



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

«Acéptate, quiérete»: una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso, Mindfulness y Autocompasión en formato grupal breve para personas con trastorno mental grave en el área de la salud pública; resultados de un estudio piloto

Autor/a: Almudena Sánchez García

Tutor/a: María José Quiles Sebastián

Cotutor/a: María Dolores Van-Der Hofstadt Clavero

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.MJQS.ASG.220427

Convocatoria: Primera.

Agradecimientos

Quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que, de un modo u otro, han hecho que este Trabajo Fin Máster sea una realidad.

En primer lugar, quiero agradecer a Javier por el gran apoyo y luz de guía en este reencuentro producido por el amor mutuo por las terapias de tercera generación. A Lola y María José por confiar en mí y darme libertad y apoyo.

Quiero dar las gracias también a mis padres por su gran labor y a los que debo lo que soy hoy en día. A Inma que siempre está ahí, con todo lo que el estar significa. A Sara por regar la semilla y devolverme el amor por la psicología. A David por apoyarme y creer en mí.

Finalmente, quiero dar las gracias a todas las personas que han participado en esta intervención. Sin su generosidad y compromiso este trabajo no habría sido posible.

Resumen

El propósito de este estudio fue comprobar la eficacia de un programa basado en Terapia de Aceptación y Compromiso, Mindfulness y Autocompasión en formato grupal breve, para mejorar el bienestar psicológico de los participantes, usuarios del Hospital de día Dr. Esquerdo con diagnósticos de trastorno mental grave y duradero (TMGD). La muestra estuvo compuesta por ocho pacientes (75% mujeres). La edad media del grupo fue de 41 años (DT=11.61). El programa consistió en un taller de ocho sesiones de frecuencia semanal, de dos horas de duración cada una. Los participantes completaron medidas de evitación experiencial, valores personales, dificultades en la regulación emocional, atención plena, autocompasión, ansiedad, depresión y salud general en una evaluación antes-después con un tiempo entre evaluaciones de dos meses durante los que se llevaron a cabo las sesiones del programa. Los resultados indicaron que el programa fue eficaz, obteniendo cambios estadísticamente significativos en calidad de vida y depresión, y clínicamente relevantes en interferencia cotidiana, dificultades de regulación emocional, descontrol emocional, inflexibilidad psicológica, progreso de valores, confusión emocional, auto amabilidad, ansiedad rasgo, ansiedad estado y rechazo emocional.

Abstract

The purpose of this study was to verify the effectiveness of a program based on Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and Self-compassion in a brief group format, to improve the psychological well-being of the participants, users of the Dr. Esquerdo Day Hospital with diagnoses of Severe persistent mental illness (SPMI). The sample consisted of eight patients (75% women). The mean age of the group was 41 years ($SD=11.61$). The program consisted of a workshop with eight weekly sessions, each lasting two hours. Participants completed measures of experiential avoidance, vital values, emotional regulation difficulties, mindfulness, self-compassion, anxiety, depression, and general health in a before-after evaluation with a time between assessments of two months while the sessions of the program were conducted. The results indicated that the program was effective, obtaining statistically significant changes in quality of life and depression, and clinically relevant in daily interference, emotional regulation difficulties, emotional lack of control, psychological inflexibility, values development, emotional confusion, self-kindness, trait anxiety, state anxiety and emotional rejection.

Introducción

En la actualidad, los trastornos mentales producen más discapacidad que los trastornos físicos crónicos (Scott et al., 2009). El trastorno depresivo empeora más la salud que las enfermedades físicas crónicas (como diabetes, asma, angina de pecho y artritis) (Moussavi et al., 2007). Asimismo, suponen un importante coste para el sistema de salud. En conjunto, todos los trastornos mentales y enfermedades neurológicas supondrían un 8% del PIB español (Parés-Badell et al., 2014). El gasto económico no ha dejado de aumentar en los últimos años, pudiendo estar causado por el aumento de la prevalencia de los trastornos y su medicalización.

Aunque la clasificación de la psicopatología ha estado dominada por el enfoque médico, sirviéndose del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Deacon, 2013), estas taxonomías clasificadoras están actualmente en crisis (Whooley, 2014). Algunos autores advierten que usando este enfoque clasificador que se centra en la etiqueta corremos el riesgo de dejar a un lado a la persona y sus posibles problemas (Tizón, 2014), lo que parece tener claros efectos nocivos de estigmatización y poca utilidad clínica (Longdon y Read, 2017). Johnstone (2012) propuso incluso conceptualizar a los individuos con dificultades de salud mental como "personas con problemas" en lugar de "pacientes con enfermedades" ya que enmarcar el malestar como una respuesta comprensible ante distintos tipos de adversidad es claramente una forma de lograr promover la aceptación, la compasión y la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental (Longdon y Read, 2017).

Actualmente los Trastornos Mentales Graves y Duraderos (TMGD) son definidos, además de con criterios clínicos, con criterios de temporalidad y discapacidad, adoptando un modelo integrador que incorpora factores psicosociales en la

conceptualización. Los principales diagnósticos asociados con los TMGD son: trastornos psicóticos, trastornos afectivos mayores, y trastornos de personalidad. En cuanto a la temporalidad, se utiliza como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento. Existe también una afectación muy importante del funcionamiento laboral, social y familiar. Además, suelen presentar otras dificultades añadidas como problemas médicos, consumo abusivo de sustancias, suicidio, desempleo, estigmatización y discriminación. Por ello, trabajar con personas con un TMGD, debe incluir mucho más que una intervención destinada a reducir sus síntomas. Debe, también, favorecer su integración en la comunidad y prestar atención a incrementar su bienestar (Espinosa y Valiente, 2019).

Respecto al tratamiento, a pesar de la gran medicalización de la salud mental, la terapia psicológica, más específicamente la cognitivo-conductual, se ha mostrado como una alternativa más eficaz y eficiente, considerada como el tratamiento de primera elección por instituciones como el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014). Sin embargo, su variedad de protocolos de tratamiento para los distintos trastornos ha sido considerada un obstáculo para su diseminación que, unido a la falta de formación y entrenamiento de los profesionales, dificultaría la elección y puesta en práctica del tratamiento más adecuado (Olatunji y Hollon, 2011), lo que favorece la tendencia a la cronicidad y el aumento de la comorbilidad entre los distintos trastornos, situándose en algunos casos por encima del 80% (Autonell et al. 2007). De tal modo, los protocolos específicos para trastornos determinados podrían no abordar eficazmente los problemas comórbidos (Barlow, et al. 2016).

