser logradas y marcadas como “cumplidas”, mientras que los valores se mantienen “en curso”, son continuos, nunca llegan a ser alcanzados, entiende que un valor implica acción continua. En la primera parte de este ejercicio se plantea un establecimiento de los valores respecto a cuatro ámbitos de la vida (trabajo/estudio, relaciones, crecimiento personal/salud, ocio). A continuación, se evalúan los obstáculos con los que el cliente cree que se podría encontrar y por último se presenta un plan de acciones valiosas, en el que se deben de describir acciones sencillas de poner en práctica y que no supongan un gran coste de respuesta. En el plan de acciones valiosas se intervino para evitar la

regulación verbal de tipo *pliance*, es decir, para evitar que realizara acciones a causa de las consecuencias inmediatas propiciadas por las personas de su entorno. Así se establecieron una serie de conductas orientadas a valor muy precisas que no suponían un gran coste de respuesta y que eran realistas. Este plan se fue renovando de forma semanal, ayudó a su vez a realizar una activación conductual favoreciendo que la cliente no pasara tanto tiempo encerrada en su habitación, se mantuvo en el tiempo ya que se encontraba muy ligado a sus valores y a lo que ella quería ser. Dentro de las acciones valiosas de este plan se encontraban conductas cómo activar la cámara en clase a pesar del malestar que suponía para ella, hablar con alguna compañera, etc. Favoreciendo bastante al establecimiento de relaciones sociales más sanas que las anteriores.

Sesiones 20-21 de intervención: Durante estas sesiones el objetivo principal fue el trabajo en habilidades sociales. Para contribuir a una mejora en las relaciones que la cliente establecía con su entorno, a través de “diálogo socrático” se le hizo caer en la cuenta sobre cómo ella se relacionaba con las personas de su entorno. Al hilo de lo anterior se realizó un entrenamiento en habilidades sociales, dónde se trabajó, a través de role play aspectos cómo la expresión facial (incluyendo la mirada) y la expresión verbal; dar y recibir cumplidos, pedir favores, expresar quejas. Llevando a cabo un trabajo enfocado en aumentar la asertividad de la cliente, entendiendo esta cómo ser capaz de expresar lo que se siente o piensa de forma clara y directa, sin resultar agresiva o desafiante a los demás (Carrasco y Luna, 2001). Un ejemplo de cómo se llevó a cabo el trabajo en habilidades sociales podemos verlo en el siguiente diálogo:

**Terapeuta:** *“C imagínate que yo formo parte del grupo de los chicos con los que actualmente estás haciendo el trabajo ¿de qué forma me expresarías que no estoy trabajando lo suficiente?”*

**Cliente:** *“Les diría que yo estoy muy mal y que me han abandonado y que ¡dejar todo el cargo a una persona es de ser muy malas personas! Lo que deberían hacer es aportar más al grupo y ayudar más al grupo y no ser tan vagos y encargármelo todo a mí, que si no me van a reventar.”*

**Terapeuta:** *“Entonces C para conseguir que yo reflexione, tome consciencia de que estás sufriendo y por tanto colabore más en el trabajo ¿me dirías que soy mala persona, vaga y que te estoy reventando?”*

**Cliente:** *“A lo mejor los estoy acusando mucho.”*

**Terapeuta:** *“Quizás podríamos eliminar este matiz de acusación, no sé si esto hasta ahora te ha funcionado...”*

**Cliente:** “No eso no, eso no me ha funcionado...”

**Terapeuta:** “¿crees que has reflejado tu rabia y enfado cuando les has pedido a un grupo que te ayuden más en situaciones como esta?”

**Cliente:** (Muy calmada) “Pues tienes razón lo he hecho.”

**Terapeuta:** “C estás en más grupos en los que intuyes que se puede repetir este problema ¿Cómo se lo podrías decir?”

**Cliente:** “¿Me podríais echar una mano con el trabajo?, que yo todo sola no lo puedo hacer.”

**Terapeuta:** “¡Excelente C! ese sería un buen ejemplo, incluir tus sentimientos hará que ellos comprendan mejor cómo te sientes...”

**Cliente:** “¿Me podríais ayudar con el trabajo?, no puedo hacerlo todo sola y esta sobrecarga de trabajo me hace sentir mal.”

