

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**La Terapia Contextual:
Terapia de Aceptación y
Compromiso (ACT)**



122



Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 33, Número 122, Julio, 2022 – Online ISSN: 2339-7950

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 10 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gísmoro González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrola Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortiz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Ángeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñiz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos “.doc” o “.docx” a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/about/submissions>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*: **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el resumen y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las palabras clave (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en séptima edición de la APA (2019) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido del autor, Año, número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre comillas dobles; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido del autor, Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una nueva página, después del apartado de discusión, a doble espacio y en sangría francesa. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el 40% de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los últimos cinco años. Cada referencia debe ajustarse al formato de la séptima edición de la APA (2019).

TABLAS Y FIGURAS

Las figuras y tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Cada figura incluida en el manuscrito deberá ser adjuntada en un fichero adicional (preferentemente “.jpeg”), aparte del manuscrito. Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas y las figuras se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla o figura, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

**Monográfico: La Terapia Contextual:
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**
Adrián Barbero Rubio

Editorial

Monográfico sobre la Terapia Contextual: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	1
Adrián Barbero-Rubio	
La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso	5
Robyn D. Walser y Manuela O'Connell	
Terapia de aceptación y compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales	21
Ángel Alonso-Sanz, Adrián Barbero-Rubio, Francisco J. Ruiz y Bárbara Gil-Luciano	
Una evaluación de línea base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en trastorno por pánico	47
Derly J. Toquica-Orjuela, Ángela M. Henao, Miguel A. Segura-Vargas y Francisco J. Ruiz	
Terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el duelo por ruptura complicada: Una evaluación aleatoria de líneas de base múltiples	67
Diana P. Medina-Reina y Francisco J. Ruiz	
Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en fibromialgia: Un diseño de línea base múltiple aleatorizado	85
Leidy Estefany López-Palomo, Juan C. Vargas-Nieto y Francisco J. Ruiz	
Una intervención grupal breve de terapia de aceptación y compromiso en lupus eritematoso sistémico.....	105
David Arjol y Adrián Barbero-Rubio	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Importancia de la despedida en el proceso de duelo.....	129
Marisa Magaña Loarte, José Carlos Bermejo, Valentín Rodil y Marta Villacieros	
Salud espiritual, clima organizacional y funcionamiento familiar	143
Carlos Marcelo, Lucio Abdiel Olmedo Espinosa, Víctor Andrés Korniejczuk, Moisés Manzano González, Nadia Elizabeth Blanco Angulo y Elmi Yasmín Morales Vázquez	
Co-construcción de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes con intento suicida. Análisis discursivo del diálogo terapéutico: estudio de caso	157
Bernardo Enrique Roque Tovar, Edgar Antonio Tena-Suck y Antonio Sánchez Antillón	
Eficacia de una intervención psicológica breve en línea durante el confinamiento por COVID-19	173
Marcela Paz González-Brignardello, Teresa Olea Tejero, Miguel Ángel Carrasco, Luis Angel Saúl y Purificación Sierra-García	
—— Recensión ——	
Atajando la división entre clínica e investigación: Outcome measures and evaluation in counselling and psychotherapy	195
Pablo Sabucedo Serrano	

CONTENTS

**Monographic: Contextual Therapy:
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**
Adrián Barbero Rubio

From Editor

Monograph on Contextual Therapy: Therapy of Acceptance and Commitment (ACT).....	1
Adrián Barbero-Rubio	
The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy	5
Robyn D. Walser, & Manuela O'Connell	
Acceptance and commitment therapy (ACT) in a child with dysfunctional jealousy and rumination.....	21
Ángel Alonso-Sanz, Adrián Barbero-Rubio, Francisco J. Ruiz, & Bárbara Gil-Luciano	
A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder	47
Derly J. Toquica-Orjuela, Ángela M. Henao, Miguel A. Segura-Vargas, & Francisco J. Ruiz	
Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation	67
Diana P. Medina-Reina, & Francisco J. Ruiz	
Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in Fibromyalgia: A randomized multiple-baseline design	85
Leidy Estefany López-Palomo, Juan C. Vargas-Nieto, & Francisco J. Ruiz	
A brief acceptance and commitment therapy group intervention on Systemic Lupus Erythematosus.....	105
David Arjol, & Adrián Barbero-Rubio	

—— Open Access Articles ——

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Importance of farewell in the grieving process	129
Marisa Magaña Loarte, José Carlos Bermejo, Valentín Rodil, & Marta Villacieros	
Spiritual health, organizational climate and family functioning	143
Carlos Marcelo, Lucio Abdiel Olmedo Espinosa, Víctor Andrés Korniejczuk, Moisés Manzano González, Nadia Elizabeth Blanco Angulo, & Elmi Yasmín Morales Vázquez	
Co-construction of the therapeutic alliance in suicidal young women. Discourse analysis of the therapeutic dialogue: A case study	157
Bernardo Enrique Roque Tovar, Edgar Antonio Tena-Suck, & Antonio Sánchez Antillón	
Efficacy of an online brief psychological intervention during lockdown on COVID-19	173
Marcela Paz González-Brignardello, Teresa Olea Tejero, Miguel Ángel Carrasco, Luis Angel Saúl, & Purificación Sierra-García	
—— Review ——	
Tackling the divide between research and clinical practice: Outcome measures and evaluation in counselling and psychotherapy	195
Pablo Sabucedo Serrano	

EDITORIAL

MONOGRÁFICO SOBRE LA TERAPIA CONTEXTUAL: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

FROM EDITOR

MONOGRAPH ON CONTEXTUAL THERAPY: THERAPY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT (ACT)

Adrián Barbero Rubio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6734-6765>

Universidad de Educación Nacional a Distancia, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Barbero Rubio, A. (2022). Monográfico sobre la Terapia Contextual: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>

El desarrollo y expansión de la Psicología Contextual y sus aplicaciones, entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso como la terapia contextual de referencia, plantean el reto de su difusión desde y hacia la precisión y eficacia clínica.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la más completa de las terapias contextuales o terapias de conducta de tercera generación, siendo de todas ellas la que acumula mayor cantidad de evidencia empírica hasta la fecha. ACT sienta las bases en la filosofía del Contextualismo Funcional, una filosofía de ciencia que pone el énfasis en el análisis funcional de la conducta en su contexto. Además, ACT centra su propuesta terapéutica a partir del análisis experimental del lenguaje y la cognición humana propuesta en la Teoría del Marco Relacional (RFT), ofreciendo una alternativa a los sistemas de clasificación sindrómicos en la que resulta central el trastorno de evitación experiencial o patrón de inflexibilidad psicológica.



Este patrón se construye a partir de las múltiples interacciones funcionales que se dan desde la infancia y adolescencia y que determinan un modo de funcionar hecho de múltiples reacciones cuya función común es disminuir o erradicar malestar psicológico. Este modo de funcionar estaría conformado por múltiples reglas que especificarían que *sentir malestar* está en relación opuesta a *vivir*; y seguir dichas reglas garantizaría alivio de forma puntual y a corto plazo. Estas respuestas sostenidas en el tiempo llevarían a la larga a una gran insatisfacción por cuanto no se consigue lo que se busca y no se camina hacia lo que es valioso.

Es sobre este repertorio donde ACT centra su intervención para socavarlo mientras que potencia o fomenta otro denominado de flexibilidad psicológica. Este último es uno conformado por múltiples reacciones a emociones o pensamientos de diversa índole que están controladas o dirigidas por funciones apetitivas abstractas y demoradas que se hacen presentes, en otras palabras, por lo que es importante y valioso para el individuo en cada momento. Dicho modo de funcionamiento incluye necesariamente el seguimiento de reglas mucho más flexibles y ajustadas a la condición humana. Dicha intervención debe, por tanto, promover la inclusión de contenidos psicológicos aversivos como parte inevitable del camino de vivir, es decir, de transcurrir por el mundo a través de diversas etapas conectado a lo que tiene sentido o valía personal. Para dicho objetivo, las estrategias o herramientas clínicas fundamentales a través de las que el clínico se sirve para cumplir con dicho objetivo se distribuyen en tres acorde a Törneke et al. (2015): (1) facilitar al cliente que discrimine el producto de su modo de funcionar problemático (*i.e.* análisis funcional del patrón de inflexibilidad psicológica); (2) crear las condiciones para que el cliente pueda contactar y ampliar aquello que tiene sentido personal o de importancia vital para uno (*i.e.*, *explorar y amplificar valor*), y (3) facilitar que el cliente pueda producir la habilidad de tomar perspectiva de sus pensamientos, emociones o sentimientos (*i.e.*, *defusion*) y actuar de acuerdo a lo que resulta de sentido personal (2) al incluir lo primero como parte de la vida. Estas estrategias son tres procesos que operan juntos a la hora de potenciar la flexibilidad y requieren de un entrenamiento sistemático por parte del terapeuta en sesión.

Este volumen presenta seis trabajos en los que las estrategias ACT resultan protagonistas en sus diversas y más representativas facetas de aplicación. En primer término (Walser y O'Connell, 2022), y como bienvenida al volumen, se incluye el trabajo titulado "The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy [La alianza terapéutica en la Terapia de Aceptación y Compromiso]" cuyo foco principal está en la variable que vertebrada y solidifica cada una de las estrategias involucradas en ACT y, que a su vez, garantiza su eficacia, la relación o alianza terapéutica. Los autores desarrollan el fenómeno de la alianza terapéutica desde la perspectiva de ACT, exploran los diferentes roles que tiene en la intervención de ACT y presentan un ejemplo clínico para su mejor comprensión.

A partir de este trabajo, el volumen ejemplifica la utilización de las estrategias centrales de la terapia contextual en infancia y adultez y en diversas problemáticas

representativas. Requiere especial atención la presencia común en los ejemplos clínicos de estos trabajos de “la rumia limitante”, como una de las manifestaciones de inflexibilidad más accesibles, automáticas y limitantes (Ruiz et al., 2016, 2020). El lector puede encontrar en estos trabajos cómo la terapia contextual, en sus diferentes formas de intervenir, ataja este fenómeno frecuentemente ligado a diversas problemáticas. De modo que, en segundo término (Alonso-Sanz et al., 2022), encontramos el trabajo titulado “Terapia de Aceptación y Compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales”, donde se muestra la aplicación de la terapia contextual en infancia como una vía de intervención prometedora que está resultando sumamente eficaz. Presenta un caso en el que se combina la presencia de conductas disruptivas y rumia limitante. En los siguientes tres trabajos (López-Palomo et al., 2022; Medina-Reina y Ruiz, 2022; Torquica-Orjuela et al., 2022), titulados “A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder [Una evaluación de línea base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en trastorno por pánico]”, “Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: a randomized multiple-baseline evaluation [Terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el duelo por ruptura complicada: Una evaluación aleatoria de líneas de base múltiples]”, y “Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in Fibromyalgia: a randomized multiple-baseline design [Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en Fibromialgia: Un diseño de línea base múltiple aleatorizado]”, se muestra la eficacia de tres protocolos ACT breves centrados en el fenómeno del pensamiento negativo repetitivo o rumia, en: trastorno del pánico, duelo persistente y fibromialgia. Por último, el trabajo titulado “A brief acceptance and commitment therapy group intervention on Systemic Lupus Erythematosus [Una intervención grupal breve de terapia de aceptación y compromiso en Lupus Eritematoso Sistémico]” (Arjol y Barbero-Rubio, 2022), presenta un breve protocolo ACT aplicado en formato grupal en contextos hospitalarios para pacientes que sufren de Lupus eritematoso.

Este volumen pretende divulgar la eficacia de la terapia contextual-ACT en las numerosas aplicaciones tanto en formatos individuales como grupales, en infancia como en población adulta, en problemáticas comunes y en aquellas que conllevan dolencias físicas.

Referencias

- Alonso-Sanz, A., Barbero-Rubio, A., Ruiz, F. J. y Gil-Luciano, B. (2022). Terapia de aceptación y compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 21-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1146>
- Arjol, D. y Barbero-Rubio, A. (2022). A brief acceptance and commitment therapy group Intervention on Systemic Lupus Erythematosus [Una intervención grupal breve de terapia de aceptación y compromiso en lupus eritematoso sistémico]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 105-127. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1151>
- López-Palomo, L. E., Vargas-Nieto, J. C. y Ruiz, F. J. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in Fibromyalgia: A randomized multiple-baseline design [Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en Fibromialgia: Un diseño de línea base múltiple aleatorizado]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 85-104. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1150>
- Medina-Reina, D. P. y Ruiz, F. J. (2022). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation [Terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el duelo por ruptura complicada: Una evaluación aleatoria de líneas de base múltiples]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 67-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1149>
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Suárez-Falcón, J. C. y Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design [Efecto de un protocolo ACT de una sesión para interrumpir el pensamiento negativo repetitivo: un diseño aleatorizado de línea de base múltiple]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C. y Cardona-Betancourt, V. (2020). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression [Una evaluación de base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión comórbidos]. *Frontiers in psychology*, 11, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Toquica-Orjuela, D. J., Henao, Á. M., Segura-Vargas M. A. y Ruiz, F. J. (2022). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder [Una evaluación de línea base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en trastorno por pánico]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 47-66. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1148>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering [RFT para la práctica clínica: tres estrategias centrales para comprender y tratar el sufrimiento humano]. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272) Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Walser, R. D. y O'Connell, M. (2022). The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy [La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 5-20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1145>

THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Robyn D. Walser^{1,2,3}

Manuela O'Connell⁴

¹ Bay Area Trauma Recovery Clinic, Berkeley, California, USA

² National Center for PTSD, Dissemination and Training Division, Menlo Park, USA

³ University of California, Berkeley, Clinical Science, Berkeley, California, USA

⁴ Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Walser, R. D., & O'Connell, M. (2022). The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy. [La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 5-20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1145>

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a process-based intervention that promotes psychological flexibility by implementing six core processes. These include acceptance and awareness as well values and behavior change processes. Still, the primary vehicle for implementing these processes is the therapeutic relationship. Underscoring the importance of the relationship is paramount – it is the context in which the interventions emerge, allowing the therapist to shape psychological flexibility directly. We argue that the therapeutic alliance (TA) is co-created and is a critical factor contributing to the effectiveness of ACT. This paper focuses on the TA as a vital part of ACT treatment. We discuss the therapeutic alliance from an ACT perspective, explore different roles in implementing ACT, and conclude with a clinical case illustration. We more specifically focus on how the TA alliance and the therapeutic relationship can be a vehicle of change in ACT.

Keywords: *therapeutic alliance, therapeutic relationship, ACT, acceptance and commitment therapy*

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una intervención basada en procesos que promueve la flexibilidad psicológica implementando seis procesos centrales. Estos incluyen aceptación y conciencia como también procesos de valores y cambio conductuales. Sin embargo, el vehículo primario para implementar estas intervenciones es la relación terapéutica. En este trabajo discutimos que la Alianza Terapéutica (TA) es co-creada y es un factor crítico que contribuye a la efectividad de la implementación de ACT. Este artículo se enfoca en la TA como una parte vital del tratamiento ACT. Desarrollamos la alianza terapéutica desde la perspectiva de ACT, exploramos los diferentes roles que ocupa en la implementación de ACT y concluimos con un ejemplo clínico. Mas específicamente mostramos cómo la alianza terapéutica y la relación terapéutica pueden ser un vehículo de cambio en ACT.

Palabras claves: *alianza terapéutica, relación terapéutica, ACT, terapia de aceptación y compromiso*

Received: April 4, 2022. Accepted: May 30, 2022.

Correspondence:

E-mail: robyn.walser1@gmail.com

Postal address: Robyn D. Walser, Ph.D. Dissemination and Training Division, VA Palo Alto, USA Health Care System, VA National Center for PTSD, Building 334, Rm C-120, 795 Willow Road Menlo Park, CA 94025, USA.

© 2022 Revista de Psicoterapia



In the traditional behavioral literature, an essential part of therapy can be overlooked, or at least under-appreciated – the therapeutic relationship and the alliance that emerges from it. Efforts to evaluate and integrate the therapeutic relationship's importance within behavior therapy are more recently emerging. Yet, much work is to be done. We maintain that the relationship between the therapist and client and the therapeutic alliance that grows between the two is vital in producing effective therapy outcomes – an assertion supported by years of research (Nienhuis et al., 2018). The therapeutic relationship is not only an essential part of treatment; it also can be the vehicle for promoting client growth and transformation. Specific to our approach, the alliance in acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes et al., 2012) is the conduit for fostering psychological flexibility and the context for change.

Psychological flexibility in ACT is cultivated by helping clients contact the present moment, developing awareness of emotions, thoughts, and sensations while choosing to engage in behaviors that reflect personally held values (Hayes et al., 2012). There are three main pillars in ACT that encompass the process. These are opening to experience (open), living with awareness (aware), and committing to values-based living (engaged). The three pillars contain six core processes implemented to support healthy change. These are (see below for more thorough definitions): 1) willingness; 2) defusion; 3) present moment; 4) self-as-context or perspective taking; 5) values clarification or ways of living; and 6) committed action. Varied and numerous exercises, metaphors, and techniques are used to support clients in learning to engage these processes in their lives. These processes are used to address psychological *inflexibility* (avoidance, fusion, living in the past or future, self as content, lack of values clarity, and inaction or impulsive behavior). However, building psychological flexibility is not only about the techniques and exercises used to support these processes in general; the heart of the ACT model is also about evoking, shaping, and reinforcing this inside of a relationship that instantiates the model itself. The therapist, reflecting the model is psychologically flexible, responding to the client from a stance of openness while holding them as a whole being capable of change linked to meaning.

As a therapy that comes under the umbrella of cognitive-behavioral approaches, the work in ACT is to implement processes and techniques that target problematic behavior(s), modifying behavior in the service of healthy change. However, as with other behavioral and cognitive approaches, ACT can fall prey to a more technique-oriented intervention focusing on the alliance only when there is a rupture. In this *first* approach to the alliance, the ACT core processes contributing to psychological *inflexibility* (i.e., avoidance, fusion, etc.) are the main focus of the case conceptualization. These are then targeted for change by the psychological flexibility processes, with therapists mainly attending to the context of the client. Although this is undoubtedly a part of the work in ACT, oversimplification of the approach and a narrow focus on the client leads to less interpersonal sensitivity. It is important to remember that an advanced, richer therapy benefits from recogniz-

ing that the therapeutic relationship and alliance are critical factors in contributing to the effectiveness of ACT. This is not to say that well-planned techniques cannot serve as a respectable intervention. However, interpersonal factors may still mediate the results even with robust techniques. As with other behavioral therapies, ACT can be enhanced when the therapeutic alliance as a context or even a vehicle for change is built-in

More recently, a focus on the alliance with a move to include interpersonal factors has changed for cognitive and behavioral models, with the therapeutic alliance playing a more prominent role (Gilbert & Leahy, 2007). Integrating these interpersonal factors as a focus of therapy is a *second*, more connected approach to the alliance. The therapeutic relationship and TA are enriched by these factors, supporting the relationship as a context for change. Here, interpersonal factors may be viewed as either interfering with or facilitating change. These factors might include the role of emotional sensitivity, empathic understanding, mindfulness, compassion, validation, and irreverence. Once lacking or given very little recognition, the importance of these interpersonal factors in the therapeutic approach is now being considered and more broadly implemented. Using these components in building the relationship and a robust therapeutic alliance, the therapist can enhance meaningful and transformative experiences for the client.

As a therapy method, implementing these factors relies not only on the skill to employ the factors themselves but also on the therapists' ability to personally engage the ACT processes in the service of enhancing the therapeutic bond. The latter means that the therapist consistently behaves psychologically flexibly, modeling openness, awareness, and engagement. Modeling in this manner creates the context for learning and change and builds a mindful, compassionate, and empathic bond.

The third approach, suggested here as the most important, involves an even greater level of participation by the therapist - building awareness of intrapersonal and interpersonal processes across the arc of therapy. The relationship between the therapist and client reflects a natural dialectic where the relationship acts as both a means to make the treatment work while also acting as the therapy itself apart from any technique. This third approach focuses on the interpersonal behaviors occurring in session as the means of change.

For example, Functional Analytical Psychotherapy (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1995), a behavioral therapeutic model, asserts that the relationship is the lead mechanism for facilitating change. The direct experience between the client and the therapist is the behavior of interest. The additional learning history acquired by interacting with the therapist during treatment leads to modification of behavior. Problem behaviors that clients emit in session (e.g., emotional avoidance, mistrust, assertion deficits) are of the same general class of behaviors they emit with others and are addressed with behavioral principles directly. The same happens with growth behaviors. The therapist responds in session contingently to behaviors by recognizing their relevance, evoking growth behaviors, reinforcing them, and

facilitating generalization outside the therapeutic room.