Estas dificultades para implementar los tratamientos derivados del enfoque cognitivo conductual, junto con las limitaciones propias del enfoque diagnóstico

categorial (Widiger y Samuel, 2005), la creciente proliferación diagnóstica, las observaciones clínicas de que distintos trastornos mentales tienen más en común que de específico y que las mismas técnicas han mostrado ser igualmente eficaces en el tratamiento de trastornos diferentes (Hofmann, et al. 2012), han llevado a algunos autores a desarrollar nuevos modelos transdiagnósticos, (Sandín, 2012). Un formato grupal con enfoque transdiagnóstico podría ser una solución particularmente apropiada a estas dificultades (González- Blanch et al., 2018).

El formato grupal se trata, además, de una opción eficiente, puesto que permite atender a un mayor número de personas y con mayor frecuencia frente al formato individual. En España existen numerosos ejemplos de aplicación psicológica grupal que se han puesto a prueba en entorno público, tales como trastorno de pánico (Prats et al., 2014), adolescentes con problemas emocionales (Padilla y Jiménez, 2014), y trastornos de ansiedad (Segarra et al., 2011), entre otros.

En cuanto al enfoque transdiagnóstico, la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante, ACT) se presenta como una posible solución a limitaciones propias del enfoque diagnóstico categorial. Tal como ocurre con otras terapias de tercera generación, nos encontramos con un cambio de paradigma en el que, más que centrarse en cambiar los eventos psicológicos o eliminar síntomas, se persigue cambiar la función de sus eventos y la relación de las personas con ellos a través de técnicas como la aceptación, la defusión y el mindfulness (Hayes et al., 2006).

Para ACT los trastornos psicológicos tienen un elemento común, la inflexibilidad psicológica, por ello señala que es importante ayudar a las personas a ampliar su repertorio de comportamientos. Entre otros, la inflexibilidad puede estar causada por la evitación experiencial, definida como una baja tolerancia a estar en contacto con los

eventos privados (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales, etc.) y el intento de alterar su forma y frecuencia (Hayes et al., 1999). Irónicamente los intentos de evitación experiencial a menudo aumentan la frecuencia o intensidad de los propios pensamientos y emociones evitados. Esto no quiere decir que las estrategias de evitación sean siempre perjudiciales, pero sí cuando se convierten en patrones rígidos que reducen el repertorio para tratar con el entorno (Luciano et al., 2006). Desde este enfoque se anima a las personas a cambiar su relación con los eventos privados mediante el cultivo de la atención plena, una forma de conciencia del momento presente, sin prejuicios. Esto permiten a las personas un espacio y tiempo para entrar en contacto con el momento presente, encontrándose a sí mismos de manera consciente, compasiva y de total aceptación (Neff y Tirsch, 2013).

Los componentes esenciales de ACT se organizan en el llamado “Modelo Hexaflex” (Hayes y Stroschal, 2004). Dicho modelo busca alcanzar la flexibilidad psicológica, incluyendo entre sus componentes la aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida, los cuales se encuentran recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Procesos de la teoría de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006).

| Proceso de flexibilidad / inflexibilidad | Descripción |
|--|---|
| Aceptación /Evitación experiencial | Acogimiento de los eventos privados causados por la historia de uno mismo, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma. |
| Defusión cognitiva /Fusión cognitiva | Reducción de credibilidad del pensamiento, o del apego/fusión a los eventos privados. |
| Yo como contexto/ Yo conceptual | Yo entendido como un contexto para el conocimiento verbal, y no como el contenido del conocimiento. Consciencia de las propias experiencias sin fusionarse con ellas. |

| | |
|--|--|
| Atención al momento presente/ Atención rígida | Contacto libre de juicios, momento a momento, con los eventos psicológicos y ambientales. Experimentar el mundo más directamente, de manera que el comportamiento sea más flexible y, por tanto, las acciones más consistentes con valores. |
| Valores/Bajo contacto con valores | Los procesos de aceptación, defusión, atención al momento presente y yo como contexto no son fines en sí mismos, sino que se emplean para obtener una vida más consistente con valores. Elegir direcciones vitales valiosas mientras se debilitan los procesos verbales que pueden llevar a elecciones basadas en la evitación. |
| Acciones comprometidas/ Inactividad o evitación persistentes | Desarrollo de patrones de acción relacionados con los valores elegidos. Se pretende conseguir que se realicen metas concretas en cuanto a cambio conductual, ya sean éstas a corto, medio o largo plazo. El cambio conductual dirige a entrar en contacto con las barreras psicológicas abordadas en los otros procesos mencionados. |

Los conceptos en los que se basa la teoría de ACT se han visto respaldados por diferentes estudios, por ejemplo, se ha encontrado que el constructo de evitación experiencial se relacionaba con sintomatología depresiva y ansiosa y correlacionaba negativamente con calidad de vida y medidas generales de salud (Ruiz, 2012).

Esta terapia ha sido eficaz en numerosos ensayos clínicos controlados (comparando ACT con tratamientos cognitivos empíricamente validados, condiciones placebo, o lista de espera; véase en Hayes, 2004 y Hayes et al., 2004). Así, en una revisión de 20 metaanálisis se encontró que ACT es eficaz para una amplia gama de objetivos de intervención, como diagnósticos de trastornos mentales, condiciones de salud como el dolor crónico o transdiagnósticas, considerándose tan eficaz como la TCC tradicional (Gloster et al., 2020). También ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por profesionales de diferentes ámbitos y distinto nivel de experiencia y en numerosos países (Luciano y Valdivia 2006).