**Terapeuta:** “¡Bravo C! estoy convencida que expresándolo de esa forma, estás poniendo todo de tu parte para relacionarte con los demás de acuerdo a los valores elegidos...”

Por otro lado también se realizó con ella a través de role playing un entrenamiento en “poner límites” con los chicos que conocía a través de redes sociales. Acompañado de lo que podríamos denominar como psicoeducación, se establecieron los límites entre amistad y no amistad. Y se trabajó sobre el hecho de que el “amor”, “aprecio” o compañía estuvieran condicionado a chantajes emocionales.

Sesiones 22-23 de la intervención: Para trabajar la evitación que la cliente presentaba ante los exámenes y ante la conducta estudiar se programaron sesiones de estudio, utilizando una técnica llamada; “Aprendizaje sin errores” (Pérez-gonzález, 2001; Sidman, 2010). Se trata de planificar el proceso de aprendizaje de forma que el estudiante vaya adquiriendo los conocimientos y destrezas sin cometer errores. Presenta dos ventajas principales; en primer lugar, al suprimir los errores se evita el efecto desmotivante y desmoralizador que provocan las equivocaciones. También su impacto negativo sobre lo que la cliente piensa de sí misma “No soy capaz de superar con éxito los exámenes”. Permitted que la cliente comience a anticipar que estudiar irá seguido por la recompensa y el éxito, lo que aumentará la probabilidad de que surja la motivación por estudiar. Para conseguir este efecto lo que se hizo fue programar sesiones de estudio cortas de entre 20- 30 minutos, a las que le seguía una evaluación sencilla asegurando el hecho de realizar con éxito las tareas que se le demandaban. Luego se continuó incrementando su dificultad gradualmente, a medida que se



consideraba que estaba en condiciones de resolverlas. Tras esto fue importante utilizar el refuerzo contingente a la conducta, así se emplearon frases del tipo: *“¡Bravo C! ¡Me has explicado muy bien lo que pone en los apuntes!”*, *Te tienes que sentir muy satisfecha contigo misma ya que esto es una acción valiosa que sigue los valores elegidos con respecto a tus estudios; el esfuerzo, la constancia, la eficiencia...”*.

Sesión 24 de la intervención: durante esta sesión se comentan los logros obtenidos por parte de la cliente con respecto a los objetivos propuestos, la cliente comenta *“Aunque he estado muy nerviosa esta mañana he sido capaz de presentarme al examen, al final una tiene que luchar por lo que es importante en la vida”* también refiere que ha cambiado la relación con respecto a su hermano y su madre. Otro logro conseguido a lo largo de las sesiones ha sido hacer nuevas amistades, cuenta de forma muy optimista que gracias a lo aprendido en terapia ha conseguido ser capaz de iniciar conversaciones con una compañera de clase y que se están haciendo muy amigas, también comenta estar poniendo todo de su parte para cuidar la relación con esta nueva amiga y con sus familiares. Con respecto a las redes sociales refiere que ya no siente necesitarlas tanto como antes, ya que ahora es capaz de relacionarse con las personas de manera presencial.

Sesiones con los padres: paralelamente durante la intervención se tuvo una sesión con los padres, para darles algunas pautas sobre cómo es aconsejable reaccionar cuando C intentaba provocar una discusión en el almuerzo o la cena. Así como para comentarles que era deseable que C adquiriera un mayor nivel de autonomía, en varias áreas personales de su vida un ejemplo sería poder decidir que no quería seguir teniendo en su habitación las muñecas de cuando era una niña. El contacto con los padres para las pautas y consejos generales cuando tenían dudas se mantuvo a través de mensajería instantánea. Se volvió a tener contacto con ellos en una última sesión donde se hizo una puesta en común de ambos con respecto a los logros conseguidos, la madre comentó: *“Estamos muy agradecidos porque C lleva tres semanas sin montar ninguna discusión por la noche y nos parece casi increíble”*. Refirieron que la relación entre los hermanos había cambiado y que ya no era tan problemática. También indicaron que C estaba poniendo mucho empeño en estudiar y presentarse a los exámenes a pesar de los nervios y que auguraban mejores resultados académicos para este cuatrimestre. Por último el padre indicó que en ocasiones cuando irrumpía en la habitación de C para llamarla para cenar, esta contestaba de “malas formas” y que era el único comportamiento problemático dentro de casa que a veces se continuaba dando.