As with FAP, the relational interaction is also fundamental to the theoretical foundations of ACT. Behavioral principles come alive inside this context with both therapist and client evoking responses, including helpful (e.g., supportive behavior) and, at times, unhelpful (e.g., avoidant behavior), in one another (Walser et al., 2019). Responding to these behaviors contingently, we can facilitate the change we are targeting. As a therapy method, the therapeutic relationship again relies on the therapists' ability to personally engage the ACT processes in the service of enhancing the therapeutic bond. As with the second approach, the therapist consistently behaves psychologically flexibly, modeling openness, awareness, and engagement, creating a context for learning and change while building a mindful, compassionate, and empathic bond. However, if the therapist uses the relationship as a vehicle for change, recognizing which ACT process to use when, the therapist needs to be aware of the kind of relationship the client and therapist are co-creating in the moment. Is the relationship nurturing flexible behaviors or not?

For ACT therapists focused on technique and what is happening for the client, the flexible implementation of ACT tucked inside a relational bond that nurtures flexible behaviors may prove more elusive. Including interpersonal factors can expand therapeutic acumen and augment the alliance. However, co-creating an intrapersonally and interpersonally informed process as well as a dynamic bond across ACT treatment can truly enrich the therapy. However, it will mean learning to monitor and observe, in an ongoing way, the moment-by-moment relational processes that are being co-created by the client and therapist in a kind of "togetherness" designed to promote meaningful change.

In the following sections, we begin to look at this issue by exploring the therapeutic alliance, considering the role of the relational bond in behavior therapy, and focusing on relevant basic principles. We then clarify the therapeutic alliance in ACT and its different roles. Finally, we further develop the therapeutic alliance's power as a means of change, concluding with clinical cases Illustrations.

The Therapeutic Alliance: An Overview

The therapeutic alliance, or alliance, is a construct that attempts to define the collaborative elements of the interpersonal relationship between client and therapist during psychotherapy. The term "therapeutic alliance" is commonly used to refer to the most significant aspects of the relationship which impact gains in therapy (e.g., Gelso & Carter, 1994). Clinicians from many theoretical orientations acknowledge the importance of the relationship between the client and the therapist in effecting change (e.g., Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993; Rogers, 1957; Wright & Davis, 1994).

A positive therapeutic alliance (TA), or "working alliance," refers to the collaborative, mutually respectful, caring partnership that characterizes a productive patient-therapist relationship (Horvath, 2001). However, it can be conceptualized

more accurately as a multifaceted construct consisting of several areas of emphasis (Bordin, 1979; Greenson, 1965). These areas have included an agreement on the goals and tasks of therapy, a commitment to treatment, and the perceived bond between the client and therapist, among others (e.g., Horvath & Greenberg, 1989).

Research on the therapeutic alliance in adult psychotherapy has been fairly robust and in support of the alliance as a mechanism of change in psychotherapy (Crits-Cristoph et al., 2013; Flückiger et al., 2018). In addition to the definitions underpinning the alliance, the alliance itself is considered an active therapeutic ingredient independent from any psychotherapeutic technique (Horvath and Symonds, 1991). The alliance is also thought to be a common change process in psychotherapy regardless of theoretical orientation (Wampold & Imel, 2015).

Given the data and research indicating that clients tend to emphasize the importance of therapist warmth and emotional involvement (Gilbert & Leahy, 2007), it can be argued that establishing a good relationship is necessary from the first stages of therapy. Furthermore, as therapists tend to judge the initial quality of the relationship in terms of clients' active participation and collaboration, the objectives for the first stage in the relationship might include empathy, intentions, and hope.

The second stage of the relationship involves carrying out therapeutic activity. A deepening of the therapist-client relationship often accompanies this stage but may also include challenges to the relationship shifting it into the third stage. These challenges may involve misunderstandings, conflicts, activation of defenses, negative reactions, and ruptures. Maintaining the quality of the relationship through the various stages of therapy involves therapists ensuring they are appropriately responsive to their clients and able to recognize and seek to repair ruptures in the relationship.

Maintaining this complex developing and changing connection requires therapists to individualize their responses to specific aspects of clients' needs and relating styles. Therapist understanding and appreciation of contextual factors are also crucial. Research suggests that the blending of these various skills makes for a good therapeutic relationship, influencing the outcome for the client (Gilbert and Leahy, 2007)—again, establishing the importance of the therapeutic relationship as a mediational factor in psychotherapy.

The Relational Bond in Behavior Therapy. Whereas the therapeutic alliance is a defining feature of psychodynamic and humanistic/experiential approaches (see Horvath & Luborsky, 1993 for a detailed historical account), its role in behavior therapy has been explicated less clearly (Lejuez, 2005). Behavior therapists have traditionally assumed that specific therapy techniques largely account for treatment outcome variance with notable exceptions (Brown & O'Leary, 2000; Hyer et al., 2004; Klein et al., 2003). The therapist-patient relationship is generally a "neutral stimulus" that has minimal relevance toward assessing treatment efficacy (cf. Kohlenberg, 2000).

It could, however, be argued that ignoring the role of the therapeutic relationship

and alliance in behavior therapy may not only be problematic on a practical level but may also be inconsistent with basic principles that underlie behavior therapy (Kohlenberg et al., 1998; Raue et al., 1997). Indeed, Follette et al. (1996) proposed that the basic operant conditioning model (Skinner, 1957) and Relational Frame Theory (Hayes et al., 2001) could account for the alliance factors proposed by the alliance research. However, in contrast to a client-centered perspective, they do not assume that “unconditional positive regard” or wholly noncontingent responding are sufficient conditions in therapy to bring about change. Technically speaking, the therapist’s general support and acceptance of a client’s effort to change is better understood as contingent responding. The class of behaviors reinforced by the therapist is necessary for therapy to occur.

In more recent accounts of a new generation of behavioral therapies such as FAP (Kohlenberg & Tsai, 1995) and ACT (see Hayes & Hofmann, 2018), exploring the behavioral processes between therapist and client has been given serious consideration (Villardaga & Hayes, 2009; Walser et al., 2019). Specifically, the therapeutic relationship and the strength of its alliance depend on a process of mutual influence. The therapeutic alliance is a mutual shaping and learning (Follette et al., 1996; Lejuez et al., 2005) process. The therapist works to influence clients’ responses, and clients also impact therapist behavior (Walser et al., 2019).

From a FAP perspective, for instance, the therapeutic relationship is where clients engage in problem behaviors and learn new, more effective ways of responding. The consequences of behavior emitted in the client-therapist relationship are the key to healthy outcomes. For therapy to be effective, the clinician needs to identify problem behaviors and shape more functional behaviors during the session. The target is interpersonal functional classes of behavior. The therapeutic alliance should approximate intimate social relationships as closely as possible so that the client can easily generalize treatment effects from the session to the natural environment.

Equally important, a FAP therapist must be invested in creating an authentic and close therapeutic alliance. FAP would be impossible without a therapeutic relationship that is caring, genuine, sensitive, involving, and emotional (Kohlenberg & Tsai, 1987). The therapy rests on the supposition that a client will interact with the therapist in much the same way they behave with peers and loved ones.

The Therapeutic Alliance in ACT

ACT (Hayes et al., 2012) is a behavioral intervention focusing on reducing rigid, non-varying, and non-adaptive behavior by encouraging and reinforcing psychological flexibility. The intervention focuses on decreasing experiential avoidance and fostering willingness of private experiences in the service of healthy living based on values. The six core components use acceptance and mindfulness processes and commitment and behavior change processes to produce change. The processes are interrelated and instituted inside of and through the therapeutic relationship.

More thoroughly defined than above, the six core components use acceptance

and mindfulness processes and commitment and behavior change processes to produce change. Willingness increases flexibility by bringing the individual into contact with previously avoided private experiences such as negative emotions and unpleasant sensations. Clients learn to feel emotions and sensations as they are and not as what the mind makes them out to be. Cognitive defusion decreases the behavioral regulatory effect of thoughts by increasing contact with the process of thinking instead of the products of thinking. Clients are taught to observe the ongoing flow of thoughts while also discovering that words do not exist inside the objects they refer to (e.g., the sound apple refers to the object, it is not the object itself). Encouraging contact with the present moment enhances the person's awareness of external and internal events (e.g. be in the moment observing what is here now). Strengthening a transcendent sense of self (self-as-context) decreases attachment to the conceptualized self. This sense of self is consistent with the I, Here, Now perspective. Becoming more aware of this transcendent sense of the self empowers other processes supporting the pillar of openness to experience. Values are chosen qualities of personal meaning (i.e., loving, caring, etc.) and guide living. Values are continuously present and never obtained as concrete objects. Encouraging committed action builds ever-larger effective behavior patterns linked to chosen values. Finally, ACT includes numerous techniques focused on each component area, but the model, not the technology, defines the intervention.

Most importantly and relevant to the argument here, ACT incorporates the therapeutic relationship as a significant component of treatment. Although several ACT goals may be intrapersonal in nature, the means are decidedly interpersonal. That is, they hinge upon the trusting and collaborative nature of the therapeutic alliance.

The alliance in ACT is complex and reflects many different qualities, most necessary for building awareness of intrapersonal and interpersonal processes across the arc of therapy. First, ACT is non-hierarchical, client and therapist are both human, and each has their own measure of pain and joy. The therapist does not "sit above" the client.

Second, the therapist and client are engaged in a collaborative process of mutual influence. The therapist impacts clients' responses, but clients also affect therapist behavior. The alliance in ACT emerges as the natural result of the converging effect of its philosophical assumptions (Functional Contextualism; see Hayes, 1993), a scientific theory of language and cognition (Relational Frame Theory, RFT; see Hayes et al., 2001), the characteristics and guiding principles of the ACT model as an operating system for clinical intervention (Hayes et al., 2012), and finally the moment by moment mutual influence that is co-created in the interpersonal field.

In contrast to a more topographical understanding of the alliance as something a therapist "has" or "does not have" with a client, ACT places its emphasis on what a therapist and client are expected to "do" in building the alliance during treatment. Such a behavioral emphasis has several consequences for studying the alliance in

ACT as a mechanism of change.

First, a behavioral understanding of the alliance requires a therapist to be practicing ACT—they are open, aware, and engaged inside the relationship. Second, the behavioral emphasis has the effect of placing the responsibility of monitoring and maintaining the various areas of the alliance on the therapist as part of the intervention despite knowing that it is co-created with the client. Third, any failure in various areas of the alliance can be subjected to a rupture-repair process (Walser & O'Connell, 2021). Therapists and clients agree that it is a priority in treatment to address any behavior on the part of the therapist or client that interferes with the effective delivery of the intervention. The importance of therapy-interfering behavior is an explicit acknowledgment that the therapeutic relationship in ACT is a genuine, real relationship. Still, there is a commitment to serve and support change.

Pierson and Hayes (2007) note that other broad qualities speaking specifically to the multiple dimensions that guide decision-making in reinforcing psychological flexibility inside the relationship. Change is reflected in the clients moving from rigid behavioral responses to flexible responses. The intrapersonal process is brought into the therapy. What is happening inside the client as well as the therapist during the session is entirely relevant (Walser et al., 2019). What is happening within the therapist in the moment-to-moment interaction is revealed if functionally appropriate.

The qualities of therapeutic interactions also play a role (Pierson & Hayes, 2007). Interactions that are empowering assist the client in taking healthy risks in the session and in their lives outside of the session. This is executed through the processes themselves. For instance, an empowering interpersonal relationship is also a loving relationship - values unfold in the therapy room. A defused relationship is creative and playful, and an accepting relationship makes room for all emotion and sensation experiences. Relating from the perspective of self-as-context, both therapist and client detect a sense of transcendence. Neither is the content of their life, and both are more than their histories. Finally, the present moment is alive and connected to during the session with action linked to change folded in. More simply, behaving flexibly is instantiated and embodied using the ACT processes in the relationship and throughout the therapy's ongoing arc.

The therapist using ACT at the third level of approach to the alliance effectively builds awareness of intrapersonal and interpersonal processes across the therapy in the service of psychological flexibility. Here, the therapist should be supporting, modeling, evoking, shaping, and reinforcing psychological flexibility allowing the client to vary and adapt behavior to suit the relevant context.

Therapists implementing ACT in this way seek to optimize the therapeutic relationship's conditions maximizing the therapeutic bond's effectiveness – a concept we have referred to as, togetherness. 'This can include responsiveness, warm engagement, genuineness, and self-disclosure – with self-disclosure creating a sense of a "real" relationship. In addition, the balance of acceptance and change

manifests as a dance between behavioral expressions of autonomy and control. The relationship holds that the client feels accepted but is also expected to change.

Expectations for change as an interpersonal position that the therapist adopts include unwavering centeredness balanced by a sense of compassionate flexibility. Along this dimension, the therapist finds equilibrium between unwavering consistency in the implementation of the therapy and responsiveness to the client's current experience. Movement between these two poles communicates simultaneously that the therapist believes in the therapy and is attentive to the client as an individual. Additional expectations for change include therapist qualities along the dimension of nurturing and benevolent demanding. Nurturing behaviors—coaching, aiding, and strengthening the client—create a relationship in which the client understands they will have support and compassion from the therapist. Nurturing is balanced with the attitude that the client can and must care for themselves. The therapeutic relationship is characterized simultaneously by genuine empathy and support and a firm belief in the client's capability to care for themselves.

Finally, expectations for change involve shaping more flexible client responses and broadening their interpersonal repertoire. The therapist first shapes responses that establish new, more flexible client behaviors inside the relationship. This transforms the relationship into a true alliance, which models, evokes, shapes, and reinforces psychological flexibility. When this aspect of the relationship does not occur, the interaction can inadvertently produce an ineffective client response repertoire, increasing the future probability of less effective behaviors. Thus, it is essential to focus on behaviors in the relationship that are more relevant to the treatment goals identified and then responding contingently, differentially reinforcing specifically targeted client behaviors. Contingent responding means that the therapist responds to client behavior as it naturally impacts the therapist. If the client emits a behavior the therapist finds particularly effective during the session, the therapist responds accordingly. If the client is ineffective, the therapist experiences whatever aversive properties occur and responds in a way that indicates the natural effect this client's behavior had on them, working with the client to figure out how to produce the effects the client actually desired. The therapist successively shapes more useful behavior by the client by reinforcing approximations of client improvement. This analysis implies that the therapist's behavior functions to increase effective responding on the client's part and according to the client's stated values.

A Functional Contextualist Caveat to the Alliance. Deeply connected relationships formed through the ACT processes can promote well-being of all kinds. However, we do not need to presume that therapists always need to be intimate and close, nor that this kind of relationship is inherently therapeutic in and of itself. Instead, it is vital to monitor, moment by moment, how the relationship is co-constructed, analyzing whether it is supporting psychological flexibility. Therapists in ACT can learn particular strategies that can enhance the bond as well as repair the bond when it is perceived to interfere with psychological flex-

ibility (Walser & O'Connell, 2021). An essential question arises: Is the alliance that is being co-created at this moment in the service of psychological flexibility?

From the ACT perspective, the noted way of creating the alliance then is not merely a matter of being supportive, positive, or empathic. It is not supposed that the relationship need always be intimate and close, nor that this kind of relationship must be inherently therapeutic in and of itself. Instead, it is a matter of being present, open, and effective intrapersonally, interpersonally, and across time. These qualities set the context for processes to flow in ACT. Nonetheless, the therapeutic relationship in ACT can be anything from a superficial and straightforward relationship to one that is more intimate and profound. Both sides of the spectrum are legitimate forms of creating the therapeutic alliance. This is the case since functional contextualism is not about the form or topography of a particular relationship; instead, it is about the function of a behavior. Creating psychological flexibility by targeting the function of behavior allows for several ways to interact or relate with clients.

Co-Creating in ACT

The relationship and the alliance can be used as a powerful change engine through deeply connected relationships that empower clinical work. Even so, we attempt to go a step beyond the agreed-upon point that the relationship matters. We argue that the alliance, co-created through monitoring moment by moment how the relationship is constructed, analyzing if it supports psychological flexibility, can be a vehicle for long-lasting change. From our perspective, the alliance in ACT is understood as both a mechanism that facilitates change as well as a source of change. Two main questions arise from this approach, 1) what alliance is being co-created at this moment, and 2) is this alliance supporting psychological flexibility in context?

The alliance in ACT is functionally beneficial when the relationship is constructed around the goal of psychological flexibility on the client's behalf with the therapist supporting, modeling, evoking, shaping, and reinforcing the same through a class of intrapersonal and interpersonal psychologically flexible repertoires. If we trace an equivalent functional class between the intrapersonal and interpersonal behaviors occurring in session, we can work in the interpersonal field using our contingent interpersonal responses to promote change.

For example, a client avoiding contacting painful feelings may show avoidance repertoires interpersonally by arguing and fighting with the therapist; viewing these avoidance behaviors occurring in session as equivalent functionally to other avoidance behaviors can prove helpful. When the avoidance behaviors occur within the relationship, the therapist focuses on acceptance work that includes responding to these behaviors contingently; this can then be generalized to the intrapersonal field. In this sense, as with FAP, the therapist can recognize relevant interpersonal behaviors that are equivalent functionally to intrapersonal behaviors (avoidance/acceptance, fusion/defusion, etc); or they can evoke equivalent interpersonal be-

haviors and reinforce psychologically flexible ones. These can then be generalized to the intrapersonal field. This can be seamlessly implemented through frames of coordination (see Villatte et al., 2015). Questions can be asked during the session such as, “How is what is happening here and now between you and me the same in terms of what is happening in your relationship with pain?” or “What have you learned between us that can be useful for your relationship with pain?”

This co-created process provides the client with the opportunity in therapy to address inflexible interpersonal and intrapersonal behavioral patterns, setting the stage for more flexible behaviors between the client and therapist and promoting psychological flexibility and useful practice for situations outside of therapy.

Psychological flexibility can be created in this fashion as it is relational; it is the way we relate to what is happening: more or less rigidly or flexibly. These same classes of rigid and flexible behaviors show up in the interpersonal field. Responding in the here and now in the interpersonal field can be a more robust learning experience for clients. From this perspective, the relationship and the alliance become the therapy itself, paying close attention to the interpersonal field co-created moment by moment.

Clinical Case Illustration of TA in ACT

The clinical case illustration below is presented and modified based on a roleplayed interaction of therapist and client from a clinical course. The three ways an alliance can be approached from the ACT perspective will be demonstrated: 1) Technique-oriented with little regard for the therapeutic relationship and only applying the core processes, 2) doing act accented with interpersonal factors implemented in the relationship as a context that permits ACT to flow, and 3) enhancing ACT by intertwining intrapersonal and interpersonal relational behaviors in an arc across time. The same clinical example will be used for each. In the third approach, psychologically *inflexible* and psychologically *flexible* behaviors in the context of the interpersonal field are presented.

Case. Maria is a 55 years old woman who had a close relationship with her husband. She reported that she was doing what he expected from her to maintain the relationship. She never dared to engage in activities she loved because her husband would not approve. Her husband died recently, leaving Maria a widow. Maria entered therapy stating that she “can’t stand being alone.” She reported feeling anxious and a sense of anguish. In contrast, she also noted that she should learn to be by comfortable alone.

The first section below opens the dialogue, setting the stage for the three approaches:

T: Maria, what would be important for us to focus on today?

M: (*talking rapidly*) I feel lonely all the time, and I can’t stand it. I’m alone at home and everywhere. But then I invite people to my house, and they start asking for help and don’t even think about what I need. It doesn’t work. I feel awful

again. What can I do?

T: Let's slow down just a little bit. You feel lonely, and you don't like that. I noticed that you had a look on your face when saying that you invite people home. When you invite people, you are not alone...and still your face seems lifeless? Not excited or relieved. Have you noticed that?

M: (*shrinking in her seat*) Yeah...

T: Let's take a few moments to notice what you feel here.

M: Well, I can't stand feeling alone, but when I invite people, they start asking me for help. They ask me to do things...and they don't wash the dishes and then....

T: (*gently interrupting*) Let's slow down again ... what is happening for you right now?

M: I can feel that I have a problem and that I need to solve this problem. Maybe I need to learn to be alone, and that's it. Is that right? Is it what I should do?

Approach 1 -Technique-oriented with little regard for the therapeutic relationship and only applying the core processes (each of the ACT core processes could be used in treating Maria; however, for this demonstration, the focus is on the values process):

T: What would it mean for you to solve the problem? What would happen to you if you were able to solve it? What are you looking for?

M: I would be able to go for a walk on my own...maybe taking the dog out. [pauses]. I would feel empowered...that I'm doing this for myself, that I can take care of myself.

T: Can you notice how your face has changed now? It looks like taking care of yourself, and that quality of empowerment is really important for you.

Approach 2 - doing act accented with interpersonal factors implemented in the relationship as a context that permits ACT to flow (the therapist expands into fostering a genuinely loving and supportive relationship):

T: What would it mean to solve the problem? What would happen to you if you were able to solve it? What are you looking for?