Como comentábamos anteriormente, uno de los componentes que hace de ACT una propuesta interesante es el uso de atención plena o mindfulness, que ha despertado un gran interés, materializado en una gran cantidad de estudios (Khoury et al., 2013). El aumento de las capacidades atencionales ha mostrado mejorar el funcionamiento psicológico por la disminución de la divagación mental (Levinson et al., 2014). También, la capacidad de aceptación ha sido considerada por muchos autores como una faceta del rasgo de mindfulness (Hervás, 2011). Además, el trabajo continuado, dentro del mindfulness, de la aceptación hacia la propia experiencia, permite pensar que se puede ir generalizando al yo, dando lugar a la autocompasión, experimentando sentimientos de afecto y amabilidad hacia uno mismo y aceptando las limitaciones y errores propios (Neff, 2003). Varias investigaciones muestran que la autocompasión y el perdón a uno mismo favorecen la salud mental y el bienestar de los individuos (Cleare et al., 2019; Neff et al., 2007). Los cambios en aceptación y en autocompasión intervienen en la mejoría tanto en reducción de sintomatología como de incremento en bienestar (Orzech et al., 2009).

El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia del programa “Acéptate, quiérete” basado en Terapia de Aceptación y Compromiso, Mindfulness y Autocompasión en formato grupal breve para mejorar el bienestar psicológico de personas con trastorno mental grave en el entorno de la sanidad pública.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Aumentar la flexibilidad psicológica, clarificación de valores personales, capacidad de regulación emocional, la autocompasión, capacidad de atención plena y salud general de los participantes.

- Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva de los participantes.

Las hipótesis que se desprendieron de los objetivos anteriores fueron:

- La intervención aumentará la flexibilidad psicológica, la clarificación de valores personales, capacidad de regulación emocional, la autocompasión, capacidad de atención plena y salud general de los participantes.
- La intervención disminuirá la sintomatología ansiosa y depresiva de los participantes.

Método

Participantes

Se invitó a un total de 14 personas a participar en la intervención, de las cuales comenzaron el taller 10, las cuales participaron activamente, pero sólo ocho cumplieron las medidas de evaluación en la primera y última sesión. Por lo que la muestra estuvo compuesta por ocho usuarios en régimen ambulatorio del Hospital de día Centro Doctor Esquerdo de San Juan. Todos ellos tenían un diagnóstico de trastorno mental grave en su historia clínica. Como criterios de inclusión consideramos: ser usuario del CRIS/HD Doctor Esquerdo, tener suficiente autonomía como para acudir a las sesiones, aceptar el consentimiento informado, encontrarse más de dos años en tratamiento psicológico en el ámbito público y tener entre 18 y 65 años. Como criterios de exclusión consideramos: personas que presenten un diagnóstico de deterioro cognitivo grave o demencia en su historia clínica.

De estos ocho participantes, seis eran mujeres. La edad media del grupo fue de 41 años ($DT = 11.61$), siendo el rango de edad de 21 a 57. En cuanto a su estado civil, seis eran solteros y dos cohabitaban con su pareja. Tres de los participantes tenían un

diagnóstico de depresión y cinco de trastorno de la personalidad. En lo que respecta a su nivel de estudios, tres personas completaron sus estudios primarios, tres finalizaron sus estudios secundarios y dos tenían formación profesional.

Variables e instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) en su versión en castellano por Ruiz et al., (2013). Cuestionario de 7 ítems que evalúa la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica con una escala de respuesta de 1 (*nunca es verdad*) a 7 (*Siempre es verdad*). A mayor puntuación obtenida, mayor será la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Se ha encontrado que el AAQ-II tiene una consistencia interna adecuada, ($\alpha = .70$), así como una adecuada validez convergente, discriminante y concurrente (Hayes et al., 2004).

Valuing Questionnaire (VQ) en su versión española por Ruiz et al., (2022). El VQ evalúa los valores personales de acuerdo con la definición de valores de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Este cuestionario posee 10 ítems con una escala tipo Likert que va de 0 (*en absoluto verdad*) a 6 (*completamente verdad*). Los ítems se dividen en dos subescalas, que valoran el progreso y la obstrucción. Unas puntuaciones más altas en Progreso supondrían mayor implementación de conductas basadas en valores. Puntuaciones más elevadas en obstáculos señalarían la interrupción de vivir de acuerdo con los valores personales, que puede estar causada por la evitación de experiencias no deseadas. La versión española ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con un α en población general de .84 en ambas subescalas.

Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) en su adaptación española por Hervás y Jódar (2008). Formada por 28 ítems, evalúa varios aspectos de la desregulación emocional a través de cinco factores: descontrol emocional (dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas), interferencia cotidiana (dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas), desatención emocional (dificultades para atender y reconocer las emociones), confusión emocional (dificultad para conocer y tener claridad de las emociones que se están experimentando) y rechazo emocional (reacciones de rechazo hacia las experiencias emocionales negativas o que generan malestar). Se basa en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= Casi nunca a 5 = Casi siempre). A mayor puntuación, mayor será la dificultad en la regulación emocional. Para Hervás y Jódar (2008), muestra una buena consistencia interna y posee un α de .93. En este estudio, las diferentes escalas presentan una elevada consistencia interna obteniendo un α de .81 en desatención, .65 en rechazo, .75 en confusión, .69 en interferencia y .65 en descontrol, así como la escala total con un α de .94.

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en su adaptación española por Soler et al., (2012). Evalúa, de forma global, la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. La escala es un autoinforme unifactorial de 15 ítems con una escala tipo Likert de seis alternativas de respuesta que van de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). Mayores puntuaciones son indicadoras de mayor capacidad de atención plena. Los análisis psicométricos de la versión española de la MAAS mostraron buenas propiedades, tanto

en términos de validez como de fiabilidad. Así mismo obtuvo unos buenos índices de fiabilidad ($\alpha = .89$).