A continuación, se presenta la Tabla 3 a modo de resumen con los mecanismos terapéuticos y las técnicas anteriormente expuestas, que recogerían todo el trabajo en los distintos procesos para aumentar la flexibilidad psicológica.

**Tabla 3**

*Mecanismos terapéuticos y técnicas.*

<b>Estrategias/mecanismos terapéuticos.</b>	<b>Técnicas: ejercicios y metáforas</b>
Desesperanza creativa.	Sentimiento de desesperanza “Metáfora del hombre en el hoyo”
Control de los eventos privados.	Versión equivalente a la metáfora “el polígrafo” “La regla 95%” “La pantalla del ordenador” “Los elefantes rosas” “Saborear el limón”
Defusión de los pensamientos y sentimientos.	“Metáfora del autobús” “Mito de la caverna de platón”
Aceptación para abandonar la lucha	Exposición en la imaginación o condicionamiento encubierto.
Mindfullness: mantenerse en el aquí y el ahora.	Ejercicios de Mindfulness
Yo contenido - Yo contexto.	“Metáfora del tablero”
Trabajo en valores y metas.	“Role play de HHSS” “Entrenamiento y exposición en la imaginación.” “Aprendizaje sin errores.”
Trabajo en valores y metas.	“Bull’s eye exercise” “85 cumpleaños” “Plan de acciones valiosas”

*Nota. En esta tabla se recogen resumidamente los mecanismos terapéuticos y estrategias implicadas, así como las técnicas utilizadas durante la intervención.*

## **RESULTADOS**

Como se ha mencionado previamente las medidas de evaluación de las escalas se tomaron durante tres momentos distintos: pre-tratamiento, inter-tratamiento y post-tratamiento. A continuación, se realiza un análisis descriptivo de los resultados para más tarde analizar los cambios en función del significado clínico.

En la Tabla 4 se pueden ver plasmados los resultados obtenidos de los cinco cuestionarios que se han utilizado para la presente intervención. Se tomó como referencia para saber si la puntuación obtenida es significativa, la baremación de los propios cuestionarios descritos en el apartado “instrumentos de evaluación”, teniendo en cuenta el punto de corte de los mismos, así como sus desviaciones típicas. El tamaño del efecto se calculó a partir de la *d* de Cohen, realizando la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento y postratamiento, dividido entre la desviación típica (DT) del cuestionario.

**Tabla 4**

*Resultados de los cuestionarios.*

	Subescalas	PRE	INTER	POST	d
EGS-R	Reexperimentación	13	5	1	3,66
	Evitación	9	3	0	3,64
	ACN/EAN	18	10	4	3,01
	Reactividad	15	7	7	2,11
	Total	55	25	12	3,57
STAI	Ansiedad-Estado	55 pc (99)	36 pc (85)	20 pc (45)	3,31
	Ansiedad-Rasgo	57 pc (99)	41 pc (95)	23 pc (55)	3,7
SCS	Auto-compasión	1,8	2,2	4	2,76
	Humanidad	3	3	4,5	1,92
	Mindfulness	1,25	2,25	4,75	4,6
	Auto-juicio	4,8	3,6	2	2,20
	Aislamiento	4,5	3	2	2,87
	Sobre-identificación	4	3,25	2,25	2,05
	Total	12,75	15,5	24,85	3,18
	SPAI-B		59	38	13
BDI		52	22	10	5,45
AAQ-II		42	29	21	2,76

*Nota.* En la tabla se presentan los resultados obtenidos en las medidas de evaluación, en referencia al pretratamiento, seguimiento intertratamiento, postratamiento y tamaño del efecto obtenido. EGS-R = Mide estrés postraumático; STAI =Mide ansiedad estado y rasgo; SCS = Mide autocompasión; SPAI-B = Mide ansiedad social; AAQII = Mide flexibilidad psicológica; d = d de Cohen; pc = percentil.