M: (*sitting up just a little*) I would be able to go for a walk on my own... maybe taking the dog out. [pauses]. I would feel empowered...that I'm doing this for myself, that I can take care of myself.

T: Let's stop here for a little bit and notice. Something has changed for you. Do you notice that? You seem to sit up a little more as you talk about feeling empowered. Like something is growing within you. I am wondering if we can work on what this is together?

M: Yes, I would like to. Can you help me with that? Because I need help.

T: Yes. I'm here for you. We can work together to learn ways to help feel the qualities of empowerment, bringing them into your life more fully. We can work together as you learn to take care of yourself.

Approach 3: enhancing ACT by intertwining intrapersonal and interpersonal relational behaviors (that would be evolving and extended across time if fully

represented):

T: What would it mean to solve the problem? What would happen to you if you were able to solve it? What are you looking for?

M: (*sitting up just a little*) I would be able to go for a walk on my own... maybe taking the dog out. [pauses]. I would feel empowered...that I'm doing this for myself, that I can take care of myself.

T: Let's stop here for just a moment. Something has changed in you. Do you notice it?

M: Yes...

T: You moved from that kind of face that shows up when you talk about inviting people to your house to new face...I can see that something has lightened up. Can you see itfeel it? How does it feel for you?

M: It feels different, more room. I can be myself in this place. But I need help from you. You need to help me with this because I can't do it on my own

T: (*reading that Maria's lack of contact with her values – being independent, empowered - is because she looks for approval from others just like she tended to do with her husband. The same behavior in her relationship with her husband shows up in the therapy relationship – she needs approval or believes she „can't do it herself*) Do you notice that you are asking me what to do? I am a little confused. In which way do you feel I can be most supportive to you?

M: I don't know.

T: If I help you as you asked, do you feel that same sense of empowerment that you experienced a few moments ago?

M: No, [pauses] not that much. It feels more like when I invite people to my home.

T: (*focusing on changing the quality of the relationship to support Mari's values through a mutual influence process*) So...is there a way that you and I can relate that will help you feel empowered?

M: Well, you know [the client leans over and closer to the therapist to whisper a secret] I can imagine myself going out on my own. I didn't dare to do that before when my husband was alive. I think if I did those things, he would think I was a little bit crazy. I would....

T: (*gently interrupting to comment on the process*) Can you feel what's happening here between us? Something seems different...it is like we are partners in crime [they both laugh] like I'm your confidant, not the one who tells you what to do. Do you feel that?

M: Yes! [giggles,face softens]

T: Can you feel it on your face? [Maria nods yes] So maybe this is a way we can support this "new face" in your life. Does this feel different for you?

M: Yes, very much, it is lighter, and I feel freer.

T: Does it feel different from the usual way you relate with others?

M: Yes...[nodding].

T: Is it possible for you to try this way of relating to others during this week while you move in this empowered direction we found today?

M: Yes! I would love to try it out!

As noted, each approach can function to assist the client. Nonetheless, in approach three, the inflexible and flexible repertoires are shown in the client's interpersonal field. Through the relationship and the alliance, the therapist promotes change by evoking, shaping, and reinforcing flexible behaviors. For this to happen, the therapist needs to understand the function of the client's behavior, taking into account her context, recognizing how the client's behavior functions interpersonally, while also understanding what is needed intrapersonally. Here, inside this interpersonal field of understanding and alliance created, the relationship not only supports change but also becomes the vehicle for change.

Conclusions

In ACT, the core processes contributing to psychological *inflexibility* (i.e., fusion, avoidance, self as content, etc.) are the main focus of the case conceptualization. These are then targeted for change by the psychological flexibility processes (i.e., defusion, willingness, self as context, etc.), with therapists largely attending to the context of the client. Although this is undoubtedly a part of the work in ACT, oversimplification of the approach and a narrow focus on the client leads to less interpersonal sensitivity. Integrating interpersonal factors can lessen the narrow focus and improve interpersonal sensitivity. However, it is essential to remember that an advanced, richer therapy benefits from recognizing the intertwining of the interpersonal and intrapersonal in a behavioral field that is dynamic and evolving across time.

We have considered three approaches to the therapeutic alliance in ACT. Each has its own level of effectiveness and therapeutic sensitivity. Our hope in presenting these approaches is to invite clinicians to enhance their clinical work by considering a more vivid and memorable experience for both the client and therapist. By approaching the therapeutic relationship as a vehicle for change, assisting learning in the moment by consequence equivalent behavior according to its function, growth is possible. Through this process-oriented interpersonal engagement, intrapersonal and interpersonal change takes place.

References

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brown, P. D., & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 340–345. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.340>

- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 298–340). Wiley.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy, 27*(4), 623–641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychotherapy Quarterly, 34*(2), 155-181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 38*(4), 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hyer, L., Kramer, D., & Sohnle, S. (2004). CBT With Older People: Alterations and the Value of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(3), 276–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.276>
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chisolm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195–215). Oxford University Press.
- Kohlenberg, B. S. (2000). Emotion and the relationship in psychotherapy: A behavior analytic perspective. In M. J. Dougher (Ed.) *Clinical behavior analysis* (pp. 271-289). Context Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388–443). Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donahue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637–658). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10169-023>
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., & Kohlenberg, R. J. (1998). Functional Analytic Psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. Safran & C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63-93). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10306-003>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 456–468. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.456>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 28*(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 205–228). Routledge.

- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 582–587. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.582>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h004535>.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11256-000>
- Vilardaga, R., & Hayes, S. C. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and the Therapeutic Relationship Stance. *European Psychotherapy, 9*(1), 1–23.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Publications.
- Walser, R. D., O'Connell, M., & Coulter, C. (2019). *The heart of act: developing a flexible, process-based, and client-centered practice using acceptance and commitment therapy*. Context Press.
- Walser, R. D., & O'Connell, M. (2021). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationship: Rupture and repair. *Journal of Clinical Psychology, 77*(2), 429–440. <https://doi.org/10.1002/jclp.23114>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*(1), 25–45. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80085-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80085-9)

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN NIÑO CON CELOS Y RUMIA DISFUNCIONALES

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN A CHILD WITH DYSFUNCTIONAL JEALOUSY AND RUMINATION

Ángel Alonso-Sanz^{*1}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1413-6967>

Adrián Barbero-Rubio^{1,2}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6734-6765>

Francisco J. Ruiz³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8863-1111>

Bárbara Gil-Luciano^{1,4}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9609-9265>

¹Madrid Institute of Contextual Psychology, Madrid, España

²Universidad de Educación Nacional a Distancia, Madrid, España

³Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia

⁴Universidad de Nebrija, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alonso-Sanz, A., Barbero-Rubio, A., Ruiz, F. J. y Gil-Luciano, B. (2022). Terapia de aceptación y compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 21-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1146>



Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se está convirtiendo en una vía de intervención prometedora en los problemas psicológicos en la infancia. En el presente estudio se aborda la intervención desde ACT en un caso de un niño de 9 años (J) que muestra numerosas conductas disruptivas en el contexto familiar, especialmente en situaciones que involucran a su hermano menor, y un patrón de rumia muy extendido. Se utilizó un diseño de caso único A-B con medidas de seguimiento. Los resultados muestran una reducción clínicamente significativa de las conductas disruptivas e incremento de flexibilidad psicológica tanto en el niño como en los padres. Se presentan los principales ejercicios y metáforas que se utilizaron para incrementar la flexibilidad psicológica de J, así como la intervención realizada con los padres, tanto de cara a la gestión de sus propias barreras psicológicas como las pautas para potenciar un comportamiento más flexible en su hijo.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, celos infantiles, rumia, conductas disruptivas

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is becoming a promising intervention in childhood psychological problems. This study addresses the intervention from ACT in a case of a 9-year-old child (J) who shows multiple disruptive behaviors in the family context, especially in situations involving his younger brother, and who also has a very extended rumination pattern. An A-B single case design with follow-up measures was used. The results show a significant improvement in the intervention objectives. The main exercises and metaphors that were used to increase the psychological flexibility of J are presented, as well as the intervention carried out with the parents: both in the management of their own psychological barriers as well as the guidelines that were provided to them to promote a more flexible behavior in their child.

Keywords: acceptance and commitment therapy, children's jealousy, rumination, disruptive behaviors

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002) es un modelo de intervención psicológica erigido sobre una visión contextual-funcional del lenguaje y la cognición representada por la Teoría del Marco Relacional (RFT; Hayes et al., 2001). ACT surgió como intervención para adultos verbales y, en este contexto, ha acumulado una muy amplia evidencia de su eficacia (Gloster et al., 2020). No obstante, durante la última década se ha hecho más frecuente la aplicación de ACT en problemas infantiles (Alonso-Sanz et al., 2020; Hancock et al., 2018; Ghomian y Shairi, 2014; Ruiz et al., 2012; Ruiz y Perete, 2015; Salazar et al., 2020; Swain et al., 2015). Una ventaja de ACT para su adaptación a esta población es, precisamente, su conexión con la RFT, por cuanto ésta proporciona una guía sobre los repertorios relacionales en la base de la (in)flexibilidad psicológica (Luciano et al., 2009; Ruiz y Perete, 2015). A continuación, realizaremos una breve exposición del modelo de ACT en términos de RFT.

El modelo de ACT sostiene que los seres humanos verbales, en interacción con el contexto, generan paulatinamente una serie de reforzadores positivos y negativos abstractos (Gil-Luciano et al., 2019; Luciano et al., en prensa) que van convirtiéndose en dominantes sobre los reforzadores primarios. De este modo, los niños comienzan a orientar su comportamiento para aproximarse a reforzadores positivos abstractos como “ser un buen hijo o ser buen amigo”, “aprender o descubrir cosas sobre el mundo”, “hacer las cosas bien” o para evitar/escapar de reforzadores negativos abstractos como “ser un fracaso”, “estar solo”, etc. El contacto simbólico con estos reforzadores abstractos da lugar a experimentar, bien sensaciones de gozo y orgullo, o bien sufrimiento.

Según el modelo de ACT, los humanos verbales también aprenden a reaccionar ante sus eventos privados (e.g., pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) de dos formas funcionalmente distintas (Törneke et al., 2016), que suelen dar lugar a resultados diametralmente opuestos cuando se convierten en patrones generalizados. Por un lado, los individuos pueden reaccionar en coordinación (o fusionados) con las funciones emocionales (apetitivas o aversivas) y discriminativas (aproximación o evitación/escape) de los eventos privados en curso. Esta forma de respuesta implica reaccionar de acuerdo con las funciones inmediatas de los pensamientos o emociones, sin que se hagan presentes funciones motivacionales ligadas a reforzadores positivos abstractos o valores. Dicho de otro modo, la respuesta del individuo es “ciega” a sus valores.

Particularmente problemático resulta un patrón de funcionamiento generalizado en el que el individuo responde en coordinación con eventos privados con función aversiva, implicándose de este modo en múltiples formas de evitación experiencial. Este patrón se denomina inflexibilidad psicológica y resulta disfuncional por dos razones entrelazadas (Hayes y Strosahl, 2004). Por un lado, suele dar lugar a un efecto paradójico a largo plazo al generar mayor frecuencia y/o intensidad de eventos privados aversivos, dando lugar, como consecuencia, a mayor implicación en estrategias de evitación experiencial. Por otro lado, dado que la conducta

del individuo está principalmente motivada por consecuencias de reforzamiento negativo, resulta habitual experimentar pérdidas en forma de no avanzar en direcciones valiosas, lo que lleva a la aparición de nuevos eventos privados con función aversiva. En consecuencia, un patrón de inflexibilidad psicológica suele dar lugar a experimentar una vida controlada fundamentalmente por el sufrimiento en lugar de por motivaciones de orden superior (reforzadores positivos abstractos o valores).

Las respuestas en coordinación con las funciones aversivas de los eventos privados pueden tomar múltiples formas. A lo largo del desarrollo, suelen aparecer estrategias verbalmente más sofisticadas como la preocupación y la rumia que pueden sustituir completa o parcialmente respuestas impulsivas como agresiones o rabietas (e.g., Bonifacci et al., 2020; Salazar et al., 2020). En particular, la rumia puede verse como una estrategia de evitación experiencial consistente en encadenar pensamientos, habitualmente con contenido aversivo, con el fin de encontrar explicaciones a sucesos no deseados. La rumia puede convertirse en la forma de evitación experiencial predominante debido a la extrema rapidez con que se pone en marcha y suele resultar una estrategia especialmente perniciosa debido a que tiende a mantener y amplificar el malestar experimentado cuando no se alcanzan explicaciones satisfactorias (Luciano et al., en prensa; Ruiz et al., 2016).

La segunda forma de reaccionar ante los propios eventos privados es relacionamente más sofisticada y consiste en enmarcar los eventos privados en curso en jerarquía con el deíctico “YO” (Törneke et al., 2016). Dicho con otras palabras, el individuo se hace consciente de los eventos privados como experiencias transitorias desde la perspectiva de un “YO” que es constante y las contiene. Este tipo de respuesta permite contactar con funciones ligadas a los reforzadores positivos abstractos e implicarse en acciones motivadas por éstos. Si bien la respuesta en coordinación es “ciega” a los valores, el enmarque jerárquico de los eventos privados abre la puerta a elegir entre distintos cursos de acción, contactando verbalmente con las consecuencias a largo plazo probables. Este tipo de reacción es particularmente funcional cuando se establece como un patrón de funcionamiento generalizado, pues esto permitirá que el individuo oriente su conducta hacia consecuencias de reforzamiento positivo abstracto. Este patrón de funcionamiento se denomina en ACT flexibilidad psicológica y es el objetivo de este modelo de intervención (Hayes y Strosahl, 2004).

ACT trata de fomentar flexibilidad psicológica a través de múltiples metáforas y ejercicios experienciales que suelen agruparse en torno a seis procesos de nivel medio: aceptación, defusion, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. La formulación de ACT en términos de RFT tiene la virtud de reducir la complejidad de esta presentación a tres estrategias entrelazadas (Luciano et al., 2021; Törneke et al., 2016).

La Estrategia 1 consiste en ayudar al paciente a contactar verbalmente con su patrón de respuesta inflexible ante los eventos privados y sus consecuencias problemáticas a largo plazo. Para ello, el terapeuta guía al paciente en la identificación

de (a) los principales eventos privados no deseados o que resultan problemáticos, (b) los tipos de respuestas inflexibles que pone en práctica, (c) sus consecuencias a corto plazo en cuanto a la utilidad para reducir el malestar y realizar acciones valiosas, y (d) las consecuencias a largo plazo en términos de la cronificación y ampliación del malestar y la obstaculización en el progreso en valores.

La Estrategia 2 comprende múltiples interacciones que buscan desarrollar la habilidad de enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el deíctico “YO”. Los principales procesos relacionales analizados en la literatura son (Gil-Luciano et al., 2017; Luciano et al., 2011; Ruiz et al., en prensa): (a) enmarcar los eventos a través de claves deícticas (YO-Aquí, Evento-Allí) para poder observarlos sin emitir juicio, (b) enmarcar los eventos a través de relaciones jerárquicas (YO contengo el evento, el evento es sólo algo transitorio que estoy experimentando, etc.), (c) dotar de función regulatoria a la discriminación anterior al llevar a derivar reglas sobre distintos cursos de acción que puede llevar a cabo el paciente (comportamiento inflexible controlado por la reducción del malestar o comportamiento flexible ligado a funciones de orden superior), y (d) enmarcar en jerarquía la elección realizada (YO he elegido hacer X, puedo notar que he sido YO quien ha elegido de acuerdo con lo que es importante para mí, etc.).

Finalmente, la Estrategia 3 consiste en ayudar al consultante a especificar reforzadores positivos abstractos (valores) y acciones contenidas en ellos. Más específicamente, el trabajo en esta estrategia consiste en ayudar al consultante a: (a) establecer o entrar en contacto con reforzadores positivos abstractos, (b) identificar acciones valiosas concretas que permiten avanzar simbólicamente en la dirección de los reforzadores positivos abstractos, y (c) identificar barreras para la implicación en acciones valiosas.

Las estrategias expuestas deben trabajarse simultáneamente tan pronto como sea posible (Luciano et al., 2021). A través de éstas, el paciente aprenderá a: (a) enmarcar el evento privado en curso en jerarquía con el deíctico “YO”, (b) contactar verbalmente con las consecuencias a largo plazo de la tendencia comportamental inflexible en respuesta al evento privado que se está experimentando, (c) contactar con funciones ligadas de orden superior ligadas a reforzadores positivos abstractos, y (d) implicarse en la acción que en cada momento permita avanzar en estas direcciones valiosas.

En este punto, es de reseñar que la utilización de ACT en problemas infantiles complementa las técnicas de modificación de conducta operantes (Coyne et al., 2011; Ruiz et al., 2012). Por un lado, ACT añade a las técnicas operantes el abordaje de los eventos privados tanto de los niños como de los padres, explicando cómo éstos adquieren funciones discriminativas para conductas inflexibles que tendrán consecuencias indeseadas a largo plazo. Por otro lado, ACT provee una filosofía de tratamiento que incluye las técnicas operantes dentro de un objetivo común, concretamente, generar un repertorio de flexibilidad que permita un funcionamiento eficaz, un mejor ajuste al contexto actual y prevenga futuros problemas.

A pesar de las ventajas de adoptar ACT en el tratamiento de problemas infantiles, la evidencia empírica disponible sobre su eficacia en niños es reducida. Este artículo tiene como objetivo sumar evidencia con la presentación de un estudio de caso con un niño de 9 años que mostraba comportamientos violentos y rumia limitante. Adicionalmente, presentamos detalladamente la intervención realizada con el propósito de ejemplificar la utilización de ACT en niños.

Método

Contexto Terapéutico

El trabajo se desarrolló en el contexto de la práctica privada de los terapeutas con el consentimiento de la madre y padre de J.

Participante

J es un niño de 9 años que vive con sus padres y su hermano menor de 6 años. En el momento de la intervención se encuentra realizando el curso escolar que le corresponde (5° de primaria). Sus padres acuden a consulta solicitando una valoración de su hijo en relación con las dificultades que éste muestra para gestionar la ira y el enfado en diferentes situaciones dentro del contexto familiar. Más específicamente, comentan que, cuando comparte espacio con su hermano menor (e.g., en situaciones de juego o rutinas diarias como el desayuno o en los trayectos al colegio), la interacción entre ambos suele terminar en algún tipo de conflicto en el que J grita y/o insulta repetidamente a su hermano. En ocasiones, J llega a presentar fuertes conductas agresivas. A sus padres también les preocupa que J “le da muchas vueltas” a todo, principalmente a situaciones en las que considera que no le han tenido en cuenta o en las que se ha sentido rechazado de alguna forma.

Instrumentos

Se establecieron diferentes registros que los padres debían cumplimentar al final de cada día para establecer una línea de base y poder constatar si la intervención dio lugar a cambios en el comportamiento de J. Los registros fueron los siguientes:

Registro descriptivo de conflictos. Los padres apuntaban en qué momento del día se había dado un conflicto con su hermano, en qué condiciones había sucedido, cuál había sido la reacción de J y qué había seguido a dicha reacción (cómo habían reaccionado los demás). Debían apuntar los episodios en los que se diesen discusiones elevadas, gritos o conductas agresivas con su hermano menor.

Registro de frecuencia de episodios de ira. Dado que los padres no podían apuntar de forma pormenorizada todos los episodios de ira de J, debido a su alta frecuencia, se les entregó un registro diario para apuntar la frecuencia de dichos episodios. Sólo debían apuntar los episodios en los que la discusión hubiera sido elevada (con presencia de gritos, golpes, etc.) y que tuvieran una duración mínima de dos minutos (descartando así episodios breves y poco intensos, que eran muy

frecuentes entre ambos). Se acordó que tenían que cumplimentarlo en dos franjas del día en las que ambos padres estuvieran presentes para cerciorarse de que se habían producido y que, además, fuesen condiciones estables a lo largo de los días: en el desayuno y en la última franja de la tarde, desde que el padre llegaba a casa. Sólo se cumplimentaba de lunes a viernes, dado que el fin de semana solían tener condiciones más variables.