Self Compassion Scale (SCS) en su adaptación al castellano por García-Campayo et al. (2014). Esta escala consta de 12 ítems de respuesta tipo Likert que van del 1 al 4, donde 1 es “Casi nunca” y 4 “Casi siempre”. Se usa para medir cómo actúa el sujeto habitualmente frente a sí mismo en momentos difíciles. Se divide en tres subescalas: auto-amabilidad (entendida como la calidez hacia uno mismo), humanidad común o humanidad compartida (reconocer que el sufrimiento y las dificultades no nos ocurren solo a nosotros sino que son parte común e inevitable en la experiencia humana, evitando el sentimiento de aislamiento y la autoconmiseración) y mindfulness (que en esta subescala hace referencia a un concepto cercano a la capacidad de experimentar emociones y pensamientos dolorosos de forma equilibrada sin sobreidentificarse y a la vez sin evitarlos o negarlos). Mayores puntuaciones indicarían una mayor capacidad en estas áreas. La escala presenta una buena consistencia interna, siendo su α de .85.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Cuestionario que comprende dos subescalas de ansiedad: estado (STAI-E) y rasgo (STAI-R). Cada una de ellas consta de 20 ítems, con una escala de respuesta de 0 (Nada/Casi nunca) a 3 (Mucho/Casi siempre). A mayor puntuación obtenida, mayor será la ansiedad-estado o ansiedad-rasgo. Podemos destacar su buena consistencia interna (entre $\alpha = .90$ y $\alpha = .93$ en la ansiedad-estado y entre $\alpha = .84$ y $\alpha = .87$ la ansiedad-rasgo).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en su adaptación a población española por Sanz, Perdigón y Vázquez, (2003). Cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada ítem, la persona debe elegir entre cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la afirmación que mejor describe

cómo se ha sentido durante la última semana. La puntuación directa de los ítems oscila de 0 a 3, y la puntuación total se obtiene de la suma de los 21 ítems. Permite clasificar a las personas en diferentes rangos de depresión: Mínima (0-13), Leve 11 (14-19), Moderada (20-28) y Grave (29-63). Este cuestionario presenta un α de Cronbach igual a .87.

Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en su validación para población española realizada por Rocha et al. (2011). Es un instrumento autoadministrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Goldberg y Williams, 1988). Es un cuestionario de 15 ítems con una escala de respuesta de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). El GHQ-12 presenta una elevada consistencia interna en población general ($\alpha = .86$).

Satisfacción con el programa. Tras finalizar la intervención se administraron 10 ítems generados ad hoc en los que los participantes debían valorar del 1 (baja satisfacción) al 4 (alta satisfacción), varios aspectos relacionados con la intervención y un apartado de observaciones, de corte cualitativo, para valorar la satisfacción de los participantes con la intervención.

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio cuasiexperimental de grupo único con dos evaluaciones: pre-intervención y post-intervención.

En primer lugar, se obtuvo la aprobación del estudio por parte del comité ético de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Seguidamente, se realizó el reclutamiento de muestra

a través de reuniones con los profesionales del centro Dr. Esquerdo y de la USMA del Campello y Florida-Bebel. Las personas que mostraron interés fueron atendidas en una entrevista inicial en la que se les explicó la finalidad de este trabajo. En el caso de cumplir los criterios de selección, se procedió a la explicación y firma del consentimiento informado. Se realizaron evaluaciones de las distintas variables en dos momentos: pretratamiento, en la sesión 1, empleando los cuestionarios AAQ-II, VQ, DERS, MAAS, SCS, STAI, BDI, y GHQ-12, y postratamiento, en la sesión 8, usando los instrumentos anteriores además de un cuestionario de satisfacción con el programa.

El programa fue dirigido por dos psicólogas: la directora del centro Doctor Esquerdo y la estudiante en prácticas. Se realizaron ocho sesiones de frecuencia semanal, de 2 horas de duración. Todas las sesiones a partir de la segunda comenzaron con una rueda inicial, en la que los participantes contaban cómo les había ido la semana y se comentaban los contenidos de la sesión anterior y su aplicación a su vida diaria. Seguidamente se fueron abordando paulatinamente a lo largo de las sesiones los contenidos correspondientes a la ACT y Autocompasión que se basaron fundamentalmente en el manual de ACT de Hayes et al. (2014) y en el manual de autocompasión de Kristin Neff. (2012). En la Tabla 2 se encuentra una descripción detallada de los contenidos de las sesiones, así como sus objetivos y otra información adicional. Finalmente, todas las sesiones terminaban con un ejercicio breve de atención plena a la respiración y escaneo corporal.

Tras tres sesiones una de las participantes que presentaba un diagnóstico de fibromialgia comentaba no beneficiarse del ejercicio de mindfulness por lo que se acordó que no participase en esta actividad. Además, dos personas más debían abandonar el grupo sin finalizar esta actividad por motivos laborales.

Tabla 2. *Descripción de las sesiones*

| Sesión | Contenido | Objetivos/Información adicional |
|--------|---|---|
| 1 | Presentación de las terapeutas, programa y participantes programa | <p>Crear un clima acogedor.</p> <p>Entrega de materiales; dossier, bolígrafo y fidget toy.</p> <p>Presentación de terapeutas.</p> <p>Informar acerca de la confidencialidad y normas de grupo.</p> <p>Presentación del programa, objetivos e índice.</p> <p>Presentación de los participantes y revelación de sus expectativas acerca de la ayuda que les puede brindar el programa, sus objetivos y motivaciones.</p> |
| | Cumplimentación de cuestionarios de evaluación | Recabar información acerca del estado de salud pretratamiento de los participantes. |
| | Introducción a la atención plena. | <p>Psicoeducación: Atención plena frente a Atención rígida.</p> <p>Actividad 1. Atención plena en el entorno. El objetivo es experimentar el mundo más directamente, de manera que el comportamiento sea más flexible y, por tanto, las acciones sean más consistentes con sus valores.</p> <p>Actividad 2. Atención plena a la respiración y escaneo corporal.</p> |
| 2 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Aceptación, atención plena y conciencia de sensaciones corporales | Actividad 3. Emociones y su función. El objetivo es ampliar la identificación de emociones. Aunque haya emociones agradables y desagradables, todas las emociones son evolutivamente adaptativas y cubren una función comunicativa, dándonos información a nosotros y a los demás. |
| | Aceptación, eventos controlables vs incontrolables | <p>Psicoeducación: eventos controlables vs incontrolables.</p> <p>Actividad 4. Aceptación y compromiso. Metáfora del barco. Se redirige la responsabilidad de los hechos a los participantes: "Aquí vamos a trabajar qué cambios podéis hacer vosotros, no los demás, que os permitan estar mejor".</p> <p>Actividad 5. Trabajo grupal de discriminar eventos controlables (acciones) vs. No controlables (eventos internos).</p> |
| | Atención flexible al presente. | Actividad 6. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 3 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Trabajo en valores, delimitación de barreras, metas asociados a valores | <p>Actividad 7. Metáfora del autobús y dibujo de nuestro propio autobús con finalidad de definir valores y conductas automáticas que llevamos a cabo por eventos privados.</p> <p>Actividad 8. Metáfora de la fiesta. Inutilidad del control de las vivencias internas.</p> |
| | Defusión del pensamiento | Actividad 9. "he tenido el pensamiento de ...". |