En lo que se refiere al estrés postraumático en el EGS-R las subescalas de reexperimentación y evitación (ver Tabla 4), el punto de corte para considerar estos ítems relevantes a nivel clínico es obtener una puntuación igual o superior a 3 (Echeburúa et al., 2016). Como se puede observar, se obtiene una puntuación de 13 y 9 respectivamente, durante el seguimiento intertratamiento la subescala reexperimentación continúa siendo relevante aunque ya existe un cambio clínico con respecto a la primera evaluación. Esta continúa siendo clínicamente relevante durante el seguimiento intertratamiento. En lo que se refiere a las subescalas alteraciones cognitivas y estado de ánimo (ACN/EAN) y reactividad fisiológica, han de tener una puntuación de 5 o más para considerarse clínicamente relevantes (Echeburúa et al., 2016). La puntuación obtenida fue de 18 y 15 respectivamente, estas dimensiones también se encuentran muy afectadas en el pretratamiento y se obtiene alta mejoría en el postratamiento. La escala de reactividad fisiológica continúa obteniendo una puntuación alta en el postratamiento. Al revisar la escala se comprobó que los ítems “no concentrarse en las obligaciones académicas” y “sobresaltarse fácilmente” son los que dan lugar a esta puntuación. Los tamaños del efecto de las subescalas son altos reexperimentación ( $d = 3,66$ ), evitación ( $d = 3,64$ ), ACN/EAN ( $d = 3,01$ ), reactividad ( $d = 2,11$ ).

La puntuación de ansiedad como estado transitorio y ansiedad como rasgo latente obtenidas en el STAI son muy altas tanto en el pretratamiento como en el seguimiento intertratamiento (ver tabla 4). Los tamaños del efecto fueron altos, Ansiedad Estado ( $d = 3,31$ ) y Ansiedad Rasgo ( $d = 3,7$ ).

En la escala SCS las puntuaciones aumentan en las subescalas de ítems positivos entre el pretratamiento y el postratamiento, auto-compasión de 1,8 a 4 puntos, en humanidad de 3 a 4,5 puntos y en Mindfulness de 1,25 a 4,75. Por el contrario en los ítems reversos las puntuaciones de las subescalas disminuyen; auto-juicio de 4,8 a 2 puntos, aislamiento 4,5 a 2 y en sobre-identificación 4 a 2,25 (ver Tabla 4). Los tamaños del efecto en cada subescala fueron altos, auto-compasión ( $d = 2,76$ ), humanidad ( $d = 1,92$ ), Mindfulness ( $d = 4,6$ ), auto-juicio ( $d = 2,20$ ), aislamiento ( $d = 2,87$ ), sobre-identificación ( $d = 2,05$ ). El que presentó mayor diferencia a nivel clínico fue “Mindfulness”.

En flexibilidad psicológica medida mediante el AAQ-II la puntuación obtenida durante el pretratamiento fue de 42 puntos y en el postratamiento de 21 (ver Tabla 4). El tamaño del efecto fue alto ( $d = 2,76$ ). En este caso el tamaño del efecto se calculó teniendo en cuenta la desviación típica ( $DT = 7,6$ ) en una muestra con características equivalentes de edad y sexo (Ruíz et al., 2013) a nuestra usuaria.

La ansiedad social fue medida con el SPAI-B, en el pretratamiento se obtuvo una puntuación de 59 el punto de corte es de 23,6 para ser considerado significativo a nivel clínico (García-López et al., 2015). En la evaluación postratamiento la puntuación fue de 13 descendiendo considerablemente (ver Tabla 4). El tamaño del efecto fue alto ( $d = 4,7$ ).

Por último en depresión medida a través del BDI, la puntuación obtenida durante el pretratamiento (52) correspondería a depresión grave y la obtenida en el intertratamiento se correspondería con depresión moderada (22) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). En el postratamiento se obtuvo una puntuación de 10 (ver tabla 4). El tamaño del efecto fue alto ( $d = 5,45$ ).

Como ya se ha mencionado el autorregistro de acciones valiosas y malestar (Anexo 2) se realizó tras las sesiones orientadas a la clarificación y elección de valores. Se ha cuantificado la media de las puntuaciones obtenidas en las dos escalas tipo likert que conforman el cuestionario (ver Tabla 5). En la primera semana la satisfacción con respecto a las acciones valiosas obtiene una puntuación moderada (2), va incrementando progresivamente hasta alcanzar una puntuación alta (4), por el contrario el malestar diario va bajando de forma progresiva. La Figura 1 compara la media de las puntuaciones en satisfacción alcanzada en acciones valiosas y el grado de malestar experimentado durante el día. En el eje de ordenadas se representa la puntuación media y en el eje de abscisas el periodo temporal.