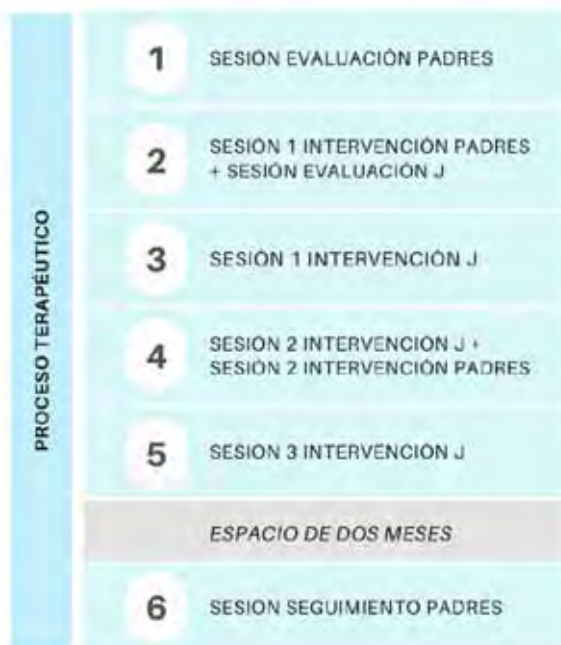
Registro de la intensidad de los episodios de ira. De forma paralela, los padres debían valorar la intensidad global de los episodios de ira del día en una escala que iba del 0 (nada intensos) a 10 (muy intensos). Se acordó con los padres que los episodios de ira puntuados con 10 serían equivalentes a los más intensos que hayan visto en J.

Nivel de queja. Para medir el comportamiento de rumia, se utilizó un registro diario del nivel de queja. Ésta fue conceptualizada como interacciones en las que J se quejaba de forma reiterada de algo, ya sea en relación con algún suceso con su hermano (que era lo más frecuente) o acerca de cualquier otra situación. Los padres apuntaban diariamente en una escala de 0 (nada de queja) a 10 (mucho de queja).

Procedimiento

Se utilizó un diseño de caso único A-B con medidas de seguimiento. El trabajo al completo con la familia constó de ocho sesiones: cinco sesiones de intervención (tres de ellas con J y dos con sus padres), precedidas de dos sesiones de evaluación y seguidas de una sesión de seguimiento a los 2 meses (véase secuencia temporal de las sesiones en la figura 1). Tanto las sesiones de evaluación como la de intervención se realizaron con periodicidad semanal, tuvieron una duración aproximada de una hora (excepto la primera intervención con los padres, que duró hora y media) y en todas ellas estuvieron involucrados

Figura 1
Secuencia Temporal de Sesiones



dos terapeutas (los dos primeros autores de este trabajo).

Evaluación con los Padres

En la sesión de evaluación se aclararon las dificultades que estaban teniendo y las demandas principales, se recabó información general acerca de J y se exploraron diversos ejemplos de sus conductas problemáticas, haciendo hincapié en las situaciones antecedentes y consecuentes a estas conductas (análisis funcional del patrón conductual de J). Además, se acordó la utilización de los registros explicados más arriba.

Evaluación con J

La evaluación estuvo dirigida a los siguientes focos: (a) explorar los gustos e intereses de J (referentes, personajes de dibujos animados y películas preferidos, etc.), con la intención de explorar cualidades o habilidades que pudieran ligarse más tarde al entrenamiento en flexibilidad psicológica; (b) evaluar de un modo natural (a través de diferentes preguntas, planteando diferentes escenarios, etc.) el repertorio relacional de J, especialmente su repertorio deíctico, entendido como la habilidad de responder desde la perspectiva de otros y la suya propia en diferentes momentos temporales y escenarios, (c) explorar qué cosas se le daban mejor y peor, con las que tenía más dificultades, etc., y (d) explorar la relación con su hermano (lo que no le gustaba, lo que sí, etc.).

Esta sesión permitió obtener información muy útil sobre las principales reglas que J derivaba acerca de su propia conducta, la de los demás y de cómo funciona el mundo. Las reglas que J derivaba sobre el comportamiento de los miembros de la familia solían funcionar como disparadores de rumia (e.g., “me molesta mucho cuando no entiendo las cosas”, “si mi hermano sabe que algo me molesta, no entiendo que lo haga una y otra vez”, “mis padres no me entienden y siempre le dan la razón a él”, “si me enfado, no puedo aguantarme y tengo que soltarlo”, “necesito estar calmado para poder jugar o hacer los deberes y mi hermano no me deja”, “no entiendo por qué a veces no quieren jugar a lo que yo quiero”, “me molesta mucho que no les gusten mis ideas... no lo entiendo”).

Intervención con los Padres

La intervención con los padres constó de dos sesiones y una de seguimiento (véase un resumen en la Tabla 1). Tuvo dos focos principales: el primero, enseñarles a ser más sensibles a las variables que influían en la conducta de sus hijos para así ajustar las condiciones a favor de generar mayor flexibilidad en ellos; y el segundo, fortalecer su patrón de flexibilidad a través de las tres estrategias de ACT (Törneke et al, 2016).

Tabla 1
Resumen de la Intervención Realizada con los Padres de J

	Objetivos	Ejercicios y movimientos
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar los registros descriptivos de las situaciones problema y explorar junto a ellos modos de actuar más útiles según sus intereses. - Discriminar su patrón inflexible en los conflictos con J y contactar con las consecuencias derivadas de éste (qué sentían/pensaban, cómo reaccionaban y qué conseguían a corto y largo plazo) - Especificar los objetivos de intervención y entrega de pautas para fomentar flexibilidad psicológica en J. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interacciones con diversas claves deícticas para discriminar propia conducta - Metáfora de las teclas
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar los registros descriptivos de las situaciones problema y explorar junto a ellos modos de actuar más útiles según sus intereses. - Amplificar o establecer contacto con valores relacionados con la crianza y establecer acciones guiadas por éstos. - Entrenar la habilidad de responder con mayor distancia observacional a sus pensamientos y emociones, incluyéndolos como parte de uno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las teclas - Metáfora del Jardín - Metáfora del faro
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar los registros descriptivos de las situaciones problema y explorar junto a ellos modos de actuar más útiles según sus intereses. - Amplificar los valores relacionados con la crianza y establecer acciones guiadas por éstos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del jardín - Metáfora del faro - Múltiples ejercicios de perspectiva temporal para explorar valores

Sesión 1. En la primera sesión se analizaron los registros que los padres habían realizado, especialmente los destinados a describir la secuencia funcional de los conflictos entre sus hijos (véase Anexo I). Esto facilitó que los padres distinguieran algunas de las variables que podían estar implicadas en los conflictos que J tenía con su hermano y se empezaron a establecer algunas pautas a seguir. También se realizó un análisis funcional breve de los principales miedos, pensamientos y sensaciones que surgían en las situaciones problemáticas con J, las reacciones que ponían en marcha y el efecto de éstas, tanto a corto como a largo plazo. Para facilitar la discriminación, se utilizó una metáfora en la que los eventos privados molestos se metaforizaban como “teclas que les tocaba J en algunos momentos” y que, ante esas teclas, “habían aprendido a saltar según su indicación”, y que, en el trabajo con ellos, podrían aprender a “notar qué teclas les tocaba” y a reaccionar de modo diferente. Esta parte de la sesión podría considerarse como el inicio de la intervención más propiamente de ACT, puesto que dichos movimientos están

enmarcados dentro de una de las estrategias principales de dicha terapia previamente definidas, centrada en la discriminación del patrón inflexible de los padres y sus consecuencias (Törneke et al., 2016). Más específicamente, permitió a los padres experimentar que muchas de sus reacciones en los momentos de conflicto estaban más centradas en reducir su malestar -obteniendo cierto alivio en un primer momento- que en lo que realmente querían potenciar o fortalecer en sus hijos y en la relación entre ambos. Adicionalmente, este análisis funcional les facilitó contactar con que dichas reacciones no estaban siendo eficaces para solucionar el problema, sino que podrían estar perpetuándolo. Al finalizar esta sesión, se establecieron los objetivos de intervención con los padres, que se centraron en promover un mayor repertorio de flexibilidad psicológica en J. Concretamente,

- 1) Al sentir rabia o enfado, que J pudiera notar el impulso de pegar o discutir y hacer algo diferente que no fuera problemático para él o su entorno.
- 2) Al sentir frustración o rechazo, que J pudiera discriminar la implicación en rumia, detenerla y poner en práctica un comportamiento más útil (e.g., volver a la tarea en la que estaba).

Por último, ese mismo día se les envió por correo electrónico un documento con pautas, que en parte se habían ido dando a lo largo de la sesión, para potenciar un patrón más flexible en J en las diferentes situaciones problemáticas. Estas pautas se encuentran en el Anexo II.

Sesión 2. Se inició explorando el ajuste a las pautas que, según informaron los padres, estaban tratando de aplicar de forma regular, si bien les habían surgido dudas acerca de cómo aplicar algunas de ellas, especialmente en algunas situaciones novedosas que habían surgido. Esto se aprovechó para seguir entrenando en ellos una perspectiva más funcional de las dificultades de sus hijos, haciéndoles más sensibles al efecto de su conducta y a las motivaciones que influían en sus hijos. Además, se continuó entrenando la habilidad de notar cuándo se estaban dejando llevar por su malestar y, a través de varios ejemplos, se definieron diversos modos de reaccionar más acordes con lo que ellos querían como padres. Una de las metáforas centrales que se utilizó, además de *la metáfora de las teclas*, fue una versión de *la metáfora del jardín* (Wilson y Luciano, 2002), incidiendo en cuáles eran los pájaros con los que más se peleaban y en qué sería en esos momentos regar o cuidar la planta de ellos como padres. También se creó con ellos *la metáfora del faro*, donde el faro se conceptuaba como el tipo de padres que ellos querían ser para sus hijos (e.g., padres cariñosos, que enseñan responsabilidad, implicados, etc.). Este tipo de movimientos, que implican la amplificación de las funciones de valor, facilitaban que, partiendo de lo que era más relevante para ellos (e.g., “cuidar” o “transmitir respeto”), se desgranaran acciones específicas que querían realizar en esos términos (e.g., en el caso del padre “no resolver los conflictos gritando”).

Seguimiento. Durante la sesión de seguimiento con los padres, se analizaron los registros, los progresos que J había realizado en múltiples contextos y cómo habían ido aplicando las pautas trabajadas. Los padres reportaron que algunas de ellas ya no habían sido necesarias debido a las mejoras claras en el comportamiento

de J. Además, para clarificar su actuación ante algunas dificultades surgidas semanas atrás, se introdujeron numerosos movimientos de perspectiva para que pudiesen verse desde los ojos de sus hijos y, desde ahí, se preguntasen qué es lo que querían ver en ellos mismos, qué querrían volcar en los momentos en los que surgen más dificultades. En este contexto, se recuperó la *metáfora del faro* para seguir trabajando sobre la base de lo que habían establecido en la sesión previa.

Intervención con J

A continuación, se detalla la relación de los principales ejercicios que se realizaron con J en las distintas sesiones para alcanzar los objetivos anteriormente descritos (véase Tabla 2). La intervención estuvo basada en la definición de flexibilidad psicológica descrita en Törneke et al. (2016) y Luciano et al. (2022) y en las estrategias principales para incrementar dicho repertorio.

Tabla 2
Resumen de la Intervención Realizada con J

	Objetivos	Ejercicios y movimientos
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un contexto motivacional de significado para el trabajo terapéutico. - Discriminar el patrón inflexible y los costes que derivan de éste. - Establecer una acción flexible con J para su práctica fuera de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio 1. Metáfora del volcán - Ejercicio 2. ¿Qué te gusta de Dumbledore? - Ejercicio 3. ¿Cuándo he sido jefe del Volcán y he hecho algo que haría Dumbledore?
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar las acciones flexibles realizadas por J a lo largo de la semana a través del registro (ejercicio 3) y amplificar el valor de dichas acciones. - Discriminar qué se puede controlar y qué no. Experimentando los pensamientos desde una perspectiva deíctica y jerárquica. - Entrenar la habilidad de establecer una distancia observacional con pensamientos y emociones e integrarlos como parte de uno para permitir contacto con lo relevante. Múltiples ejemplos con eventos privados neutros y después con función discriminativa de inflexibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio 1 y 3 (parcialmente) - Ejercicio 4. El laboratorio de Pinkel - Ejercicio 5. El pensadero de Dumbledore. - Ejercicio 6. El giratiempo mágico.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar las acciones flexibles realizadas por J a lo largo de la semana a través del registro (ejercicio 3) y amplificar el valor de dichas acciones. - Entrenar la habilidad de establecer una distancia observacional con pensamientos y emociones e integrarlos como parte de uno para permitir contacto con lo relevante. - Derivar reglas que especifican las consecuencias apetitivas naturales propias de colaborar en equipo y fortalecer su seguimiento a través de múltiples ejemplos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios 1, 3 y 6 (parcialmente). - Ejercicio 7. Metáfora Villa-Arriba y Villa-Abajo. - Ejercicio 8. Las misiones de Indiana Jones, jugando en equipo.

Sesión 1. Ahondando en el Coste del Patrón Inflexible y Estableciendo un Contexto de Trabajo con Significado

Para alcanzar los objetivos de la sesión se introdujeron tres ejercicios:

Ejercicio 1. Metáfora del volcán. Se introdujo una metáfora a través de un diálogo socrático con J, en el que se fueron haciendo las conexiones progresivamente entre su patrón inflexible y los elementos de la metáfora. *“Todos llevamos una especie de volcán dentro y hay ciertas cosas que lo activan. A veces se activa con lo que hacen los demás, que nos molesta, o cuando no conseguimos algo que queríamos. La lava puede subir rápidamente o más lentamente. Por ejemplo, a mí cuando mi hermana me cogía algo de mi cuarto sin permiso, me subía la lava muy rápidamente. Cuando la lava está muy arriba, es como si el volcán hablara y te pidiese explotar, por ejemplo, gritando o discutiendo. Y cuando eso pasa, es como si el volcán soltase toda la lava y se quedase más calmado. Lo malo es que la lava a veces quema cosas de alrededor y luego está todo chamuscado. Por ejemplo, yo cuando me enfadaba y gritaba a mi hermana, luego mis padres se enfadaban y, además, tenía menos tiempo para hacer cosas que me gustaban porque lo había gastado discutiendo”*. En la metáfora también se introdujo un elemento que hiciera referencia a la rumia de J: *“A veces no queremos notar la lava y la tratamos de remover y remover a ver si baja, ¿pero sabes qué? ¡Suele subir aún más! Y acabamos muy enfadados después de darle tantas vueltas”*. Aquí se señaló cuando J rumiaba acerca de lo que había hecho su hermano y cada vez notaba más rabia y tenía más pensamientos acerca de ello. La metáfora también incluía explícitamente lo que sería una estrategia de flexibilidad: *“¿Sabes un truco que podemos aprender? Se puede aprender a hacer más y más grande el hueco para la lava, para que pueda circular y así no explotar. A esto lo llamamos ser el jefe del volcán en vez de dejar que el volcán nos gane”*. Dado que es una metáfora que incluye todos los elementos del patrón inflexible y flexible, y dada su versatilidad para incluirla en diferentes movimientos y pasajes de la terapia, la metáfora del volcán se utilizó en las restantes sesiones.

Ejercicio 2. ¿Qué Es lo Que te Gusta de Dumbledore? Durante la primera sesión de evaluación, J había comentado que uno de sus personajes preferidos era Dumbledore, de la famosa saga de Harry Potter. A través de diferentes preguntas se exploraron cualidades y características que J admiraba del personaje (por ejemplo, *¿qué cosas te gustan más de Dumbledore? ¿Qué escenas son tus preferidas? ¿Qué hace ahí? ¿Qué habilidad de Dumbledore escogerías si te dieran a elegir?*). Algunas de ellas fueron que “sabe enseñar”, “es inteligente y sabe tomar buenas decisiones”, “es muy responsable” o “es creativo”. A continuación, se le propuso a J hacer un entrenamiento, conceptualizado como “ser un buen director de Hogwarts”, para mejorar esas habilidades y hacer cosas y resolver dificultades como Dumbledore lo hace. Dichas interacciones estaban centradas en actualizar funciones apetitivas de Dumbledore y que J derivase reglas del estilo “me gustaría parecerme a él y puedo aprender a serlo” o, en otras palabras, generar un contexto motivacional

para el trabajo terapéutico.

Ejercicio 3. ¿Cuándo he Sido Jefe del Volcán y he Hecho Algo que Haría Dumbledore? Al final de la primera sesión, se introdujo un registro con J para que apuntase momentos en los que hubiera sido “jefe del volcán” (*¿cuándo has notado el volcán y no has soltado la lava?*) y hubiera hecho algo que se pareciera a lo que Dumbledore haría, recordándole las cualidades que había destacado y quería para sí mismo. Aquí se introdujeron múltiples claves jerárquicas para incluir los eventos privados problemáticos como parte de él mismo y claves para actualizar las funciones apetitivas ligadas a las acciones flexibles (e.g., *¿Quién quieres que mande esta semana, tú o tu volcán? ¿Qué ganarías si lo hicieses? ¿Quieres entrenarte a ser un buen director de Hogwarts?*). Este autorregistro se utilizó en las sesiones posteriores para explorar qué nuevas acciones flexibles había realizado J y tratar de amplificar el valor o el significado de cada una de ellas.

Sesión 2. Aprendiendo a Notar Pensamientos y Sensaciones, y a Saber Conectar con lo Importante

Tras revisar el reporte de J respecto a si había sido el jefe del volcán o el director de Hogwarts, en esta sesión se utilizaron tres ejercicios adicionales para promover comportamiento flexible en J.

Ejercicio 4. El Laboratorio de Pinkel (Control y Falta de Control de Eventos Privados). Con el objetivo de que J experimentase la dificultad de controlar lo que se piensa o se siente, se generó el siguiente ejercicio: *“J, fíjate, me has estado hablando de lo que pasa en casa, en el cole... y en muchas ocasiones parece que es difícil que no suba la lava, que no venga rabia y pensamientos molestos a la cabeza. Te propongo hacer la prueba que el científico Pinkel inventó para comprobar si era posible hacer que todos esos pensamientos o sensaciones no vinieran. ¿Sabes? Pinkel era un científico que tenía una máquina muy especial. Era una máquina que detectaba si tenías un pensamiento o si sentías algo por dentro... era una máquina muy, muy avanzada. Constaba de un casco con cables de alta tecnología, que detectaba pensamientos, y un radiogrófono, que veía las emociones a través de tu cuerpo. A veces, Pinkel invitaba a personas a probar la máquina y les proponía un juego. Se trataba de engañar a la máquina y no pensar nada ni sentir nada, ¿quieres probar?”* (Terapeuta teatraliza como si lo conecta todo). *“Vale, la prueba es que, si detecta algo, cualquier pensamiento o emoción, aunque sea lo más mínimo, se nos cae un caldero de agua fría encima, ¿te lo puedes imaginar ahí colgado? Vamos allá”*. A continuación, se generaban diferentes experiencias para que J tuviera ciertos pensamientos y sensaciones, notando la dificultad a su vez de no tenerlos (e.g., ejercicio de imaginación comiéndose un limón y notar la dificultad de no salivar, etc.). Posteriormente, se hacían preguntas a J para que experimentase el poco control que tenemos sobre pensamientos y emociones, al igual que pasa en su día a día. Es decir, lo difícil que era controlar que no viniese enfado o ciertos pensamientos acerca de su hermano.

Ejercicio 5. El Pensadero de Dumbledore. En línea con lo anterior, se continuó con un ejercicio que permitiese a J desarrollar mayor habilidad para notar pensamientos, establecer una distancia observacional respecto de éstos y notarse eligiendo si se dejaba llevar por lo que estos piden hacer de alguna forma. De modo resumido: “*J, vamos a hacer una cosa, ¿sabes lo que es el “pensadero” de Dumbledore? Aquí vamos a fabricar uno y lo vamos a utilizar para tener una magia muy potente, que es no darle tantas vueltas a las cosas, que es justo lo que me has dicho que te pasa a veces...*” (después, el terapeuta y J lo construyeron con cartulinas y rotuladores). “*Vamos a empezar a observar pensamientos en el pensadero, ¿estás preparado? Voy a utilizarlo yo primero (se queda parado un momento, escribe en un papel y hace como si pone con la varita el papel en el pensadero). Fíjate, me ha salido que “tengo hambre”. Vamos a probar con el tuyo, ¿2+2? ¿Qué te viene a la cabeza? Vamos a ponerlo en el papel y vamos a dejarlo ahora en el pensadero y mirar cómo reposa ahí, mira las letras sobre el líquido, flotando, y pregúntate quién las está viendo*”. Aquí se fueron introduciendo claves deícticas y jerárquicas a través de múltiples ejemplos con pensamientos y sensaciones neutras, en línea con las intervenciones utilizadas en Ruiz y Perete (2015) y Luciano et al. (2011). Después, se continuó avanzando a pensamientos que disparaban la rumia: “*Cuando tu hermano te coge un lego, ¿qué pensamiento sale en tu cabeza? (J se pone a rumiar). ¡Fíjate! ¡Sale el pensamiento “x” y es muy fácil meter la cabeza en el pensadero! Como si uno se da un chapuzón ahí y ya no ve nada más. ¿Qué pasa cuando haces eso? ¿Es difícil hacer otras cosas? (el terapeuta continuaba generando conexiones con lo que le pasaba a él y con el coste que eso tenía). “Ahora vamos a aprender una magia, que se llama “dejar las preocupaciones en el pensadero” y la vamos a empezar a practicar ahora mismo, ¿te parece? El juego va a tratar de que me cuentes algo, por ejemplo, tu escena preferida de Harry Potter y, cuando yo te haga preguntas sobre tu hermano y te salten pensamientos con los que tú sueles quedarte de charleta, vas a hacer una cosa: escribir el primer pensamiento que salta y dejarlo encima del pensadero, mirarlo ahí, y vas a seguir contándome*”. El terapeuta comienza el ejercicio y va moldeando el repertorio, incluyendo diversas claves deícticas y jerárquicas, como QUIÉN nota el pensamiento y QUIÉN está eligiendo no hablar con él. A continuación, el terapeuta conecta esa habilidad con momentos donde J pudiera aplicarlo: “*Wow, ¡has empezado con la magia! ¡Qué crack! ¿Dónde podrías utilizar la magia del pensadero?*”.