| | | |
|---|--|--|
| | | Actividad 10. Reflexión acerca de cómo nos relacionamos con nuestros pensamientos. |
| | Atención flexible al presente. | Actividad 11. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 4 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Yo como contexto, explicación de los modelos mentales: contemplativo y de solución de problemas. | Actividad 12. La mente es una máquina de crear historias. Actividad 13. Metáfora del Mostrador de Sushi. |
| | Acciones comprometidas a valores | Actividad 14. Puesta en común de estrategias empleadas en el control de eventos internos que generan malestar, con el fin de ilustrar la torpeza de estas. Actividad 15. Tarea para casa: autorregistro de eventos privados y acciones. |
| | Atención flexible al presente. | Actividad 16. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 5 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Acciones comprometidas a valores | Actividad 17. Reflexión en grupo sobre alternativas de acción diferentes y deseables para ellos. Terapeuta: "Visualiza esa misma situación como si fuera una película y tú fueras el protagonista. ¿Cómo te gustaría verte? Actividad 18. Metáfora de la tortuga y discusión. |
| | Atención flexible al presente. | Actividad 19. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 6 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Valores y acciones comprometidas a valores. | Actividad 20. Rueda de valores. Actividad 21 Mi fiesta de jubilación. Psicoeducación: Una coreografía nueva. Desarrollo de patrones de acción relacionados con los valores elegidos. Se pretende conseguir que se realicen metas concretas en cuanto a cambio conductual. El cambio conductual se dirige a entrar en contacto con las barreras psicológicas. |
| | Autocompasión | Actividad 22. Detectar señales de progreso. |
| | Atención flexible al presente. | Actividad 23. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 7 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Autocompasión | Psicoeducación: Concepto de autocompasión y sus beneficios. Actividad 24. Escribir lo que me digo a mí mismo. Actividad 25. Escribir lo que le digo a una persona que quiero ¿Es diferente a cómo me lo digo a mí? Actividad 26. Compasión por la autocrítica, ¿Por qué nos criticamos? |

Actividad 27. Percibir lo que nos importa y las autocríticas.
Actividad 28 Detectar señales de progreso.

| | | |
|---|--|--|
| | Atención flexible al presente. | Actividad 29. Atención plena a la respiración y escaneo corporal. |
| 8 | Revisión y consolidación | Rueda inicial. |
| | Prevención de recaídas | Metáfora del sendero de la montaña. Introducir las dificultades como parte del proceso de cambio. Fomentar el recuerdo de los contenidos y reforzar la autonomía de los participantes. |
| | Aceptación, atención flexible y autocompasión | Actividad 30 Compasión y Mindfulness en mi vida diaria. Tarro del agradecimiento y diploma a mis logros. |
| | Cumplimentación de cuestionarios de evaluación | Cumplimentación de la evaluación postratamiento y cuestionario de satisfacción con el programa. |

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 27. Tras comprobar que se cumplían los supuestos de normalidad e independencia para las distintas variables en la muestra de estudio, se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student para analizar la diferencia de medias entre puntuaciones pre y post. Además, se analizaron los resultados en función del tamaño del efecto atendiendo a los criterios de Cohen (1988).

Resultados

En cuanto a la valoración inicial de los participantes, todos ellos se encontraban en puntuaciones altas de inflexibilidad psicológica según AAQ-II ($M = 37,50$; $DT = 7,75$), indicador de muestra clínica. Respecto al VQ, seis participantes obtuvieron puntuaciones por debajo de 18 en progreso ($M = 12,25$; $DT = 6,67$), y siete, por encima de 10 en obstrucción ($M = 18,38$; $DT = 5,01$), de nuevo ambas medias características de población clínica. Respecto a las puntuaciones de dificultades de regulación emocional,

atendiendo al rango de respuesta en la escala DERS (de 28 a 140), siete de los participantes tuvieron puntuaciones por encima de 85, indicadoras de dificultad en la regulación emocional ($M = 95,13$; $DT = 19,98$). Así, en descontrol emocional ($M = 32,38$; $DT = 10,24$; rango posible = 9 a 45), siete de los participantes presentaron puntuaciones muy elevadas. Asimismo, seis de los participantes obtuvieron puntuaciones superiores a 20 en rechazo emocional ($M = 26,00$; $DT = 7,86$; rango posible = 7 a 35). Además, la puntuación media de interferencia cotidiana resultó muy elevada ($M = 17,25$; $DT = 4,37$; rango posible = 4 a 20). Por otro lado, los niveles de confusión emocional ($M = 9,00$; $DT = 2,20$; rango posible = 4 a 20) fueron intermedios en todos los participantes. Lo mismo ocurrió respecto a desatención emocional ($M = 10,50$; $DT = 3,55$; rango posible = 4 a 20).

Referente a la variable atención plena evaluada con la MAAS, los participantes presentaron puntuaciones bajas propias de participantes clínicos ($M = 45,88$; $DT = 12,71$). En cuanto a las puntuaciones arrojadas por la SCS, la muestra presentó puntuación media muy baja en auto amabilidad ($M = 3,62$; $DT = 1,43$), humanidad compartida ($M = 4,63$; $DT = 0,74$), y atención plena ($M = 3,88$; $DT = 1,56$). Respecto a las puntuaciones de ansiedad estado la muestra se encontraba en los percentiles altos según los baremos del STAI (rango de 80 a 99; $M = 36,13$; $DT = 9,46$). Lo mismo ocurrió en ansiedad rasgo, donde la muestra se encontraba en los percentiles altos según los baremos del STAI (rango de 80 a 99; $M = 41,25$; $DT = 11,52$).