**Tabla 5**

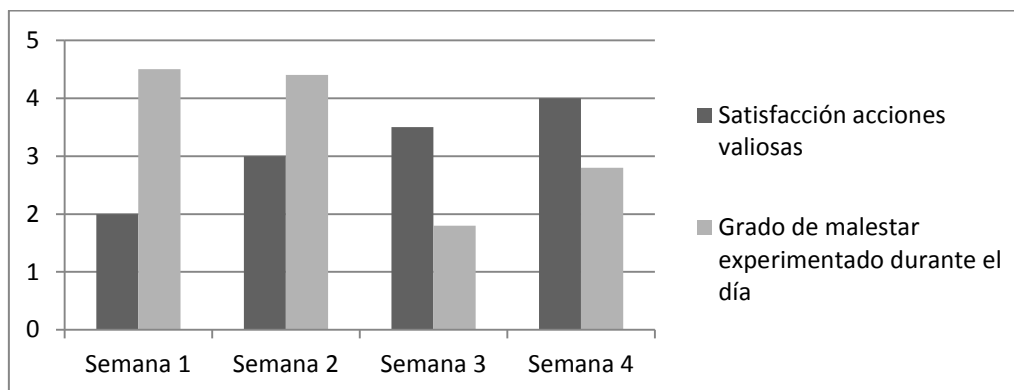
*Resultados autorregistro acciones valiosas y malestar.*

	Satisfacción A.V.	Malestar diario.
Semana 1	2	4,5
Semana 2	3	4,4
Semana 3	3,5	1,8
Semana 4	4	2,8

*Nota.* Esta tabla muestra las puntuaciones medias en satisfacción y acciones valiosas obtenidas a lo largo de cuatro semanas. Satisfacción A.V.= Satisfacción acciones valiosas.

### **Figura 1**

*Comparación de la media de las puntuaciones obtenidas en el autorregistro acciones valiosas y malestar.*



*Nota.* En esta figura se comparan las diferencias que existen entre las puntuaciones medias en satisfacción en acciones valiosas y grado de malestar experimentado.

## **DISCUSIÓN**

En el presente trabajo se ha pretendido aumentar la flexibilidad psicológica en un caso clínico que se podría diagnosticar con trastorno de ansiedad social, realizando una intervención basada en la terapia de ACT, aplicada de manera online.

El principal objetivo fue aumentar la flexibilidad psicológica de la cliente, disminuyendo a su vez las conductas dirigidas al control o a la evitación de los eventos privados, esto fue medido mediante el AAQ-II. Como puede observarse en los resultados existe una diferencia clínicamente relevante, durante el pretratamiento se superaba bastante el punto de corte del instrumento (29), lo que indicaba una muy baja flexibilidad psicológica. A raíz de trabajar los procesos relacionados con la flexibilidad ha adquirido una puntuación que se encuentra dentro de la muestra normativa (21) (Ruíz et al., 2013). Se ha obtenido un tamaño del efecto alto (ver Tabla 4) lo que indica que la diferencia entre el pretratamiento y el postratamiento es clínicamente relevante. Por consiguiente se puede afirmar la cliente ha adquirido una mayor flexibilidad psicológica quedando confirmada la hipótesis 1. Lo que se traduce a un nivel aplicado en que la cliente no dedica tanto esfuerzo y tiempo en evitar situaciones y en controlar sus

eventos privados. Ésta mejora de las puntuaciones en flexibilidad psicológica también indica una mayor aceptación psicológica.

La afectividad negativa (depresión, ansiedad social, ansiedad y estrés postraumático) se ha medido mediante los cuestionarios BDI, SPAI-B, STAI y EGS-R respectivamente. Si comparamos el pretratamiento con el postratamiento a nivel general se observa en todos una disminución de las puntuaciones, con tamaños del efecto altos (ver Tabla 4), lo que indica diferencias relevantes a nivel clínico. En el EGS-R se observa que la subescala “reactividad” se mantiene con la misma puntuación durante el seguimiento intertratamiento y en el postratamiento. Lo que quiere decir que la cliente sigue reaccionando con malestar ante algunas situaciones, algo que es comprobado y cotejado con los padres en la última entrevista, ellos afirman que en ocasiones cuando se encuentra ocupada y se le interrumpe reacciona mal.