Ejercicio 6. El Giratiempo Mágico. Aprovechando de nuevo el interés de J en el mundo de Harry Potter, se realizó el siguiente ejercicio: “*J, no sé si recuerdas la escena en la que Hermione utiliza un giratiempo para viajar unas horas hacia atrás y poder ayudar a su yo del pasado a que no sucedan algunas cosas que no querían que pasasen, como...* (se recordaron varios pasajes de la película con J y se mostró muy interesado en continuar). *Imagínate que tuviéramos un giratiempo siempre con nosotros y pudiéramos volver a algunos momentos, como cuando me dijiste que no pudiste contar a Mamá lo que ibas a hacer en la excursión del cole*

porque estuviste discutiendo con tu hermano. Ahora que sabes muchas más cosas y que estás consiguiendo ser muchas veces jefe de tu volcán, si pudieras volver a ese momento, y mandarle una notita a J justo antes de que gritase a su hermano, ¿qué le pondrías? ¿Le darías algún consejo? (J dijo que “hacer hueco a la lava y seguir contando a Mamá lo que quería”). ¡Qué buena idea! Vale, ahora vamos a imaginar otras situaciones que pueden pasar y vamos a descubrir qué consejos podrías darte...”. A continuación, el terapeuta invitó a J a imaginarse al J del futuro, que sabe lo mejor para el J de ese momento, cuando tuviera situaciones difíciles con su hermano o en otros momentos en los que la lava subiera, le manda una notita con un consejo y que, ahí, se diera unos segundos para leerlo y preguntarse si podría ser útil seguirlo. De este modo, se perseguía que J ganase habilidad en contactar con lo relevante en cada momento (técnicamente, traer funciones de valor al presente) para favorecer la acción flexible.

Sesión 3. Fortaleciendo el Repertorio Flexible en Presencia de su Hermano. Favoreciendo la Discriminación de la Propia Conducta

En esta sesión se utilizaron dos ejercicios nuevos con el objetivo de que J explorara las consecuencias de discutir y pelearse con su hermano en comparación con establecer una relación cooperativa basada en los objetivos que puede compartir.

Ejercicio 7. Metáfora Villa-Arriba contra Villa-Abajo. En esta sesión, se introdujo al hermano de J para potenciar las reacciones flexibles *in situ* en un juego. Buscando que contactaran con las consecuencias naturales apetitivas de la colaboración, se planteó la siguiente metáfora (se expone de forma resumida). “*Imagínate que el equipo de fútbol Villa-Arriba va a jugar el partido del año contra el equipo de Villa-Abajo, y en el equipo de Villa-Arriba, un jugador le empieza a decir al otro que no corra por su banda, que sólo es suya. Otro jugador le dice a otro compañero: has utilizado mi asiento en el vestuario, ¡te vas a enterar! Y acto seguido, le da una patada. Por su lado, el portero, al que no le gusta que el defensa central haga ruidos porque le pone muy nervioso, se va corriendo hacia él gritando que cierre la boca (y se sigue con algún ejemplo más). ¿Qué creéis que pasaría? ¿Quién ganaría el partido? ¿Qué tendrían que hacer para ganar el partido?*”. A continuación, se fueron estableciendo equivalencias con situaciones en las que ellos tenían un objetivo común y no lo conseguían porque discutían y perdían el foco principal (e.g., ponerse de acuerdo en jugar a algo en la consola, montar un teatro en Navidad, etc.). Se exploraron también alternativas que podían hacer en cada situación, sin dejarse llevar por el enfado como los jugadores de Villa-Arriba.

Ejercicio 8. Las Misiones de Indiana Jones. Jugando en Equipo. La sesión continuó con diferentes juegos en los que ambos necesitaban colaborar para hacerlo mejor (e.g., construir torres de bloques, encontrar objetos escondidos, guiar al otro con los ojos tapados para llegar a un “tesoro”, etc.). Antes de iniciar la dinámica, aprovechando que los dos hermanos habían visto la película de aventuras de Indiana Jones, se planearon los juegos como retos a realizar para cumplir la misión y se

facilitó la derivación de reglas que resaltasen las virtudes de colaborar para superar retos difíciles “porque uno solo a veces... no puede”. Para ello se les preguntó acerca de diferentes escenas de la película en las que el protagonista necesitó la ayuda de sus compañeros para salir victorioso. Durante los juegos, se les facilitaban claves para no dejarse llevar por la rabia o el enfado, y elegir colaborar para conseguir “la misión” (e.g., *¿Cómo queréis ser en este juego? ¿Qué pasaría si empezáis a discutir cuando sintáis rabia? ¿Qué sería lo más útil para conseguir el objetivo del juego? ¿Cómo seríais un mejor aventurero? ¿Cuál sería una buena estrategia de equipo?*).

Análisis de Datos

Los resultados de la intervención se analizaron de manera visual con la suplementación del cálculo del tamaño del efecto no paramétrico Tau-U (Parker et al., 2011). Este estadístico es un tamaño del efecto de no solapamiento entre los datos de línea base e intervención. Dado que no requiere del cumplimiento de los supuestos paramétricos, es un indicador muy utilizado en este tipo de estudios. Los valores de Tau-U oscilan entre -1 y 1 y pueden interpretarse como el porcentaje de datos que mejora a través de fases.

Resultados

Análisis Visual

Las Figuras 2 y 3 presentan la evolución de la frecuencia e intensidad de los episodios de ira de J. De acuerdo con la Figura 1, se observó un cambio de tendencia en la frecuencia de episodios de ira a partir de la segunda sesión. Esta tendencia se estabilizó en el postratamiento y se mantuvo en el seguimiento. El promedio de episodios diarios de ira problemáticos en la línea de base fue de 2, mientras que en el seguimiento fue de 0.5.

La intensidad de los episodios de ira siguió un patrón similar al de frecuencia. A partir de la segunda sesión, los episodios comenzaron a decrecer en intensidad de manera significativa. El promedio de intensidad de los episodios en la línea de base fue de 7.4, mientras que en el seguimiento fue de 1.5. En conclusión, los episodios de ira se volvieron menos frecuentes e intensos tras la introducción de la intervención.

Figura 2
Evolución de la Frecuencia de Episodios de Ira Significativos de J a lo Largo del Estudio



Figura 3
Evolución de la Intensidad de Episodios de Ira Significativos de J a lo Largo del Estudio



La intensidad de las quejas de J tuvo también una evolución similar (véase Figura 4). A partir de la segunda sesión, comenzó a decrecer la intensidad de las quejas hasta llegar a un nivel bajo. Concretamente, el promedio de la intensidad de las quejas en línea de base fue de 7.6 y descendió a 1.25 en el seguimiento.

Figura 4
Evolución del Nivel de Quejas de J a lo Largo del Estudio



Análisis Estadístico

El análisis estadístico coincidió con el visual. Las líneas de base de las tres variables dependientes no mostraron tendencia estadísticamente significativa (episodios de ira: $Tau-U = 0.300$, $p = .462$; intensidad ira: $Tau-U = 0$, $p = 1$; intensidad quejas: $Tau-U = 0.300$, $p = .462$). Sin embargo, tras la introducción de la intervención se encontraron tendencias estadísticamente significativas decrecientes (episodios de ira: $Tau-U = 0.360$, $p = .037$; intensidad ira: $Tau-U = -0.582$, $p < .001$; intensidad quejas: $Tau-U = -0.680$, $p < .001$). Todos los tamaños del efecto de la intervención fueron estadísticamente significativos (episodios de ira: $Tau-U = -0.678$, $p = .023$; intensidad ira: $Tau-U = -0.667$, $p = .025$; intensidad quejas: $Tau-U = -0.678$, $p = .023$).

Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los dos meses. Concretamente, los análisis revelaron valores estadísticamente significativos de Tau-U al comparar los datos de línea de base con los de seguimiento (episodios de ira: $Tau-U = 0.900$, $p = .028$; intensidad ira: $Tau-U = -1$, $p = .014$; intensidad quejas: $Tau-U = -1$, $p = .014$).

Informe de los Padres

Los comentarios de los padres confirmaban la tendencia en los registros: “Empezamos a tener la sensación de que ya no es una guerra continua”. En relación con la rumia, los padres comentaron, a lo largo de las sesiones, que J hacía mucha menos mención a aspectos que no le gustaban de su hermano o del colegio y, cuando lo hacía, ya no empleaba tanto tiempo en darle vueltas, viéndose incrementado así el tiempo dedicado a las tareas escolares, conversaciones familiares y al ocio. Además, comentaron que los ratos en los que estaban todos juntos en casa eran “mucho más llevaderos”.

En el seguimiento, los padres comentaron que habían detectado cambios relevantes en el repertorio de J, expresándolo del siguiente modo: “Está más centrado y hace de hermano mayor, ha asumido más responsabilidad”, “aunque sigue sin mostrar mucho cariño a su hermano, sí que han ganado cierta complicidad e incluso han comenzado a jugar juntos cuando están en casa”. Además, informaron de que su tutor de clase ha notado un cambio en él advirtiendo que su actitud en clase es más afable y que ya no “trata de tener la razón continuamente en las tareas que hacen en grupo”.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo examinar la eficacia de una intervención ACT en un niño de 9 años que presentaba comportamientos agresivos y rumia limitante. La intervención estuvo fundamentada en las tres estrategias principales de ACT que se derivan de la conceptualización de flexibilidad psicológica desde la RFT (Luciano et al., 2021; Törneke et al., 2016). Específicamente, la intervención tuvo dos focos principales. Por un lado, el trabajo con los padres de J, entrenado su propia habilidad para responder a aquellos pensamientos o sensaciones con función discriminativa de inflexibilidad desde una perspectiva jerárquica con el déictico YO y facilitando la derivación de reglas que señalaran acciones encaminadas a fortalecer el repertorio de flexibilidad en J. Por otro, el trabajo directo con J, centrado en potenciar su patrón flexible a través de diferentes ejercicios y metáforas, poniendo especial énfasis en alterar su reacción de rumia.

El efecto de la intervención se evaluó con un diseño de caso único A-B con tres medidas registradas por los padres: frecuencia e intensidad de los episodios de ira, e intensidad de las quejas. La intervención se mostró altamente eficaz, tanto en la reducción de la frecuencia e intensidad de los episodios de ira, como en la reducción de la intensidad de quejas, que fue tomada como un indicador de la rumia limitante. Concretamente, teniendo en cuenta el análisis visual y los reportes de los padres, los resultados arrojaron cambios clínicamente significativos en las tres medidas. El análisis estadístico confirmó que la intervención tuvo efectos estadísticamente significativos en todas las variables.

Asimismo, este estudio está en consonancia con los prometedores hallazgos encontrados en estudios previos similares de ACT en población infantil (e.g., Hancock et al., 2018; Ghomian y Shairi, 2014; Ruiz et al., 2012; Ruiz y Perete, 2015; Salazar et al., 2020). Además, este estudio se suma al compromiso por anclar las intervenciones a la definición de flexibilidad psicológica en niños desde la RFT, de modo que puedan precisarse los movimientos realizados a lo largo de la intervención en términos de los procesos relacionales implicados (Luciano et al., en prensa; Ruiz et al., 2012; Ruiz y Perete, 2015; Salazar et al., 2020; Törneke et al., 2016).

Este estudio debe interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de caso, por lo que son necesarias más réplicas para confirmar la eficacia de ACT en este tipo de dificultades. En este sentido, cabe

agregar que el diseño de la intervención no permite aislar el efecto de la intervención con los padres J de la intervención directa con J, y sólo puede hablarse de un efecto combinado de los diversos componentes. En segundo lugar, las medidas que tienen que ver con el informe de los padres no dejan de tener limitaciones ampliamente recogidas en la literatura, por lo que habría sido más apropiado contar con evaluadores independientes en futuros estudios. No obstante, debe tenerse en cuenta que este estudio se realizó en el contexto de consulta privada. Si bien esto dificultaba la toma de datos a través de observadores independientes, también cuenta con la ventaja de analizar la eficacia de la intervención en contexto natural. En conclusión, los futuros estudios podrían tener en cuenta las consideraciones previas y, por un lado, comparar la eficacia de la intervención combinada con padres e hijo, la intervención exclusiva con el niño y la intervención exclusiva con los padres; y, por otro, añadir otro tipo de medidas, por ejemplo, en las propias sesiones, que permitiesen hacer un análisis más completo de los cambios.

En conclusión, este estudio arroja mayor luz sobre la eficacia de las intervenciones basadas en ACT en el ámbito infantil y, más específicamente, de intervenciones que se dirigen a reducir la rumia como reacción predominante y predecesora de otras reacciones inflexibles aún más problemáticas como pueden ser las conductas agresivas.

Referencias

- Alonso-Sanz, A., Barbero-Rubio, A. y Gil-Luciano, B. (2020). Consideraciones sobre conducta infantil y confinamiento en la crisis por COVID-19 desde la perspectiva funcional del Análisis Conductual y ACT. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20(2), 115-129.
- Bonifacci, P., Tobia, V., Marra, V., Desideri, L., Baiocco, R. y Ottaviani, C. (2020). Rumination and emotional profile in children with specific learning disorders and their parents [Rumiación y perfil emocional en niños con trastornos específicos del aprendizaje y sus padres]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 389. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020389>
- Coyne, L. W., McHugh, L. y Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families [Terapia de aceptación y compromiso (ACT): avances y aplicaciones con niños, adolescentes y familias]. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20, 379-399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>
- Ghomian, S. y Shairi, M. R. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain (CHACT) on the function of 7 to 12 year-old children [La efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para niños con dolor crónico para niños de 7 a 12 años]. *International Journal of Pediatrics*, 2, 195-203. <https://doi.org/10.22038/ijp.2014.2569>
- Gil-Luciano, B., Calderón, T., Tovar, D., Sebastián, B. y Ruiz, F. J. (2019). How are triggers for repetitive negative thinking organized? A relational frame analysis [¿Cómo se organizan los desencadenantes del pensamiento negativo repetitivo? Un análisis del marco relacional]. *Psicothema*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.133>
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia, S. y Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions [Promoviendo la flexibilidad psicológica en tareas de tolerancia: enmarcando el comportamiento a través de relaciones deícticas/jerárquicas y especificando funciones aumentadas]. *The Psychological Record*, 67, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0200-5>

- 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 [El estado empírico de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión de metanálisis]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S. y Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial [Terapia de aceptación y compromiso vs. terapia cognitiva conductual para niños con ansiedad: resultados de un ensayo controlado aleatorizado]. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296–311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post Skinnerian account of human language and cognition* [Teoría del marco relacional. Una explicación post skinneriana del lenguaje y la cognición humanos]. Springer. <https://doi.org/10.1007/b108413>
- Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy* [Una guía práctica a la terapia de aceptación y compromiso]. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change* [Terapia de aceptación y compromiso. Un enfoque experiencial para el cambio de comportamiento]. Guilford.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B. y Molina-Cobos, F. J. (2021). Terapias contextuales. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 167-199). Pirámide.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno-Torres, R. M., Sánchez-Martín, V., Gutiérrez-Martínez, O. y López-López, J. C. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 165-182.
- Luciano, C., Törneke, N. y Ruiz, F. J. (en prensa). Clinical behavior analysis and RFT: Conceptualizing psychopathology and its treatment [Análisis clínico del comportamiento y RFT: conceptualizando la psicopatología y su tratamiento]. En M. P. Twohig, M. E. Levin y J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy*. Oxford University Press.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Cabello, F. y Hernandez, M. (2009). Developing self-directed rules [Desarrollo de reglas autodirigidas]. En R. A. Rehfeldt e Y. Barnes-Holmes (Eds.), *Derived relational responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (pp. 335-352). New Harbinger.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L. y Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U [Combinación de no superposición y tendencia para la investigación de un solo caso: Tau-U]. *Behavior Therapy*, 42(2), 284–299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B. y Segura-Vargas, M. A. (en prensa). Cognitive defusion [Defusión cognitiva]. En M. P. Twohig, M. E. Levin y J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy*. Oxford University Press.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Vizcaíno R. M. y Sánchez, V. (2012). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad. En M. Páez y O. Gutiérrez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso* (pp. 27–44). Pirámide.
- Ruiz, F. J. y Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children [Aplicación de una explicación de la teoría del marco relacional sobre la flexibilidad psicológica en niños pequeños]. *Psicothema*, 27(2), 114–119.
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C. y Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking [Efecto de un protocolo ACT de una sesión en la interrupción del pensamiento negativo repetitivo]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Salazar, D. M., Ruiz, F. J., Ramírez, E. S. y Cardona-Betancourt, V. (2020). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for child depression: a randomized multiple-baseline evaluation [Terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para la depresión infantil: una evaluación aleatoria de línea de base múltiple]. *The Psychological Record*, 70, 373–386. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00362-5>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. y Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies [Terapia de aceptación y compromiso para niños: Una revisión sistemática de estudios de intervención]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>

- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. W. (2016). RFT for clinical practice [RFT para la práctica clínica]. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). Wiley.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

ANEXOS

ANEXO I

Análisis Funcional de las Principales Interacciones Problemáticas

Ejemplo de situación	Reacción de J	¿Qué hacen los demás?	Qué reglas podrían potenciarse
Su hermano le coge un muñeco	<ul style="list-style-type: none"> • Se queja enérgicamente • Le grita • Le insulta • Le pega 	<p>Madre: le consuela, le explica reiteradamente por qué no debe enfadarse: <i>"No puedes enfadarte/Tu hermano es bueno/Tienes que quererle"</i>. Además, le instiga a encontrar o plantearse las razones de su enfado: <i>"Tienes que pensar por qué haces eso/ ¿Por qué lo has hecho? ¿Tanta rabia te da? ¿Por qué piensas así de tu hermano?"</i>.</p> <p>Padre: le levanta la voz, le dice que no puede enfadarse así, que no sabe qué hacer con él, y le insiste en que debe cambiar.</p> <p>Su hermano: Para de chincharle un rato/ Lloro.</p>	<p>"Si me enfado, exploto", "Todos contra mí", "No me entienden", "No puedo controlarme", "Necesito estar calmado para jugar", "Mi hermano tiene que hacer lo que le digo porque, si no, me enfado", "Si me enfado, grito", "Hasta que no me enfado, no para de molestarme".</p>
Sus amigos no quieren jugar a un juego que él propone en el patio	<p>Rumia (se compara, se pregunta por qué ha pasado, por qué otros han dicho eso, busca diferentes razones) Pregunta a sus padres ("¿Por qué lo han hecho?") Se queja ("mis amigos son tontos", "no tiene sentido que me digan eso")</p>	<p>Madre: le consuela, le pregunta qué ha pasado y por qué piensa eso, le dice que tiene que pensar mejor de sí mismo y que otros seguro que le valoran, le dice que tiene que pensar más positivo.</p> <p>Padre: le dice que no tiene que pensar tonterías, que debe tener más autoestima.</p>	<p>"No es bueno sentirme así" "Tengo que saber por qué me siento así" "Tengo que encontrarle sentido a lo que ha pasado" "Si no estoy tranquilo, no puedo seguir con mi día".</p>

ANEXO II

Pautas para la Potenciación del Patrón de Flexibilidad Psicológica

DESCRIPCIÓN DE PAUTAS CON LOS PADRES DE J

Las pautas que se establecieron con los padres combinaban técnicas basadas en el manejo de contingencias directas, principalmente utilizando reforzamiento diferencial, e interacciones que buscaban alterar el comportamiento vía verbal. Se dividieron en dos bloques:

1. Dirigidas a la prevención y gestión del conflicto entre los hermanos y los episodios de ira de J
 - Prevención
 - A. Poner en valor o elogiar ejemplos de comportamientos más flexibles de J con su hermano (e.g., compartiendo juguetes con él, enseñándole cómo funciona algo, prestándole ayuda, resolviendo un conflicto sin discutir, etc.).
 - B. Amplificar las consecuencias naturales del juego compartido, como puede ser “enseñar”, “aportar”, la posibilidad de jugar a juegos colaborativos que solo no podría, entre otras (e.g., “¡Anda! Habéis montado un escenario los dos juntos. Es increíble lo que conseguís cuando os ponéis los dos a ello”).
 - C. Cuando se considere que –con alta probabilidad– puede darse una situación de conflicto (e.g., J obtiene un juego nuevo), se recomienda anticipar la situación y ofrecerle alternativas a las conductas agresivas o discusiones.
 - Manejo del conflicto:
 - A. Discusión liviana (ambos hermanos están elevando el tono o recriminándose algo que ha sucedido, pero no se han dado conductas agresivas por parte de J): simplemente no atenderles, y, cuando paren la discusión y hagan algo diferente, apreciar el buen comportamiento (e.g., “¡Anda! Qué bien andas enseñando eso a tu hermano, J, ¡qué campeón!”).
 - B. Discusión media (empiezan a elevar más el tono, a quejarse repetidas veces, llamando constantemente la atención por lo que ha hecho el otro): Hacer discriminar la propia conducta y resaltar la conducta alternativa (e.g., “Veo que ambos estáis discutiendo. Entiendo que no estéis de acuerdo, pero no podéis continuar así. Sabéis jugar correctamente y confío en que lo vais a hacer a partir de ahora. Si continuáis así, inmediatamente perderéis la posibilidad de seguir jugando a “x” (una actividad reforzante). En cambio, si os mantenéis haciendo “x” (comportamiento flexible), notando el enfado y no haciéndole caso, podréis seguir disfrutando de “x” (actividad reforzante). ¿Qué vas a

hacer, C (su hermano)? ¿Qué vas a hacer tú, J?”).