Atendiendo a los criterios de clasificación del inventario BDI, la muestra inicial se compuso de un participante con depresión mínima; dos con depresión moderada y 5 con depresión grave ($M = 30,00$; $DT = 11,84$). Finalmente, en cuanto al GHQ-12, tan solo un participante presentó una puntuación inferior a 12 en salud general, puntuaciones superiores a esta indican mayor

posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno emocional, siendo la media de 22,63 ($DT = 9,81$).

Las puntuaciones medias, así como las desviaciones típicas t de Student y tamaños del efecto se encuentran en la Tabla 3. En cuanto a la eficacia de la intervención, se detectaron cambios estadísticamente significativos y clínicamente relevantes. En este sentido, en Salud General ($t = 3,50$; $p < ,01$) se observó que en la evaluación postratamiento cinco de los participantes pasaron a tener puntuaciones por debajo de 12, propias de pacientes no clínicos, con una puntuación media 13,88 ($DT = 13,63$). En depresión ($t = 2,65$; $p < ,05$) se observó que en la evaluación postratamiento dos de las personas puntuaron con depresión mínima, tres con depresión moderada y tres con depresión grave, con una media 25,88 ($DT = 14,37$) equivalente a depresión leve. Por otro lado, aunque no se alcanzó la significación estadística, se obtuvieron tamaños del efecto grandes con una disminución notable en interferencia cotidiana ($M = 16,37$; $DT = 4,47$; $r = ,64$), dificultades de regulación emocional ($M = 87,13$; $DT = 20,07$; $r = ,58$), y descontrol emocional ($M = 27,88$; $DT = 9,31$; $r = ,50$), mientras que las puntuaciones aumentaron notablemente en obstrucción en valores ($M = 20,88$; $DT = 5,19$; $r = ,54$). Por otra parte, se encontraron tamaños del efecto medianos en: inflexibilidad psicológica ($M = 35,50$; $DT = 9,32$; $r = ,37$), confusión emocional ($M = 7,63$; $DT = 3,42$; $r = ,43$), ansiedad rasgo ($M = 39,88$; $DT = 11,33$; $r = ,31$) y humanidad compartida ($M = 4,19$; $DT = 1,81$; $r = ,32$), con una disminución de las puntuaciones, y en progreso de valores ($M = 14,38$; $DT = 5,31$; $r = ,40$) y auto amabilidad ($M = 4,38$; $DT = 1,48$; $r = ,46$), con un aumento de las puntuaciones. Encontramos tamaños del efecto pequeños en: ansiedad estado ($M = 34,13$; $DT = 12,36$; $r = ,16$), rechazo emocional ($M = 24,75$; $DT = 8,97$; $r = ,16$) y atención plena según la MAAS ($M = 44,38$; $DT = 12,14$; $r = ,24$)

con un descenso en sus puntuaciones. Finalmente, no se encontró significación estadística ni relevancia clínica en desatención emocional ($M = 10,50$; $DT = 4,57$; $r = ,00$) ni en atención plena según la SCS ($M = 3,75$; $DT = 1,22$; $r = ,09$).

Tabla 3. Medias (desviaciones típicas), pruebas *t* de Student y tamaños del efecto.

| | Pre M (DT) | Post M (DT) | t | r |
|--------------------------------------|---------------|----------------|--------|-----|
| AAQ-II | | | | |
| Flexibilidad psicológica | 37,50 (7,75) | 35,50 (9,32) | 1,05 | ,37 |
| VQ | | | | |
| Progreso de valores | 12,25 (6,67) | 14,38 (5,31) | -1,14 | ,40 |
| Obstrucción de valores | 18,38 (5,01) | 20,88 (5,19) | -1,69 | ,54 |
| DERS | | | | |
| Dificultades de regulación emocional | 95,13 (19,98) | 87,13 (20,07) | 1,87 | ,58 |
| Descontrol emocional | 32,38 (10,24) | 27,88 (9,31) | 1,54 | ,50 |
| Rechazo emocional | 26,00 (7,86) | 24,75 (8,97) | 0,43 | ,16 |
| Interferencia cotidiana | 17,25 (4,37) | 16,37 (4,47) | 2,20 | ,64 |
| Confusión emocional | 9,00 (2,20) | 7,63 (3,42) | 1,27 | ,43 |
| Desatención emocional | 10,50 (3,55) | 10,50 (4,57) | 0,00 | ,00 |
| MAAS | | | | |
| Atención plena | 45,88 (12,71) | 44,38 (12,14) | 0,66 | ,24 |
| SCS | | | | |
| Auto amabilidad | 3,62 (1,43) | 4,38 (1,48) | -1,36 | ,46 |
| Humanidad compartida | 4,63 (0,74) | 4,19 (1,81) | 0,90 | ,32 |
| Atención plena | 3,88 (1,56) | 3,75 (1,22) | 0,25 | ,09 |
| STAI | | | | |
| Ansiedad estado | 36,13 (9,46) | 34,13 (12,36) | 0,43 | ,16 |
| Ansiedad rasgo | 41,25 (11,52) | 39,88 (11,33) | 0,88 | ,31 |
| BDI | | | | |
| Depresión | 30,00 (11,84) | 25,88 (14,37) | 2,62* | ,70 |
| GHQ-12 | | | | |
| Salud general | 22,63 (9,81) | 13,88 (8,63) | 3,50** | ,80 |

AAQ-II: Cuestionario de Evitación Experiencial; VQ: Valuing Questionnaire; DERS: Escala de dificultades en la regulación emocional; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; SCS: Self Compassion Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; BDI: Depresión de Beck II; GHQ-12: Cuestionario de Salud General