Tanto en ansiedad como rasgo transitorio (ansiedad estado), como en ansiedad como rasgo latente (ansiedad rasgo) se presentan puntuaciones con percentiles extremadamente altos durante la fase A, se hace evidente una disminución clínicamente relevante a raíz de la segunda mitad del tratamiento de la fase B entre el intertratamiento y el postratamiento (ver Tabla 4). Los percentiles obtenidos en el postratamiento entrarían dentro de la normalidad poblacional en una mujer adulta joven (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). Lo que indicaría una menor ansiedad de la cliente a la hora de afrontar las situaciones actuales y respecto al futuro. En cuanto a la ansiedad social (SPAI-B) se observa que se produce una disminución progresiva a lo largo de la intervención, encontrándose el punto de corte de este cuestionario en 23,6 puntos (García-López et al., 2015). La puntuación obtenida en el postratamiento es muy inferior al punto de corte mencionado y su tamaño del efecto es alto (ver Tabla 4). Lo que indica que la cliente ya no presenta tantos problemas a la hora de relacionarse con sus iguales. Logro que es comprobado con ella y sus padres en la última sesión de seguimiento, donde expresa haber ampliado su círculo de relaciones personales y la calidad de las mismas.

En la variable depresión medida con el BDI en el pretratamiento la puntuación obtenida (ver Tabla 4) se correspondería con depresión grave (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), mientras que la puntuación obtenida en el pretratamiento no sería considerada dentro de la sintomatología depresiva. El tamaño del efecto es alto por lo que el cambio ha sido relevante clínicamente hablando. Se concluye que la intervención ha disminuido los estados emocionales desagradables como serían la tristeza, el miedo a

relacionarse con los demás, la inseguridad, la ansiedad etc. quedando confirmada la hipótesis 2.

En cuanto a los procesos de defusión cognitiva, de aceptación y del yo como contexto ante las autoevaluaciones negativas, medido mediante el SCS. Se presenta un aumento entre la primera medida y la última, lo que se traduce en que se han alcanzado mayores niveles de autocompasión, quedando confirmada la hipótesis 3. Los ejercicios de Mindfulness implementados en las sesiones de la fase B han ayudado a alcanzar los mayores niveles de aceptación y de apertura a la experiencia, si se revisa la subescala “Mindfulness” del SCS (Tabla 4) se puede ver que aumenta bastante la puntuación, lo que se traduce en la cliente al hecho de centrarse en el momento presente, en el “aquí y ahora”.

Por último en el autorregistro “satisfacción de acciones valiosas y grado de malestar diario” se observa un aumento de la puntuación media en satisfacción de acciones valiosas (ver Figura 1) esto llevaría a confirmar la hipótesis 4. A pesar de que en algunos puntos se sigue experimentando malestar se puede ver como la cliente sigue realizando acciones ligadas a valor, un ejemplo de esto es que la cliente se ha presentado a los exámenes del segundo cuatrimestre a pesar de sentir nerviosismo y según refiere se ha sentido muy satisfecha por hacerlo. Las áreas donde la cliente expresa que han aumentado las acciones valiosas han sido las referentes al ámbito de relaciones sociales y las académicas. Por otro lado expresa que dentro del ámbito de enfocado a llevar un estilo de vida saludable, no se han mantenido las conductas dirigidas a realizar ejercicio diario o comer de forma más saludable.