- C. Discusión muy elevada (comienzan a gritarse y/o a agredirse el uno al otro). (1) Se les separa físicamente y se les dice: *“Esto no está permitido. Vais a estar un tiempo separados hasta que veamos que habéis manejado vuestro enfado. Confiamos en que lo haréis”* (después se les lleva a un sitio diferente sin posibilidad de realizar sus actividades preferidas, como jugar a videojuegos o ver la tele). Si en ese tiempo, aun visiblemente activados, exponen sus razones de lo que ha pasado, simplemente se les dice: *“lo siento, no vamos a hablarlo ahora. Lo haremos cuando te hayas sobrepuesto al enfado”*; (2) Cuando ya no estén activados y estén centrados en cualquier otra actividad, se les dice algo como *“entiendo que te enfades, J, pero gritar o pegar no está permitido, uno puede reaccionar de modo diferente con el enfado encima. Ahora puedes volver a lo que estabas, pero sin discutir con tu hermano, o bien quedarte aquí ¿qué eliges hacer?”*; (3) Si ambos hermanos vuelven a estar juntos y están comportándose correctamente, conviene elogiar dicho comportamiento (e.g. *“me alegro que hayáis decidido cerrar la discusión, ¿qué estáis construyendo? ¿me lo enseñáis?”*); y (4) No indagar en las razones o en los “porqués” del suceso, especialmente tras un conflicto. Cuando J esté involucrado en otra actividad y no esté activado, sí es posible indicarle otro modo de reaccionar (e.g. *“J, respecto a la discusión de antes, quiero preguntarte qué puedes hacer en esas situaciones. Ya eres mayor, muy creativo y seguro que se te ocurren otras formas de reaccionar ante el enfado, ya que pegarle/gritarle NO es una opción, ¿qué se te ocurre?”*). Facilitar opciones si J no responde y elogiar su implicación, si fuese el caso.
2. Dirigidas a la discriminación de la rumia y la potenciación del comportamiento flexible respecto a los mismos disparadores (eventos con función discriminativa de comportamiento inflexible):
- Situaciones donde J le da muchas vueltas a las cosas (e.g., no para de quejarse de algo que ha sucedido, trata de buscar explicaciones a lo que ha pasado de forma reiterada, etc.): se les da una metáfora, que se titula como “no engordar la bola”. Concretamente, cuando notasen a J “engordando la bola”, o, dicho de otra forma, buscando muchas explicaciones y/o “porqués” a algún suceso, debían validar su comportamiento y ayudarle para que salga de ahí recordándole los costes de hacerlo para facilitar un comportamiento más flexible (e.g., *“J, entiendo que esto te moleste, sólo te recuerdo que, si estás gastando tiempo dando vueltas a lo mismo, no te queda tiempo para “x” (actividad reforzante), ¿qué quieres hacer? ¿Qué te puede ser más útil ahora?”*).
 - Potenciar reglas más ajustadas sobre cómo funcionan los otros, reglas

de carácter probabilístico (e.g., en situaciones donde J rumiase acerca de lo que otros pensaban, opinaban o querían, tratar de introducir en el discurso frases como “*J, a veces molesta, pero es difícil hacer algo con lo que los otros piensan, lo que a otros les gusta, lo que otros quieren o sus opiniones... es cosa suya. Es más fácil mirar lo que uno quiere y hacer algo para ello*”).

- No tratar insistentemente de cambiar lo que piensa J. Simplemente validar o reconocer lo que está sintiendo, sin “agrandarlo” más, y posibilitar o incidir en lo que podría conseguir en caso de ponerse a hacer algo diferente a darle vueltas a aquello que le preocupa. En esta misma línea, será muy importante no poner “el sentirse bien o pensar en positivo” como paso previo y necesario para seguir funcionando en la tarea que fuere (e.g., en una situación donde le hayan hecho una crítica de algo: “*Entiendo que no te guste lo que te han dicho, a veces los otros nos dicen cosas que duelen. Para otra vez puedes decirles simplemente que “tenéis gustos distintos”, sin pelear o discutir. ¿Te parece que nos pongamos a planear un plan para el fin de semana?*”).
- Si sigue repetidamente preguntando acerca de una preocupación, simplemente no entrar en las quejas y hablar de otra cosa, centrándole la atención en algo diferente: “*Venga, vamos a seguir con esto, J, que se nos hace tarde*”.

A MULTIPLE-BASELINE EVALUATION OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOCUSED ON REPETITIVE NEGATIVE THINKING IN PANIC DISORDER

UNA EVALUACIÓN DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN TRASTORNO POR PÁNICO

Derly J. Toquica-Orjuela¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8545-6581>

Ángela M. Henao¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1830-6764>

Miguel A. Segura-Vargas¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5718-5251>

Francisco J. Ruiz Jiménez¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8863-1111>

¹ Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Toquica-Orjuela, D. J., Henao, Á. M., Segura-Vargas M. A., & Ruiz Jiménez, F. J. (2022). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder [Una evaluación de línea base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en trastorno por pánico]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 47-66. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1148>



Abstract

Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is efficacious for treating panic disorder, a segment of the population is not treated due to the treatment length and the acceptability of interoceptive exposure. This study explored the efficacy of a brief protocol based on acceptance and commitment therapy (ACT) focused on repetitive negative thinking (RNT) in adults suffering from panic disorder. We designed a 4-session RNT-focused ACT protocol because previous CBT studies considered this length "ultra-brief." Additionally, although conducting exposure is consistent with the ACT model, we did not include explicit exposure exercises to increase the intervention acceptability. A randomized, multiple-baseline design across three participants was implemented with a 3-month follow-up. The effect of the intervention was evaluated through weekly scores on the Depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21; S. H. Lovibond & P. F. Lovibond, 1995), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990), and the frequency of panic attacks. After the intervention, all participants ceased to experience panic attacks and showed clinically significant changes in the DASS-Total and PSWQ. The effect sizes comparable across designs were very large and statistically significant for the DASS-Total ($d = 2.48$), DASS-Depression ($d = 1.45$), DASS-Anxiety ($d = 1.93$), DASS-Stress ($d = 1.63$), and PSWQ ($d = 2.36$). All three participants also showed clinically significant changes and large effect sizes in experiential avoidance ($d = 3.26$), cognitive fusion ($d = 3.58$), and valued living (Progress: $d = 0.72$, Obstruction: $d = 2.43$). In conclusion, brief RNT-focused ACT interventions might be efficacious for treating panic disorder.

Keywords: *panic disorder, acceptance and commitment therapy, repetitive negative thinking, emotional symptoms, brief therapy*

Resumen

Aunque la terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz en el trastorno de pánico, un segmento de la población no recibe tratamiento debido a su duración y aceptabilidad de la exposición interoceptiva. Este estudio exploró la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) focalizada en pensamiento negativo repetitivo (PNR) en adultos con trastorno por pánico. Se diseñó un protocolo de 4 sesiones porque estudios previos han considerado esta duración como "ultra breve". Pese a que la exposición es consistente con el modelo ACT, no incluimos ejercicios de exposición explícita para aumentar la aceptabilidad de la intervención. Se implementó un diseño de línea de base múltiple aleatorizado a través de tres participantes con un seguimiento de 3 meses. El efecto de la intervención se evaluó con la Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21, S. H. Lovibond y P. F. Lovibond, 1995), el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) y la frecuencia de ataques de pánico. Tras la intervención, los tres participantes dejaron de experimentar ataques de pánico y mostraron cambios clínicamente significativos en DASS-Total y PSWQ. Los tamaños del efecto comparables a través de diseños fueron muy grandes y estadísticamente significativos para DASS-Total ($d = 2.48$), DASS-Depresión ($d = 1.45$), DASS-Ansiedad ($d = 1.93$), DASS-Estrés ($d = 1.63$) y PSWQ ($d = 2.36$). Los participantes mostraron cambios clínicamente significativos y grandes tamaños del efecto en evitación experiencial ($d = 3.26$), fusión cognitiva ($d = 3.58$) y valores (Progreso: $d = 0.72$, Obstrucción: $d = 2.43$). En conclusión, las intervenciones breves ACT centradas en PNR podrían ser eficaces para tratar el trastorno por pánico.

Palabras clave: *trastorno por pánico, terapia de aceptación y compromiso, pensamiento negativo repetitivo, síntomas emocionales, terapia breve*

Suffering a panic attack is a relatively common experience among nonclinical and clinical populations (Moreno & Martín, 2007). For instance, de Jonge et al. (2016) found a cross-national lifetime prevalence of panic attacks of 13.2% in the general population. Most of these individuals (66.5%) experienced subsequent panic attacks over time, but only 12.8% experienced clinically relevant difficulties related to them.

After experiencing a panic attack, some individuals begin to suffer from frequent and unexpected new episodes and show constant worry about their new occurrence and consequences (e.g., “going mad,” fear to die) that cause a deterioration of quality of life (Moreno & Martín, 2007). These individuals are usually diagnosed with a panic disorder, which has a cross-national lifetime prevalence estimate of 1.7%. A vast majority (80.4%) of the individuals who suffer from panic disorder also experience a lifetime comorbid psychological disorder (de Jonge et al., 2016). Common comorbid disorders are depression and other anxiety disorders, especially agoraphobia, social phobia, and generalized anxiety disorder (Kessler et al., 2005). Panic disorder tends to be a chronic condition and, in the absence of treatment, only a few individuals experience a complete remission (Craske & Barlow, 2014). In addition, the economic and interpersonal costs of panic disorder are elevated (Wittchen et al., 2010).

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is widely regarded as the treatment of choice for panic disorder. CBT interventions for panic disorder usually consist of a package of techniques implemented in 12-15 sessions, including exposure, cognitive restructuring, relaxation training, and breathing retraining (Craske & Barlow, 2014). The weighted mean effect sizes of CBT interventions for panic disorders are large in panic ($d = 1.015$), anxiety ($d = 0.840$), and global adjustment ($d = 0.895$), whereas the effect size is medium for comorbid depressive symptoms ($d = 0.645$) (Sánchez-Meca et al., 2010). CBT seems to be more effective when participants have no comorbid disorders, and the problem has a shorter duration. The main active component of CBT interventions for panic disorder is exposure, which alone is associated with very large effect sizes ($d = 1.528$) (Sánchez-Meca et al., 2010).

Although the effect sizes of CBT interventions for panic disorder are large, the meta-analysis by Springer et al. (2018) indicates that the remission rate could be significantly improved. These authors adopted the following criteria for claiming panic disorder remission: (a) panic-free status, (b) scoring below a cutoff on a measure of anxiety/panic symptoms, and (c) good end-state functioning. CBT interventions yielded remission rates of 48.0% at posttreatment for intent-to-treat samples. Similarly, the meta-analysis conducted by Loerinc et al. (2015) found that only 53.2% of participants who received CBT for panic disorder met the criterion for claiming a responder status. These findings are not especially encouraging given the usual length of CBT interventions for panic disorder.

The limitations of CBT interventions for panic disorder are significantly amplified by the limited acceptability of exposure treatments in clients and their

underutilization and suboptimal implementation by mental health practitioners (e.g., Codd et al., 2011; Deacon et al., 2013b). For instance, Keijsers et al. (2001) found a dropout of about 20% in the CBT intervention for panic disorder. Furthermore, Deacon et al. (2013b) found that exposure therapists show concerns about the potential iatrogenic effects of prolonged and intense interoceptive exposure, as prescribed in CBT protocols. Also, therapists often believe that evoking anxiety is inherently unethical, increases dropout rates, and that exposure is insensitive to the clients' unique needs (Deacon et al., 2013a).

Given the abovementioned limitations in the CBT treatment of panic disorder, three complementary alternatives seem worth exploring: (a) introducing components that could increase the acceptability of exposure techniques for both clients and therapists, (b) developing and testing psychological interventions that do not include explicit exposure exercises and maintain the efficacy of exposure therapy, and (c) developing and testing brief interventions for panic disorder that could yield similar outcomes to CBT but in less than half of the therapeutic contact. The latter alternative would reduce the economic cost of psychological treatment, increase the availability of evidence-based interventions in mental health services, and might reduce the dropout rates. In the context of panic disorder, 5-session CBT protocols have been considered ultra-brief treatments. Preliminary evidence suggests that these ultra-brief protocols are as efficacious as CBT protocols of standard length (Otto et al., 2012).

Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes et al., 1999) is a contextual behavioral therapy that can provide an answer to the three alternatives commented above. The primary goal of ACT is to foster psychological flexibility in reaction to inner experiences, including thoughts, feelings, and bodily sensations. In so doing, ACT teaches clients to nonjudgmentally contact ongoing experiences while pivoting attention and effort to valued actions.

Regarding the first alternative, ACT is being increasingly tested as a precursor of exposure exercises in several anxiety disorders with the aim to organize and facilitate engagement in them (e.g., Meuret et al., 2012; Ramirez et al., 2021; Twohig et al., 2015). More specifically, in a preliminary study, Meuret et al. (2012) combined an introductory brief, 4-session ACT protocol with six subsequent sessions of exposure therapy. The intervention was associated with clinically significant changes and large effect sizes in panic symptom severity. Concerning the second alternative, initial studies exploring the effect of ACT on anxiety disorders purposefully excluded explicit exposure exercises, showing promising results (e.g., Codd et al., 2011; Twohig et al., 2006; 2010). Thus, it seems that ACT interventions do not need to include exposure to be effective. Lastly, brief versions of ACT are being developed and increasingly tested (Strosahl et al., 2012). Among these types of intervention, brief ACT protocols focused on dismantling counterproductive pattern of repetitive negative thinking (RNT) are being increasingly tested in depression and anxiety disorders (Ruiz et al., 2016a; 2018a; 2019; 2020a; 2020b).

This study explores the second and third alternatives by developing and preliminarily testing a 4-session RNT-focused ACT protocol in three individuals with a primary diagnosis of panic disorder. We purposefully excluded explicit exposure exercises in the protocol. The intervention aimed to reduce (a) general RNT in the form of worry and rumination, (b) worry regarding the occurrence of panic attacks, and (c) hypervigilance to bodily sensations. The rationale of the intervention emphasizes the pernicious role of these processes and the dynamic relations among them. First, unconstructive RNT is elevated in individuals with panic disorder and tends to increase anxiety symptoms (Newman & Llera, 2011), which might trigger hypervigilance to bodily sensations and worry about the consequences of panic attacks that initiate the vicious circle of panic (Clark, 1986). Second, the constant worry about panic attacks (or apprehension) usually leads to the hypervigilance of bodily sensations and might increase general RNT because the individual's attention is focused on negative content. Lastly, hypervigilance of bodily sensations usually leads to catastrophic misinterpretations that trigger further worry about panic attacks and general RNT.

Method

Participants

The recruitment of participants was carried out through social media. Five participants met the following inclusion criteria: (a) being of legal age, (b) meeting the criteria for panic disorder as a primary diagnosis according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998), (c) having experienced symptoms for at least the last three months, and (d) agreeing not to initiate additional therapy during the duration of the study. Exclusion criteria were: (a) experiencing a psychotic disorder, abuse of psychoactive substance abuse, or severe medical illness, and (b) requiring immediate treatment due to severe depression and suicidal behavior as assessed by the MINI.

Two of the 5 participants initially recruited showed a significant trend of improvement at baseline. As a result, these participants received the intervention, but their data were excluded from the study as it could not be determined whether the intervention caused the improvement (both ended the study with low scores on symptomatology). Table 1 presents the sociodemographic information, the main characteristics of the inflexible pattern of the final three participants, and their diagnoses according to the MINI. All three participants also met the criteria for the diagnosis of unipolar depression.

Table 1
Sociodemographic Data, Hierarchical Triggers of Worry/Rumination, Experiential Avoidance Strategies, and Diagnoses according to the MINI

	Gender	Age	Education Level	Profession	Hierarchical trigger for worry and rumination	Experiential avoidance strategies	Diagnoses according to the MINI
P1	F	24	Bachelor's	Photographer	Fear of loneliness	Worry, rumination, stopping eating, staying awake	Panic disorder Depression (recurrent)
P2	M	49	Bachelor's	Flight Attendant	Fear of failure	Worry, rumination, going out with friends, distraction, physical exercise, sleep	Panic disorder Depression
P3	M	30	Bachelor's	Master's student	Fear of failure	Worry, rumination, breathing exercises, writing down thoughts, searching for information on the internet, "ignoring" the thoughts	Panic disorder Depression

Design and Variables

A nonconcurrent, randomized, multiple-baseline design across participants was conducted. Participants were randomized to receive the intervention after 3-5 weeks of baseline. Randomization was performed through the tool <https://www.randomizer.org>. The independent variable consisted of a protocol of 4 weekly sessions of approximately 60 minutes. Table 2 presents the main characteristics of the protocol. The dependent variables were divided into outcome and process measures. The outcome measures were emotional symptoms (symptoms of depression, anxiety, and stress), frequency of panic attacks, and levels of pathological worry. The process variables were measures of experiential avoidance, cognitive fusion, and valued actions.

Table 2

Contents of the RNT-focused ACT Protocol

Session 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introduction of the intervention rationale. ➤ Functional analysis of the psychological inflexibility pattern with a central focus on worry/rumination: identification of hierarchical triggers, main contents of the repetitive thought chain, additional experiential avoidance strategies. ➤ Identification and amplification of the consequences of the inflexible pattern and opening of a flexible alternative. Physical metaphor of pushing worry/rumination triggers. ➤ Discrimination training on the process of worry/rumination and its contents, contact with its consequences, and training in distancing from the triggers. Physical metaphor of circling the chair. ➤ Audio 1. Exercise aimed at developing the skill to differentiate between engaging in RNT or taking distance from triggers while choosing to act in a valued direction.
<hr/>	
Session 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 1. ➤ Training in multiple examples in distancing from worry/ rumination triggers: (a) Putting zoom to thoughts exercise, (b) Free association exercise, (c) Conscious fantasizing and worrying exercise, and (e) "I can't possibly..." exercise ➤ Audio 2. Exercise of observing thoughts in balloons from a hierarchical perspective.
<hr/>	
Session 3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 2. ➤ Observer exercise (modified to identify triggers of worry/rumination and contact with values). ➤ Clarification of values and identification of valued actions. Garden metaphor. ➤ Audio 3. Life movie exercise (contact with values and adversities).
<hr/>	
Session 4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 3. ➤ General review of the work done in the intervention. ➤ Exploration of the consequences of monitoring physical sensations as habitual behavior. Experiential exercise of monitoring vs. not monitoring. ➤ Identification of valued actions. ➤ Closing of the intervention.

Outcomes Measures

Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 (DASS-21; S. H. Lovibond y P. F. Lovibond, 1995; Spanish version by Daza et al., 2002). The DASS-21 is a 21-item scale answered on a four-point Likert-type scale (3 = *it has happened to me a lot, or most of the time*; 0 = *it has not happened to me*). The instrument contains three subscales: Depression, Anxiety, and Stress. The sum of their scores provides an overall measure of emotional symptoms. The internal consistency of the Colombian validation is excellent, with a Cronbach's alpha of .93, and presents a hierarchical factor structure consisting of a general factor and three second-order factors (Ruiz et al., 2017).