* Estadísticamente significativo a nivel $p < ,05$

** Estadísticamente significativo a nivel $p < ,01$

Por último, la satisfacción con la intervención fue muy positiva ya que siendo el rango de respuesta para todos los ítems de 1 a 4, la puntuación mínima fue de 3 y la máxima de 4. Así, los participantes mostraron una alta satisfacción general con el programa ($M = 3,75$; $DT = 0,46$), con la frecuencia de las sesiones ($M = 3,50$; $DT = 0,54$), con los objetivos y metas ($M = 3,5$; $DT = 0,54$), con las actividades ($M = 3,50$; $DT = 0,54$), con mejoras en aspectos de su vida tras el programa ($M = 3,00$; $DT = 0,76$), con los profesionales ($M = 3,75$; $DT = 0,46$) con el espacio físico ($M = 3,38$; $DT = 0,52$), con los materiales ($M = 3,38$; $DT = 0,52$) y con nivel de participación permitido ($M = 3,75$; $DT = 0,46$). Además, todas las observaciones realizadas por los participantes a nivel cualitativo han sido muy positivas, algunas de ellas son: “Me ha gustado mucho este programa, me ha ayudado a ver otros puntos de vista positivos para mi vida, el personal inmejorable” o “Valoro mucho el nivel de participación que hemos tenido”.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención basada en ACT, Mindfulness y Autocompasión en formato grupal breve, para mejorar el bienestar psicológico de un grupo heterogéneo de personas diagnosticadas con trastorno mental grave y duradero en el área de la sanidad pública. A la vista de los resultados, podemos afirmar que el tratamiento ha sido eficaz en la muestra en la que se ha aplicado, tal como se planteaba en las hipótesis del estudio. Estos resultados concuerdan con lo observado en la literatura científica y meta-análisis previamente citados que demuestran la eficacia de ACT para tratar diversos trastornos psicológicos (Gloster et al., 2020; Hayes et al., 2006; Luciano y Valdivia, 2006 y Ruiz, 2010).

En lo que respecta a la inflexibilidad psicológica, variable de gran interés en ACT, por medio de las diferencias en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario AAQ-II podemos inferir que la intervención ha sido útil para reducirla. Estos resultados concuerdan con la literatura científica previa, puesto que las intervenciones en ACT, de manera consistente, conducen a reducirla (Gloster et al., 2020). Esta reducción ha supuesto una mejoría visible para los usuarios, personas que en su mayoría pasaron de acudir dudosamente a una primera sesión en grupo, debido a que presentaban ideas rígidas de que no podrían soportarlo y que no les serviría porque no serían capaces de participar en él, a solicitar más actividades en el centro y a ser más flexibles en su vida diaria.

Por otro lado, en referencia a la clarificación de valores, los datos mostraron que la intervención ha sido útil para el progreso en valores, pero que también aumentó la obstrucción de valores. Si bien este último resultado puede resultar contraintuitivo, durante el programa los usuarios no solo fueron más conscientes de sus valores personales, sino que también detectaron con mayor claridad sus barreras psicológicas para poner en marcha sus acciones. Esto podría explicar el supuesto empeoramiento de las puntuaciones en dicho factor, aunque no se han encontrado ejemplos similares en la literatura científica.

La intervención también ha mostrado eficacia para mejorar la capacidad de regulación emocional de los participantes, tal como se observa en los resultados de la DERS. Todos los participantes señalaron que han implementado en su vida diaria la defusión del pensamiento para no dejarse llevar por una cascada de pensamientos, congruente con trabajos previos (Barbosa, 2020). Sin embargo, no se han obtenido mejorías en la capacidad de atención plena según la MAAS y la subescala mindfulness

de la SCS. Si bien el entrenamiento en Mindfulness ha demostrado mejorar la capacidad de atención plena teniendo en cuenta los estudios previamente citados (Levinson, et al., 2014; Hervás, 2011), es necesario destacar que en este programa el uso de estrategias de atención plena se vio limitado puesto que únicamente se dedicaban los últimos 10 minutos de la sesión y, además, tres de los participantes debían marcharse antes. Las condiciones en las que se aplicó la intervención podrían estar condicionando que no se hayan encontrado mejorías en estas variables.

Siguiendo con los datos arrojados por la SCS, la autocompasión, en concreto la auto amabilidad de los participantes también se ha visto aumentada tras la intervención, la cual podría tener un papel en la mejora de la reducción sintomatológica y en el incremento del bienestar (Orzech et al., 2009). Sin embargo, contrariamente a lo que cabría esperar, la humanidad compartida ha disminuido, algo que resulta llamativo puesto que, a nivel clínico, tras la intervención observamos que los participantes empleaban un lenguaje más flexible, menos autoexigente y eran capaces de auto felicitarse por sus logros. Quizá esta disminución en humanidad compartida podría estar producida por el aumento de conciencia de sus procesos internos.

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva podemos inferir que la intervención ha sido útil para reducir tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo y la depresión, resultados que son congruentes con los citados acerca de la eficacia de ACT (Luciano y Valdivia, 2006). Sin embargo, a pesar de que en este trabajo se ha incluido como objetivo la reducción de ansiedad y depresión, cabe resaltar que desde el paradigma de ACT no se persigue activamente la eliminación de síntomas, sino más bien aprender a convivir con ellos, de tal modo que no limite las conductas dirigidas a metas personales (Hayes et al., 2014).

En cuanto a la salud general, las diferencias encontradas han sido muy significativas. Tal y como señala Ruiz (2010), es esperable que la ACT esté más relacionada con depresión y calidad de vida. En este caso, observamos que en este aspecto se da una modificación positiva muy importante que podría estar relacionada con acciones comprometidas a valores. Estos resultados son muy relevantes para esta población debido a que pueden contribuir enormemente a su ajuste psicosocial.

Entre las limitaciones que ha tenido este estudio podemos destacar, en primer lugar, el bajo número de participantes y el diseño cuasiexperimental, hechos que merman la representatividad y posible generalización de los resultados. En segundo lugar, han existido limitaciones temporales para realizar el taller, marcadas por las necesidades del Hospital de días Dr. Esquerdo, tanto en número de sesiones como la duración de las mismas, lo que implica que no se haya podido realizar ningún seguimiento. Por otro lado, en referencia a las variables empleadas, hubiera sido interesante evaluar otras variables que pudieran estar influyendo en los resultados como, por ejemplo, la toma de medicación o la comorbilidad de enfermedades. Para futuros estudios, sería recomendable repetir este programa en otras unidades y con mayores muestras, siguiendo un enfoque experimental, además de realizar un seguimiento más amplio. También, sería interesante que las sesiones comenzasen con la actividad de mindfulness para que no quede relegado a un segundo plano y observar si de este modo se produce algún cambio relevante en los resultados.