En definitiva en la etapa pretratamiento la usuaria presentaba unos niveles muy elevados de los procesos psicopatológicos que conforman la inflexibilidad psicológica; fusión cognitiva, evitación experiencial, pérdida del contacto con el presente, falta de claridad con los valores, apego al yo conceptualizado e inacción/impulsividad (Pérez Álvarez, 2014). Algo que la llevaba a dedicar gran esfuerzo y tiempo a realizar conductas que tenían como objetivo evitar el malestar, controlar sus eventos privados y encontrarse en una búsqueda constante de la felicidad (Luciano, 2016). Realizando comportamientos como rumiar varias veces sobre el mismo tema, buscar diversas explicaciones a los acontecimientos de la vida, evitar situaciones, etc. Lo que la llevaba a alejarse de sus valores y a no llevar una vida plena. Se puede afirmar que en la fase de postratamiento los niveles de los procesos psicopatológicos que conforman la inflexibilidad han decrecido atendiendo a las contingencias que proporciona el momento



actual, incrementando a su vez dirigirse hacia valor, lo que podría deberse a que en la última fase del tratamiento, se realiza un mayor hincapié en el trabajo a las acciones valiosas. Ejemplos de esto son el establecimiento de relaciones personales “sanas”, tratarse mejor a sí misma o enfrentar retos académicos. En esta intervención puede verse que ACT es una terapia práctica y muy útil en la consecución de resultados a medio y largo plazo (Luciano et al., 2006).

Los resultados comentados durante este estudio pueden estar limitados por distintas problemáticas, entre ellas estaría el hecho de que ACT, se caracteriza por ser una terapia eminentemente práctica y experiencial (Wilson y Luciano, 2002), al eliminar la presencialidad se limitan bastantes de los ejercicios que ayudan a la implementación de procesos de flexibilidad psicológica terapéuticos y saludables sobre todo los que hacen referencia a defusión cognitiva y yo como contexto, por eso se ha tenido que insistir durante más tiempo en algunos de estos procesos. También se pueden subrayar los problemas asociados a los medios y tecnología utilizados, como han sido los cortes de conexión asociados a la plataforma web utilizada (google meet), por los que la usuaria se quejó a lo largo de la intervención, algo que se subsanó mediante un cambio en la tarifa de la compañía de internet utilizada. Del mismo modo es preciso mencionar dificultades asociadas a la propia resistencia de la cliente al cambio, que se hacían explícitos a través de cambio o desviación del tema que se estuviera tratando en el momento. Otro factor que supondría una variable extraña en la presente intervención sería el propio contexto de la usuaria ya que en ocasiones la intervención se ha visto afectada por interrupciones inesperadas de personas de su entorno.

Se debe de tener en cuenta que la terapeuta que ha realizado la intervención no cuenta con experiencia clínica, ni tampoco con una formación lo suficientemente profunda cómo para intervenir con resultados exitosos desde ACT, ya que para ello se necesita una vasta formación. Para abordar esto se llevó a cabo un proceso de supervisión semanal por parte de dos terapeutas expertos y formados en ACT con la entrega previa de la transcripción de la última sesión y revisión del plan de trabajo para la siguiente. Por último otra limitación relevante sería la que se presenta a la hora de generalizar los resultados, teniendo en cuenta las limitaciones propias del diseño de fase simple, ya que presentan poca validez externa.

En lo que se refiere a las aportaciones hay que señalar que existen escasas investigaciones de ACT en formato online en clientes que pueden encuadrarse en una topografía de trastorno de ansiedad social y se han obtenido resultados favorables sobre

su efectividad. Son muy necesarios más estudios de este tipo para la figura del Psicólogo General Sanitario y del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ya que el sistema online es muy ventajoso a nivel de flexibilidad horaria, capacidad de seguimiento, límites geográficos, etc. ACT es una terapia que ha capitaneado toda una nueva generación de terapias y se debería de aumentar el número de investigaciones con respecto a su efectividad online, algo que sería muy beneficioso para la población ya que cada vez se tiende más al uso de las nuevas tecnologías.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid; Buenos Aires [etc.];: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofman, S.G. y Wittchen, H. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-15.
- Blarrina, M. P., & Marín, F. M. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso*. Ediciones Pirámide.
- Bögels, S., Alden, L. E., Beidel, D., Clark, L. A., Pine, D., Stein, M., y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-5. *Depression and Anxiety* (27), 168-189.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española. *Madrid: TEA Ediciones*.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J. & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1034.
- Carrasco, T. J., & Luna, M. (2001). *Habilidades para la vida*. Madrid: Thomson-Learning Paraninfo.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Posttraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, 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

Garcia-Lopez, L. J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., Olivares, J., & Turner, S. (2008). Brief form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(3), 150-156.