Penn State Worry Questionnaire - 11 (PSWQ-11; Meyer et al., 1990; valida-

tion in Colombia by Ruiz et al., 2018b). The PSWQ-11 is an instrument containing 11 items answered on a Likert-type scale of five (5 = *very much*; 1 = *not at all*). The PSWQ-11 measures the severity of worry associated with generalized anxiety disorder. The PSWQ-11 has shown excellent internal consistency (Cronbach's alpha of .95) and a unifactorial structure. Scores above 38 can be considered high.

Self-report of panic attacks. A self-report was designed to measure the frequency of panic attacks and their associated physiological symptoms (palpitations, sweating, tremors, choking sensation, chest tightness, nausea, abdominal pain, tingling, numbness, chills, and fear of dying).

Process Measures

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Spanish version by Ruiz et al., 2016b). The AAQ-II is an instrument that measures experiential avoidance and consists of 7 items that are answered on a 7-point Likert-type scale (7 = *always true*; 1 = *never true*). Higher scores on the AAQ-II indicate higher levels of experiential avoidance. The validation of the AAQ-II in Colombia showed excellent internal consistency (Cronbach's alpha .90) and a unifactorial structure. The average scores of participants without clinical problems are usually around 18 and 23 points, while the average scores of clinical participants are above 29 points.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; Spanish version by Ruiz et al., 2017). The CFQ is a scale that measures cognitive fusion through 7 items that are answered on a 7-point Likert-type scale (7 = *always true*; 1 = *never true*). Higher scores on the CFQ indicate higher cognitive fusion. The Colombian validation of the CFQ showed excellent internal consistency with a Cronbach's alpha of .93 and a unifactorial structure. The scores of nonclinical participants are usually between 20 and 24 points, while those of clinical participants are usually above 29 points.

Valuing Questionnaire (VQ; Smout et al., 2014; validation in Colombia by Ruiz et al., 2022). The VQ is a 10-item questionnaire that assesses general valued living during the previous week and is answered on a 7-point Likert-type scale (6 = *completely true*; 0 = *not at all*). The VQ has two subscales: Progress (enactment of values, including clear awareness of what is personally important and perseverance) and Obstruction (disruption of valued life due to avoidance of unwanted experiences and distraction from values). The Spanish version has shown good psychometric properties and a two-factor structure. The mean scores obtained for the general population in Colombia were 19.5 ($SD = 6.43$) for Progress and 11.7 ($SD = 6.88$) for Obstruction, while the mean scores for a clinical sample ($N = 235$) were 17.28 ($SD = 6.98$) and 15.25 ($SD = 7.53$), respectively.

Procedure

Phase 1. Design of the intervention protocol and researcher training

The intervention protocol was designed based on previous RNT-focused ACT protocols (Ruiz et al., 2016a; 2018a; 2019; 2020a; 2020b; Sierra and Ruiz, submitted). The first author was trained in applying the protocol over ten sessions, using role-playing, modeling, and feedback. Previously, the therapist had received theoretical and practical training in ACT equivalent to 128 hours with the last author during her master's studies. Additionally, the therapist received supervision during the implementation of the interventions by the second author and the last author.

Phase 2. Recruitment of Participants

In this phase, an advertisement explaining the research was distributed through social media. Those who showed interest in participating were interviewed to assess whether they met the inclusion and exclusion criteria of the study. This interview consisted of the application of the MINI and the questionnaires mentioned above. The participants who met the criteria signed the informed consent form in which they provided explicit approval to participate in the research. Participants who did not meet the inclusion criteria were given orientation and referral.

Baseline data were collected for each participant. Baselines ranged in duration from 3 to 5 weeks. Participants were randomly assigned to one of the baseline length options via www.randomizer.org. In addition, participants were trained in the completion of the self-report that was filled out upon presentation of a panic attack. The questionnaires mentioned above were applied weekly throughout the study.

Phase 3. Application of the Intervention Protocol

The intervention protocol was conducted weekly through 4 sessions of about 60 minutes.

Phase 4. Closure of the Research

Participants responded to the measures during the following month every week. Then, they responded to them every month until completing the 3-month follow-up. Once the follow-up was completed, each participant was summoned, and then the study was finished.

Data Analyses

Data were analyzed at the individual level and globally for the three participants. Individual analysis was performed through the nonparametric Tau-U test (Parker et al., 2011) and the calculator <http://singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>. Tau-U is a non-overlap effect size between baseline and intervention data. As a nonparametric test, Tau-U does not require compliance with the parametric assumptions of normality, constant variance, and independence of measurements.

The Tau-U was derived from Kendall rank correlation and Mann Whitney U and can correct for significant trends during baseline. The range of Tau-U values is between -1 and 1 and can be interpreted as the percentage of data that improves through the baseline and intervention phase. For convenience, all effect sizes favorable to the positive intervention phase are presented in this study, regardless of whether the scores should decrease or increase.

After identifying the magnitude of change in each variable, the presence of clinically significant changes was identified following a proposal similar to the one presented by de Vries et al. (2016). Specifically, to indicate the presence of clinically significant changes, it was required: (a) the Tau-U value to be significantly greater than zero, and (b) to cross a cutoff point on the last treatment measure that placed the participant closer to the mean of the nonclinical than the clinical population. To test the latter criterion, we used data obtained across samples in test validation studies in Colombia (see also Ruiz et al., 2018b).

To obtain an overall appreciation of the treatment effect size, we calculated the effect size for multiple baseline designs developed by Pustejovsky et al. (2014) via the *scdhl*m package for R. This analysis provides a standardized mean difference that shares the same metric as Cohen's *d* effect size frequently used in group designs. Thus, this type of analysis yields an effect size that is comparable across different types of designs. This statistic requires a minimum of three cases for calculation and corrects for small sample bias using Hedges' *g* (Hedges et al., 2013). The *scdhl*m package can use two modeling modes: moment estimation and restricted maximum likelihood. This study used the first mode because some analyses showed convergence problems with the second mode, which is mathematically more complex.

Results

Outcome Measures

Figure 1 presents the evolution of participants' scores on outcome measures throughout the study. Visual analysis reveals relatively stable baselines trends across most participants and measures.

P1 experienced rapid changes in emotional symptoms and pathological worry, although there was an increase in some points during the follow-up period. Table 3 shows that effect sizes were close to 1 and statistically significant for all variables (DASS-Total = 0.92, $p = .005$; DASS-Depression = 0.92, $p = .005$; DASS-Anxiety = 0.82, $p = .012$; DASS-Stress = 0.94, $p = .004$; PSWQ-11 = 1.00, $p = .002$), showing clinically significant changes in all cases. Regarding the frequency of panic attacks, P1 reported experiencing three attacks during the four weeks of baseline and none after the introduction of the intervention.

P2 experienced more gradual changes after the introduction of the intervention. It should be noted that, due to work-related circumstances, Session 3 was conducted three weeks after Session 2. Table 3 shows that effect sizes were statistically sig-

nificant for all variables except for DASS-Anxiety (DASS-Total = 0.97, $p = .014$; DASS-Depression = 0.83, $p = .035$; DASS-Anxiety = 0.73, $p = .060$; DASS-Stress = 0.97, $p = .014$; PSWQ-11 = 1.00, $p = .011$). Changes were clinically significant for all variables in which Tau-U values had been statistically significant. Regarding the frequency of panic attacks, P2 reported experiencing two attacks during the two weeks of baseline and only two attacks after introducing the intervention, both in the week between Session 1 and 2.

P3 showed changes in all outcome variables that were maintained or increased during the follow-up period. Table 3 shows that effect sizes were statistically significant for all variables except for DASS-Depression (DASS-Total = 1.00, $p = .005$; DASS-Depression = 0.38, $p = .290$; DASS-Anxiety = 1.00, $p = .005$; DASS-Stress = 0.95, $p = .007$; PSWQ-11 = 1.00, $p = .005$). Changes were clinically significant for all variables where Tau-U values had been statistically significant. Finally, P5 reported two panic attacks during the three weeks of baseline and experienced no attacks after the introduction of the intervention.

Figure 1
Evolution of Scores in Emotional Symptoms and Pathological Worry

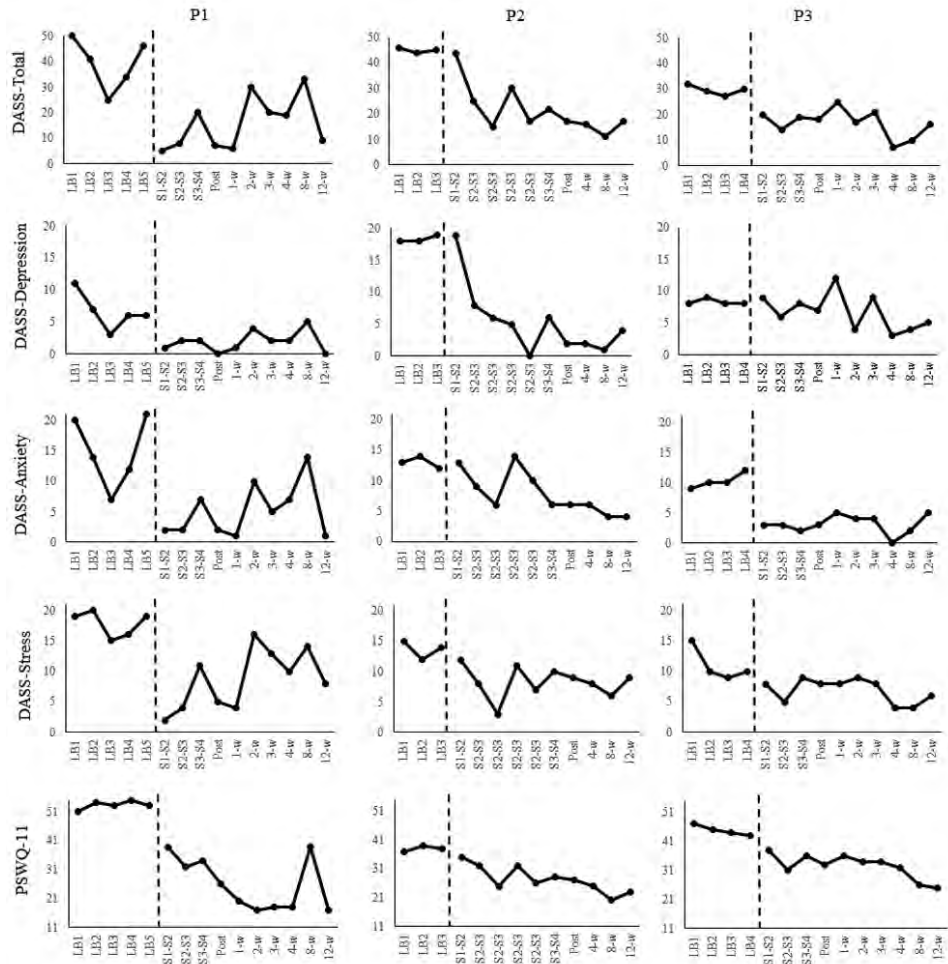


Table 3
Tau-U Results and Clinically Significant Changes

		P1	P2	P3
DASS – Total (Emotional symptoms)	<i>Tau-U</i>	0.92	0.97	1.00
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.005	.014	.005
	CSC	YES	YES	YES

		P1	P2	P3
DASS – Depression	<i>Tau-U</i>	0.92	0.83	0.38
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.005	.035	.29
	CSC	YES	YES	NO
DASS – Anxiety	<i>Tau-U</i>	0.82	0.73	1.00
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.012	.060	.005
	CSC	YES	NO	YES
DASS – Stress	<i>Tau-U</i>	0.94	0.97	0.95
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.004	.014	.007
	CSC	YES	YES	YES
PSWQ-11 (pathological worry)	<i>Tau-U</i>	1.00	1.00	1.00
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.002	.011	.005
	CSC	YES	YES	YES
AAQ-II (experiential avoidance)	<i>Tau-U</i>	1.00	0.90	1.00
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.002	.023	.005
	CSC	YES	YES	YES
CFQ (cognitive fusion)	<i>Tau-U</i>	1.00	0.80	0.95
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.002	.043	.007
	CSC	YES	YES	YES
VQ – Progress (value progress)	<i>Tau-U</i>	0.94	1.00	0.88
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.004	.011	.013
	CSC	YES	YES	NO
VQ – Obstruction (obstruction values)	<i>Tau-U</i>	0.96	0.93	0.88
	SE	0.33	0.39	0.35
	p	.003	.018	.013
	CSC	YES	YES	YES

Note. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II, CSC = clinically significant change, CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

Process Measures

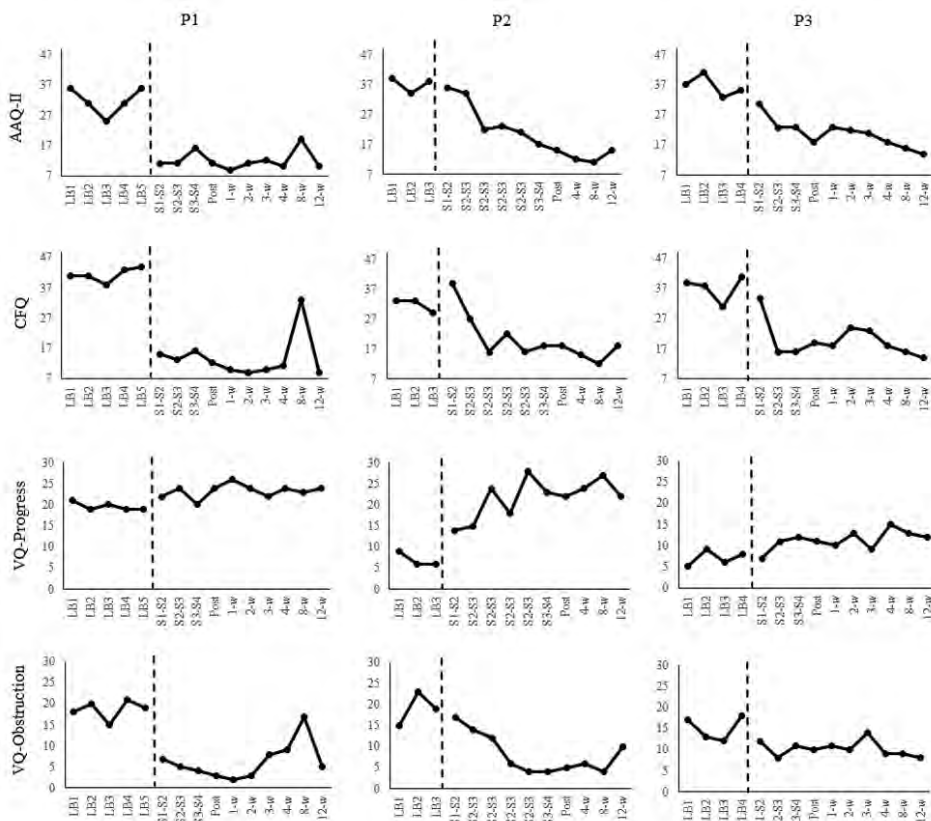
Figure 2 presents the evolution of participants' process measures scores throughout the study. Again, visual analysis reveals relatively stable baselines trends across most participants and measures.

P1 experienced large and immediate changes in experiential avoidance and cognitive fusion after introducing the intervention. These changes were maintained except at the one-week follow-up. The change in VQ-Obstruction was also immediate and large, although the change in VQ-Progress was moderate. Table 3 shows that the effect sizes were close to 1 and statistically significant for all variables (AAQ-II = 1.00, $p = .002$; CFQ = 1.00, $p = .002$; VQ-Progress = 0.94, $p = .004$; VQ-Obstruction = 0.96, $p = .003$), showing clinically significant changes in all cases.

P2 also improved in all variables, but the effect of the intervention was more gradual. The results remained stable during the follow-up period. Table 3 shows that effect sizes were statistically significant for all variables (AAQ-II = 0.90, $p = .023$; CFQ = 0.80, $p = .043$; VQ-Progress = 1.00, $p = .011$; VQ-Obstruction = 0.93, $p = .018$). Likewise, changes were clinically significant for all process variables.

Similar to P2, P3 showed stepwise changes in all process variables. According to Table 3, all effect sizes were statistically significant (AAQ-II = 1.00, $p = .005$; CFQ = 0.95, $p = .007$; VQ-Progress = 0.88, $p = .013$; VQ-Obstruction = 0.88, $p = .013$). Changes were clinically significant for all variables except VQ-Progress because the participant was closer to the clinical score than the nonclinical score at the last follow-up.

Figure 2
 Evolution of Scores in Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, and Values



Standardized Mean Difference

Table 4 presents the overall effect sizes obtained by the intervention. For the outcome measures, all effect sizes were large and significant (between $d = 1.45$ for DASS-Depression and $d = 2.48$ for DASS-Total). Similarly, the intervention obtained very large effect sizes for the process measures (between $d = 2.43$ for VQ-Obstruction and $d = 3.58$ for CFQ), except for the variable VQ-Progress ($d = 0.72$). All effect sizes were statistically significant.

Table 4
Difference of Comparable Standardized Means Across Designs

Measurement	BC-SMD	SE	CI 95% (lower)	CI 95% (upper)
DASS-Total	2.48	0.54	1.50	3.59
DASS-Depression	1.45	0.50	0.59	2.48
DASS-Anxiety	1.93	0.47	1.07	2.89
DASS-Stress	1.67	0.48	0.82	2.64
PSWQ-11	2.36	0.63	1.01	3.72
AAQ-II	3.26	0.82	1.85	4.97
CFQ	3.58	0.67	2.40	4.98
VQ-Progress	0.72	0.70	1.92	0.17
VQ-Obstruction	2.43	0.62	1.32	3.70

Note. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II, CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

Discussion

The present study aimed to examine the efficacy of a brief RNT-focused ACT intervention in individuals with a primary diagnosis of panic disorder. For this purpose, a 4-session RNT-focused ACT protocol was designed based on previous protocols that had shown a high degree of efficacy in depression and generalized anxiety disorder (Ruiz et al., 2016a; 2018a; 2019; 2020a; 2020b). Although exposure is consistent with ACT, the protocol purposefully excluded explicit exposure exercises to explore an alternative to the limitations found for exposure in terms of acceptability for both clients and therapists (e.g., Deacon et al., 2013a; Keijsers et al., 2001). The effect of the intervention was evaluated in three participants in a randomized multiple-baseline design. Measures validated in the Colombian population were used for both outcome measures (emotional symptoms and pathological worry) and process measures (experiential avoidance, cognitive fusion, and values).

The intervention showed a high degree of efficacy in reducing emotional symptoms and pathological worry. All participants showed clinically significant changes in these variables except DASS-Depression (P3 showed no significant change) and DASS-Anxiety (P2). Also, the frequency of panic attacks was reduced to zero for P1 and P3, while P2 had only two attacks after the introduction of the intervention. These attacks occurred between Sessions 1 and 2. Therefore, it can be stated that after the intervention, panic attacks were completely suppressed in all three participants during the 3-month follow-up. Further evidence for the high efficacy of the intervention were the large effect sizes found in the reduction of emotional symptomatology ($d = 2.48$, 95% CI [1.50, 3.59]) and pathological worry ($d = 2.36$, 95% CI [1.01, 3.72]).

Results on process variables were also encouraging. All three participants

showed clinically significant changes in experiential avoidance, cognitive fusion, and values obstruction, while P1 and P2 also showed changes in values progress. The overall effect sizes were very large for experiential avoidance ($d = 3.26$), cognitive fusion ($d = 3.58$), and values obstruction ($d = 2.43$). The overall effect size for progress in values was close to large ($d = 0.72$). This difference between the effect size in progress and obstruction in values coincides with previous studies (Ruiz et al., 2016a; 2020a; 2020b) and could indicate that more extensive work would be needed to identify and engage in valued actions.

The present study replicates the promising findings found in previous studies obtained mainly on depression and generalized anxiety disorders (Ruiz et al., 2016a; 2018a; 2019; 2020a; 2020b). While previous studies had participants diagnosed with panic disorder, this is the first study to analyze the effect of a brief RNT-focused ACT protocol for treating panic disorder as a primary diagnosis.

As mentioned before, it is noteworthy that the protocol used in this study did not include explicit exposure exercises. Instead, the intervention focused on dismantling dysfunctional RNT patterns, increasing psychological flexibility, and reducing hypervigilance to physical sensations as a common form of RNT in people suffering from panic disorder. Thus, the intervention was effective despite not including an explicit exposure component. In this sense, the present research joins initial ACT studies that showed efficacy in anxiety disorders despite not having explicit exposure components in their protocols (Twohig et al., 2006, 2010).