Ahora bien, este estudio, tal y como otros autores comienzan a señalar, coloca a las terapias contextuales como una alternativa eficaz en el tratamiento de los problemas de salud mental, y en especial de aquellos que implican alto nivel de cronificación (Salgado, 2016).

Referencias bibliográficas

- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., Muñoz, P. E., Torres, J. V., Alonso, J. y Haro, J. M. (2007). One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas españolas de psiquiatría*, 35(2), 4–11.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders - republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Cleare, S., Gumley, A. y O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 511–530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2 ed.)*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Espinosa-López, R. y Valiente-Ots, C. (2019). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *Edpsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4–14. <https://doi.org/10.57087/edpsykhe.v16i1.4079>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26

items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

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

Goldberg, D. P. y Williams P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.

González-Blanche, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, O., Hernández-Abellán, A., Muñoz-Navarro, R. y Cano-Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo- conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: un contexto ideal. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 37-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.243>

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. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy

technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80003-0)

Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer-Verlag.

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

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Johnstone, L. (2012). Voice hearers are people with problems, not patients with illnesses. En M. Romme y S. Escher (Eds.), *Psychosis as a personal crisis* (pp. 27-36). Routledge.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K. y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A

comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>

Levinson, D. B., Stoll, E. L., Kindy, S. D., Merry, H. L. y Davidson, R. J. (2014). A mind you can count on: validating breath counting as a behavioral measure of mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 5(1202), 1-10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01202>

Longdon, E. y Read, J. (2017). People with problems, not patients with illnesses: Using psychosocial frameworks to reduce the stigma of psychosis. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 24-30.

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. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3782>

Luciano, M. C. y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Anxiety disorders (Quality Standard)*. Recuperado el 10 de septiembre de 2022, de <http://www.nice.org.uk/guidance/qs53>

Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo*. Paidós.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity: The Journal of the International Society for Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. y Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.

Neff, K., y Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. En T. B. Kashdan y J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 78–106). New Harbinger Publications.

Olatunji, B. O. y Hollon, S. D. (2010). Preface: the current status of cognitive behavioral therapy for psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), xiii–xix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.015>

Orzech, K. M., Shapiro, S. L., Brown, K. W. y McKay, M. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 212–222. <https://doi.org/10.1080/17439760902819394>

Padilla Torres, D. y Jiménez Arriero, M. Á. (2014). Experiencia clínica de Psicoterapia Grupal contextual en adolescentes con problemas emocionales. *Clínica contemporánea*, 5(1), 53–68. <https://doi.org/10.5093/cc2014a5>

- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, *9*(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A. y Fullana, M. A. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *42*(4), 176-184.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(1), 125-139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423008>
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(2), 333-357.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129.

- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Segura-Vargas, M. A., & Gil-Luciano, B. (2022). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombian clinical and nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology, 78*(2), 233-248. <https://doi.org/10.1002/jclp.23212>
- Salgado Pascual, C. F. (2016). Comparación de dos protocolos de intervención basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso y Entrenamiento en Mindfulness en personas con Trastorno Mental Crónico. *Análisis Y Modificación De Conducta, 42*(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2795>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 181-184. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sanz, J. Perdigón, A. L. y 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, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M., Ormel, J., Posada-Villa, J., Watanabe, M. y Williams, D. (2009). Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 39*(1), 33-43. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003188>

Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J. y Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 185-197.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, P. (2012). Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 19–26.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. TEA.

Tizón, J. L. (2014). Sobre los peligros de “etiquetar la locura”. En *Entender la psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Herder.

Whooley, O. (2014). Nosological reflections: The failure of DSM-5, the emergence of RDoC, and the decontextualization of mental distress. *Society and Mental Health*, 4(2), 92-110. <https://doi.org/10.1177/2156869313519114>

Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>

Apéndices

Apéndice I. Autorización OIR

[https://drive.google.com/file/d/1-bDIB3hxUf6J4qw40_Xts8NIWLm7ftLL/view?usp=share link](https://drive.google.com/file/d/1-bDIB3hxUf6J4qw40_Xts8NIWLm7ftLL/view?usp=share_link)

Apéndice II. Autorización del Hospital General de Alicante

[https://drive.google.com/file/d/1v1YBnZbv3FmvHIV_42lt16AhtfoWOxVg/view?usp=share link](https://drive.google.com/file/d/1v1YBnZbv3FmvHIV_42lt16AhtfoWOxVg/view?usp=share_link)

Apéndice III. Cuaderno de recogida de datos

[https://docs.google.com/document/d/1eEQiv6hSgEuld6ySYwUuTdTFf0lbZCPi/edit?usp=share link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1eEQiv6hSgEuld6ySYwUuTdTFf0lbZCPi/edit?usp=share_link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true)

Apéndice IV: Satisfacción con el programa.

[https://docs.google.com/document/d/1V8rSDqQCDkysZI0WinhVsCae74MXxYDC/edit?usp=share link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1V8rSDqQCDkysZI0WinhVsCae74MXxYDC/edit?usp=share_link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true)

Apéndice V: Hoja de información al paciente.

[https://docs.google.com/document/d/1ikC-f3IXMq6NrwEh6wN4OA0G1-x-8SIO/edit?usp=share link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1ikC-f3IXMq6NrwEh6wN4OA0G1-x-8SIO/edit?usp=share_link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true)

Apéndice VI: Consentimiento informado.

https://docs.google.com/document/d/1iYBfSOfcwobVLvclP3GSoh7nRiRRAIV3/edit?usp=share_link&oid=104815437205536521469&rtpof=true&sd=true

Apéndice VII: Dossier Acéptate, quiérete.

https://drive.google.com/file/d/1-LA7iZoMUdm8u7dx6hvnWipFC9_bsQxz/view?usp=share_link