Garcia-Lopez, L. J., Beidel, D., Muela-Martinez, J. A., & Espinosa-Fernandez, L. (2016). Optimal cut-off score of Social Phobia and Anxiety Inventory- Brief form. *European Journal of Psychological Assessment*.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., y Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 453-462.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

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.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.

- Heimberg, R., Hofmann, S., Liebowitz, M., Schneier, F., Smits, J., Stein, M., Hinton, D. y Craske, M. (2014). Social Anxiety Disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, (31), 472-479.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The bull's-eye values survey: a psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526.
- Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- 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
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79- 91.
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3), 397-416
- 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.
- Páez Blarrina, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de ACT*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2006). Person, behaviour and contingencies (an aesthetic view of behaviourism). *International Journal of Psychology*, 41, 449-461.
- Pérez Álvarez, M. (2014) *Las terapias de tercera generación*. Madrid: Síntesis

- Pérez González, L. A. (2001). Procesos de aprendizaje de discriminaciones condicionales. *Psicothema*, 13(4), 650-658.
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Ruiz, F. J., Herrera, A. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción-II. *Psicothema*, 25(1), 123-130.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Scott W, Chilcot J, Guildford B, Daly-Eichenhardt A, Mccracken LM. Feasibility randomized- controlled trial of online acceptance and commitment therapy for patients with complex chronic pain in the United Kingdom. *Eur J Pain*. 2018;22(8):1473–1484
- Sidman, M. (2010). Errorless learning and programmed instruction: The myth of the learning curve. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(2), 167-180.
- Sierra, M. A., Ruiz, F. J., & Flórez, C. L. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Third-Wave Online Interventions for Depression. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(2), 126-135.
- Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *J Pain*. 2018;19(7):741–753.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

## **ANEXO 1**

### **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 3/2018 del 6 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

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

Intervención psicológica a través de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) aplicada a un caso único.

Objetivos a conseguir a través de la intervención:

- 1) Clarificación de valores.
- 2) Aceptación de los eventos privados ligados a aquello que no puede cambiarse.
- 3) Alteración de la literalidad con los eventos privados, reforzando el yo como contexto con el objetivo de dejar sin apoyo el comportamiento verbal interno que sostiene un patrón de evitación rígido e ineficaz.
- 4) Reforzamiento o establecimiento de habilidades sociales.

Formato de aplicación: La intervención constará de aproximadamente 12 sesiones de una hora de duración, algo que se adaptará a las necesidades del paciente llegado el momento. Las sesiones serán llevadas a cabo de manera online para lo que se utilizará la plataforma “meet” de google.

Los documentos y grabaciones que se realicen se encontrarán debidamente protegidos cifrados con una clave. Para garantizar la protección de los datos estos no se encontrarán almacenados en un ordenador con conexión a internet, sino en un disco o pendrive externo.

Una vez finalizada la intervención todos los documentos pasarán a los archivos del Gabinete de Psicología de la UJA.

**Riesgos de la investigación para el participante:**

La terapia puede no alcanzar los resultados esperados, se subsanará este problema con supervisión continuada del caso por parte de profesionales con amplia experiencia y formación.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Vanessa Álvarez Ligerero en el correo electrónico: val00007@red.ujaen.es

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE**

“Intervención online basada en ACT para la mejora de la ansiedad social”

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

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento
- He podido hacer preguntas sobre “Intervención online basada en ACT para la mejora de la ansiedad social”
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con el informador:
- 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

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* “Intervención online basada en ACT para la mejora de la ansiedad social”



Firma del participante

(o representante legal en su caso)

Nombre y apellidos:.....  
Ligero

Fecha: .....

Firma del informador

Nombre y apellidos: Vanessa Álvarez

Fecha: 01/11/2020

## ANEXO 2

Autorregistro de malestar y acciones valiosas.

Indica la satisfacción que sientes con respecto a las acciones valiosas que has realizado hoy:

Poco satisfecha					Muy satisfecha
1	2	3	4	5	

Indica el nivel de malestar que has experimentado durante el día:

Poco malestar					Bastante malestar
1	2	3	4	5	

### ANEXO 3

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**Nota:** En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

*Especificar si:*

Solo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.