The present study should be interpreted considering some limitations. First, the sample used was small, and further replications are necessary to confirm the efficacy of this brief, RNT-focused ACT intervention. In this regard, we initially recruited five participants, but two showed a marked trend of improvement during baseline, which made it impossible for us to take them into account for data analysis. Second, the effect of the intervention was only assessed through self-report measures. Future studies could analyze the effect of the intervention in a clinical interview and behavioral tests of tolerance to physiological sensations like those experienced during a panic attack (e.g., challenges of breathing CO₂-enriched air). Third, a nonconcurrent multiple baseline design was conducted because the recruitment process was spread over several weeks. This type of design has lower internal validity than concurrent designs, although additional limitations should not be particularly problematic in this type of study (see discussion in Ruiz et al., 2018a). Future studies could compare the efficacy of the brief intervention tested in this study versus an empirically validated intervention for the treatment of panic disorder, such as cognitive behavioral therapy protocols that include interoceptive exposure. Finally, all three participants have a college education, which reduces the generalizability of the results found.

Despite the limitations listed above, this initial study shows that RNT-focused ACT interventions may constitute an alternative brief intervention model for panic disorder even without conducting explicit exposure. Furthermore, the non-inclusion

of exposure may result in greater acceptability of the intervention for clients and therapists who find it too threatening (Codd et al., 2011; Deacon et al., 2013a).

References

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy, 24*(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Codd, R. T. III, Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*(3), 203–217. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.203>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 1–61). The Guilford Press.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 195–205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O’Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety, 33*(2), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- de Vries, R. M., Meijer, R. R., Van Bruggen, V., & Morey, R. D. (2016). Improving the analysis of routine outcome measurement data: What a Bayesian approach can do for you. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 25*(3), 155–167. <https://doi.org/10.1002/mpr.1496>
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013a). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The therapist beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(8), 772–780. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., & Hipol, L. J. (2013b). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(2), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.004>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy, 45*(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2013). A standardized mean difference effect size for multiple baseline designs across individuals. *Research Synthesis Methods, 4*(4), 324–341. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1086>
- Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy, 32*(4), 739–749. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80018-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80018-6)
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review, 42*, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 606–618. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.05.004>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Moreno, P., & Martín, J. C. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia [Psychological treatment of panic disorder and agoraphobia]*. Desclée.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Nations, K. R., Utschig, A. C., Rothbaum, B. O., Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2012). Five sessions and counting: Considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depression and Anxiety, 29*(6), 465–470. <https://doi.org/10.1002/da.21910>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy, 42*(2), 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Pustejovsky, J. E., Hedges, L. V., & Shadish, W. R. (2014). Design-comparable effect sizes in multiple baseline designs: A general modeling framework. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 39*(5), 368–393. <https://doi.org/10.3102/1076998614547577>
- Ramirez, M. W., Woodworth, C. A., Evans, W. R., Grace, G. A., Schobitz, R. P., Villarreal, S. A., Howells, C. J., Gissendanner, R. D., Katko, N., Jones, K. N., McCabe, A. E., & Terrell, D. J. (2021). A trauma-focused intensive outpatient program integrating elements of exposure therapy with acceptance and commitment therapy: Program development and initial outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science, 21*, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.06.002>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018a). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 9*, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2019). Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology Therapy, 19*(3), 261–276.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 17*, 97–105.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020a). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology, 11*, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Ruiz, F. J., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2018b). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples. *Anales de Psicología, 34*(3), 451–457. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.300281>
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramirez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020b). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy, 57*(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016a). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 16*(3), 213–233.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016b). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record, 66*, 429–437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 49*(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>

- 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>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl 20), 22–33.
- Sierra, M. A., & Ruiz, F. J. (2022). Content validity and usability of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking [Manuscript submitted for publication]. Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 61*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 6*, 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 705–716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- Wittchen, H.-U., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., & Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety, 27*(2), 113-133. <https://doi.org/10.1002/da.20646>

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOCUSED ON REPETITIVE NEGATIVE THINKING FOR COMPLICATED BREAKUP GRIEF: A RANDOMIZED MULTIPLE-BASELINE EVALUATION

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN EL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO PARA EL DUELO POR RUPTURA COMPLICADA: UNA EVALUACIÓN ALEATORIA DE LÍNEAS DE BASE MÚLTIPLES

Diana P. Medina-Reina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8370-8079>

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia

Francisco J. Ruiz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8863-1111>

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Medina-Reina, D. P., & Ruiz, F. J. (2022). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation [Terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el duelo por ruptura complicada: Una evaluación aleatoria de líneas de base múltiples]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 67-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1149>

Acknowledgments

The authors thank Miguel A. Segura-Vargas for his support in conducting this research.



Abstract

Romantic relationship breakups often cause important behavioral and emotional consequences that can lead to experiencing complicated grief. However, little empirical research has tested psychological interventions for this frequent problem. This preliminary study explored the efficacy of a three-session protocol of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focused on repetitive negative thinking (RNT) for the treatment of complicated breakup grief in three women. A nonconcurrent, across participant, randomized multiple-baseline design was conducted. The three participants showed very large decreases in breakup distress that surpassed the criteria for claiming clinically significant changes. Two participants showed clinically significant changes in emotional symptoms, and all of them attained significant changes in life satisfaction. All three participants showed clinically significant changes in repetitive negative thinking, experiential avoidance, cognitive fusion, and valued living. Effect sizes comparable across designs were very large and statistically significant for breakup distress ($d = 7.11$), emotional symptoms ($d = 2.46$), and life satisfaction ($d = 1.25$). In conclusion, RNT-focused ACT protocols might be efficacious in cases of complicated breakup grief.

Keywords: acceptance and commitment therapy, repetitive negative thinking, couple relationship, breakup, grief

Resumen

Las rupturas de relaciones románticas suelen provocar importantes consecuencias conductuales y emocionales que pueden llevar a experimentar un duelo complicado. Sin embargo, son pocas las investigaciones empíricas que han puesto a prueba intervenciones psicológicas para este problema tan frecuente. Este estudio preliminar exploró la eficacia de un protocolo de tres sesiones de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) centrado en el pensamiento negativo repetitivo (PNR) para el tratamiento del duelo complicado por ruptura de pareja en tres mujeres. Se llevó a cabo un diseño de línea de base múltiple, aleatorio y no concurrente entre participantes. Las tres participantes mostraron disminuciones muy grandes en la angustia por la ruptura que superaron los criterios para afirmar la presencia de cambios clínicamente significativos. Dos participantes mostraron cambios clínicamente significativos en los síntomas emocionales, y todos ellos alcanzaron cambios significativos en la satisfacción vital. Las tres participantes mostraron cambios clínicamente significativos en pensamiento negativo repetitivo, evitación experiencial, fusión cognitiva y la vida valiosa. Los tamaños del efecto comparables entre diseños fueron muy grandes y estadísticamente significativos para la angustia de ruptura ($d = 7.11$), síntomas emocionales ($d = 2.46$) y satisfacción vital ($d = 1.25$). En conclusión, los protocolos de ACT centrados en PNR podrían ser eficaces en casos de duelo complicado por ruptura de pareja.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, pensamiento negativo repetitivo, relación de pareja, ruptura, duelo

Romantic relationship breakups are regarded as an important life event that can provoke challenging emotional reactions (e.g., Luhman et al., 2012). These emotional reactions can take the form of grief, with a high frequency of intrusive thoughts, feelings of loneliness and emptiness, sadness, lack of interest in personal activities, insomnia, compromised immune system, and the “broken heart syndrome” (Field, 2011, 2017). More specifically, when going through a breakup, it is common to experience reactions such as anger, distrusting others and ceasing to worry about them, feeling jealous of people who are not experiencing a breakup, feeling intense sadness when remembering the former partner, being attracted to places and objects related to the ex-partner, or avoiding situations associated with him/her (Field et al., 2009). The previous emotional reactions and feelings of love for the former partner tend to decrease over time. Contrarily, anger tends to increase after the couple dissolution (Murdock et al., 2014).

Complicated breakup grief occurs when the emotional reaction persists for more than three months and is characterized by a progressive increase in anger and feelings of betrayal and mistrust of other people (Field et al., 2011). Experiencing complicated breakup grief is more likely when contact with the former partner persists, the ex-partner instigated the breakup, or the relationship ended due to an affair (Barber & Cooper, 2014; Perilloux & Buss, 2008; Sbarra & Emery, 2005). Coping strategies used by individuals displaying this complicated grief include rumination, attempts to take revenge and spy on the ex-partner, insisting on reconciliation, or avoiding other people (Cupach et al., 2011; Sánchez-Aragón & Martínez-Cruz, 2014; Tavares & Aassve, 2013). In extreme cases, complicated breakup grief might lead to exerting violence toward the ex-partner or even committing suicide (Heikkinen et al., 1993; Williams & Frieze, 2005).

Research on the efficacy of preventive or treatment interventions has been almost exclusively focused on grief due to the death of a loved one (e.g., Boelen et al., 2006; Wittouck et al., 2011). Some studies have analyzed the effect of expressive writing to manage breakup distress, obtaining mixed results (Lepore & Greenberg, 2002; Sbarra et al., 2013). Also, mindfulness training and relaxation did not show better results than the control condition in Falb study (2015). Thus, developing and testing psychological interventions for complicated breakup grief are needed.

Psychological interventions designed for complicated breakup grief should target the key psychological processes involved in its onset and maintenance. Following the literature on complicated bereavement, grief rumination seems to be an important candidate target (Eisma et al., 2014; Eisma & Stroebe, 2017; Palacio-González et al., 2016). Grief rumination in a breakup context entails “counterfactual thinking” about events leading up to the couple dissolution, ruminating about the unfairness and meaning of the loss, and one’s and others’ reactions to the breakup (Eisma & Stroebe, 2017). Grief rumination has been identified as an experiential avoidance strategy that is concurrently and longitudinally associated with emotional symptoms and complicated grief (e.g., Boelen et al., 2006; Eisma et al., 2013, 2014).

In the last few years, a version of Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, et al., 1999) focused on disrupting unconstructive worry and rumination has been developed (Ruiz et al., 2016a). This approach has been called repetitive negative thinking-focused ACT (RNT-focused ACT). As usual in ACT interventions, RNT-focused ACT aims to foster psychological flexibility to produce changes in mental health, quality of life, and behavioral effectiveness. Psychological flexibility can be defined as the ability to nonjudgmentally contact private experiences and orient behavior toward valued directions. RNT-focused ACT highlights that RNT, in the form of worry and rumination, is a predominant experiential avoidance strategy that tends to be the first reaction to discomfiting thoughts and emotions. Therefore, focusing the intervention on RNT should enhance the efficacy of ACT because the cycle of experiential avoidance would be interrupted from the very beginning. Previous studies have shown that brief RNT-focused ACT protocols obtained very large effect sizes in the treatment of emotional disorders, including generalized anxiety disorder and depression (Ruiz et al., 2018, 2019, 2020a; 2020b; Salazar et al., 2020).

Due to the relevance of grief rumination, brief RNT-focused ACT protocols seem well-suited for treating complicated breakup grief. Accordingly, this study aims to explore the potential efficacy of a brief RNT-focused ACT protocol in complicated breakup grief. For this purpose, we conducted a nonconcurrent, randomized, multiple-baseline design on three females showing complicated breakup grief.

Method

Participants

Participants were recruited through advertisements on social media (i.e., Facebook, institutional webpage, etc.). The inclusion criteria were: (a) being 18 years or older; (b) having experienced complicated grief for at least three months due to the breakup of a romantic relationship that had lasted at least 12 months. The exclusion criteria were: (a) undergoing a current psychological or psychiatric treatment, (b) experiencing severe suicide ideation, (c) having a psychotic disorder, and (d) substance abuse.

A total of 72 individuals showed an interest in the research. However, only 3 participants met the inclusion criteria: 20 individuals had experienced breakup grief for less than three months, 16 had had relationships that lasted less than 12 months, 13 were receiving psychological or psychiatric interventions, 7 were in a cyclic relationship with their ex-partner, after the interview, 5 said that they did not have time to participate, 4 did not respond to the phone calls and emails, 2 got back together with the ex-partner, 1 showed suicide ideation, and 1 was living in another country.

Participant 1 (P1) was a 23-year-old woman who had experienced the breakup of a 5-year romantic relationship two years before recruitment. Participant 2 (P2)

was also a 23-year-old woman who had been married for five years. The breakup was due to her ex-husband's infidelity six months before recruitment. Participant 3 (P3) was a 32-year-old woman who had maintained an engagement for one year. She terminated it eight months before recruitment when she realized that her ex-boyfriend was losing interest in her.

Design and Variables

A nonconcurrent, randomized, multiple-baseline design across participants was implemented. The independent variable of the study was the staggered introduction of a 3-session, RNT-focused ACT protocol. Participants were randomly assigned to receive the intervention after collecting baseline data between 3 to 5 weeks. The protocol was implemented weekly. Afterward, an 8-week follow-up was conducted. Dependent variables were divided into primary, secondary, and process outcome measures. The primary outcome measure was breakup distress, which includes both emotional symptoms and behavioral inflexibility in response to private experiences related to the breakup. Secondary outcome measures were scores on emotional symptoms and life satisfaction. Lastly, process outcomes were measures of RNT, experiential avoidance, cognitive fusion, and valued living. These measures were selected as process outcomes because they are the main putative processes in the ACT model to promote mental health, quality of life, and behavioral effectiveness. Blinding procedures were not implemented because the study only involved one intervention, and the dependent measures were taken through automatic emails on the Internet.

Primary Outcomes Measure

Breakup Distress Scale (BDS; Field et al., 2009). The BDS is a 16-item, 4-point Likert-type scale (4 = *almost always*, 1 = *almost never*) that measures the frequency with which the individual experiences breakup-related distress, both in the form of emotional symptoms and inflexible behavior in response to private events related to the breakup. The BDS showed an alpha of .91 and a one-factor structure in its original validation. The method described in Muñoz et al. (2013) was used to translate the BDS into Spanish.

Secondary outcome measures

Depression, Anxiety, and Stress Scales – 21 (DASS-21; S. H. Lovibond y P. F. Lovibond, 1995; Spanish version by Ruiz et al., 2017). The DASS-21 is a 21-item, 4-point Likert-type scale (3 = *applied to me very much*; 0 = *did not apply to me at all*) that measures the negative emotional states experienced last week. The DASS-21 showed excellent internal consistency and a hierarchical factor structure that justifies computing an overall indicator of emotional symptoms (i.e., DASS-Total).

Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985; Spanish version by Ruiz et al., 2019). The SWLS is a 5-item, 7-point Likert-type scale (7 = *strongly*

agree, 1 = *strongly disagree*) that measures self-perceived well-being. It showed a one-factor structure and an alpha of .89.

Process Outcomes

Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehring et al., 2011; Spanish version by Ruiz et al., submitted). The PTQ is a 15-item, 5-point Likert (4 = *almost always*; 0 = *never*) self-report instrument. It is a content-independent self-report of RNT in response to negative events. The Spanish version of the PTQ has shown excellent internal consistency and a one-factor structure.

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Spanish version by Ruiz et al., 2016b). The AAQ-II is a 7-item, 7-point Likert-type scale (7 = *always true*; 1 = *never true*) that measures experiential avoidance as averaged across contexts. The Spanish version of the AAQ-II has good internal consistency and a one-factor structure.

Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2014; Spanish version by Ruiz et al., 2017). The CFQ is a 7-item, 7-point Likert-type scale (7 = *always*; 1 = *never true*) that measures cognitive fusion as averaged across contexts. The Spanish version of the CFQ has shown excellent internal consistency and a one-factor structure.

Valuing Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014; Spanish version by Ruiz et al., 2022). The VQ is a 10-item, 7-point Likert (6 = *completely true*; 0 = *not at all true*) self-report instrument that assesses valued living averaged across life areas during the past week. It comprises two subscales: Progress and Obstruction. The Spanish version of the VQ has shown good internal consistency and a two-factor structure.

RNT-focused ACT protocol

The protocol consisted of three face-to-face, individual sessions. The first session lasted approximately 90 minutes, and the second and third sessions lasted about 60 minutes. The protocol was based on the one used in Ruiz et al. (2019, 2020). It aimed at developing the ability to discriminate ongoing triggers for RNT, take distance from them, and redirect attention to valued actions. A summary of the protocol is presented in Table 1. A detailed description of the protocol can be accessed at <https://bit.ly/39uZiDI>.

Table 1
Contents of the RNT-focused Protocol

Aims	Therapeutic interactions
S1 1. Presentation of the intervention rationale	<ul style="list-style-type: none"> • Work proposal: developing the skill to identify entanglement with our thoughts and learn to focus on what is important in our lives (with a special focus on the couple relationship). • Hierarchical relations between the self and thoughts/emotions (remembering thoughts in different life moments and observing the flow of thoughts). • Dike metaphor: Thoughts are like leaves on a stream, but we can choose to build a dike to stop the leaves and analyze them to the point of creating whirlpools of thoughts. • Cards exercise: Write down ongoing thoughts, observe them, and choose to build a dike or let them pass.
2. Identification of the main triggers to initiate worry/rumination and other experiential avoidance strategies related to them	<ul style="list-style-type: none"> • Worry begins when fear of a future event appears: "What is the fear that is the "daddy" of all your fears?" • Rumination begins when one needs an explanation about something that happened: "What is the explanation you need that is the "daddy" of all?" • Explore the consequences of worry/rumination and experiential avoidance strategies connected to them. • Socratic dialogue: (a) In which direction are you going when you worry/ruminate and try to avoid/control your thoughts? (b) Are they helpful in the short term? (c) And in the long term? and (d) Are the thoughts even stronger than before?
3. Promoting the discrimination of the counterproductive effect of engaging in worry/rumination and other experiential avoidance strategies	<ul style="list-style-type: none"> • Physical metaphor: "Pushing triggers away." The experimenter writes the participant's triggers on a piece of paper and puts them near the participant's face. When participants begin to push the piece of paper away with their hands, the experimenter resists. • Questions: (a) How much strength do your thoughts have when you push? (b) Can you do something important while pushing? (c) How much stronger would they be if you pushed 1 more year? (d) And 5 more years?
4. Identification of the RNT process and defusion training	<ul style="list-style-type: none"> • Go around exercise: While reading a book, the therapist shows a trigger for RNT on a card, and the participant stops reading and begins the RNT process by going around a chair in circles. Every time the participant makes a loop, she says the next thought of the chain and chooses to make another loop (the same process is repeated 10 times). Then, the participant is invited to read again and choose just to observe the triggers for RNT and go back to reading without entangling with them.

During the intervention and follow-up period, participants were also assessed every week. The first author was the therapist in all cases. She was a master's degree student who had received about 50 h of formal training in ACT during the last two years (approximately 30 hours in the general ACT model and 30 h of training in RNT-focused ACT protocols). The second author, who is an experienced ACT researcher and has acted as a therapist in multiple clinical studies, trained and supervised the therapist.

Data Analysis

Raw data of this study can be accessed at <https://bit.ly/39uZiDI>. Visual analyses were conducted to analyze the results of each participant according to the guidelines provided by Lane and Gast (2014). The data were analyzed at the individual and group levels. The nonparametric Tau-U test (Parker et al., 2011) was computed to perform within-participant analysis using the calculator <http://singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>. This test provides a nonoverlapping effect size between baseline and intervention data and computes a *p*-value that determines the presence of a statistically significant intervention effect. Tau-U values range from -1 and 1 and indicate the percentage of data that improve through the baseline and intervention phases. For the sake of clarity, we present all effect sizes in favor of the intervention phase as positive, regardless of whether its scores should decrease or increase.

The achievement of clinically significant changes was analyzed through the guidelines presented by Ruiz et al. (2018). The criteria to obtain a clinically significant change required: (a) the Tau-U value to be statistically significant in favor of the intervention phase, and (b) to show a score at the 8-week follow-up closer to the mean of the nonclinical than the clinical population. To test the latter criterion, we consulted descriptive data obtained from scale validation studies (see Ruiz et al., 2018).

Overall estimations of the intervention effect sizes were conducted with the standardized mean difference developed for single-case experimental designs by Hedges et al. (2013), which accounts for the autocorrelation typically seen in these designs. This analysis yields an overall estimate of the effect size that shares the same metric as Cohen's *d* used in group designs. The analysis was computed using the R package *scdhl*m.

Results

Within-Participant Results

Figure 1 shows the scores' evolution of primary and secondary outcomes. Participants showed high scores on breakup distress (i.e., BDS), moderate to severe scores on emotional symptoms (i.e., DASS-Total), and scores slightly below the average in life satisfaction (i.e., SWLS). Visual inspection shows that the RNT-focused ACT protocol was very efficacious in decreasing the BDS scores, with large

and immediate effects. During the follow-up, the scores on the BDS remained at the minimum level of the scale. The treatment effect was more gradual in the case of emotional symptoms and life satisfaction, but the effects were also clearly visible. During the follow-up, the DASS-Total scores reached minimum levels, and the SWLS scores indicated high life satisfaction.

Figure 1
Participants' Evolution in Breakup Distress (BDS), Emotional Symptoms (DASS-21), and Life Satisfaction (SWLS). The x-axes Represent Weekly Assessments

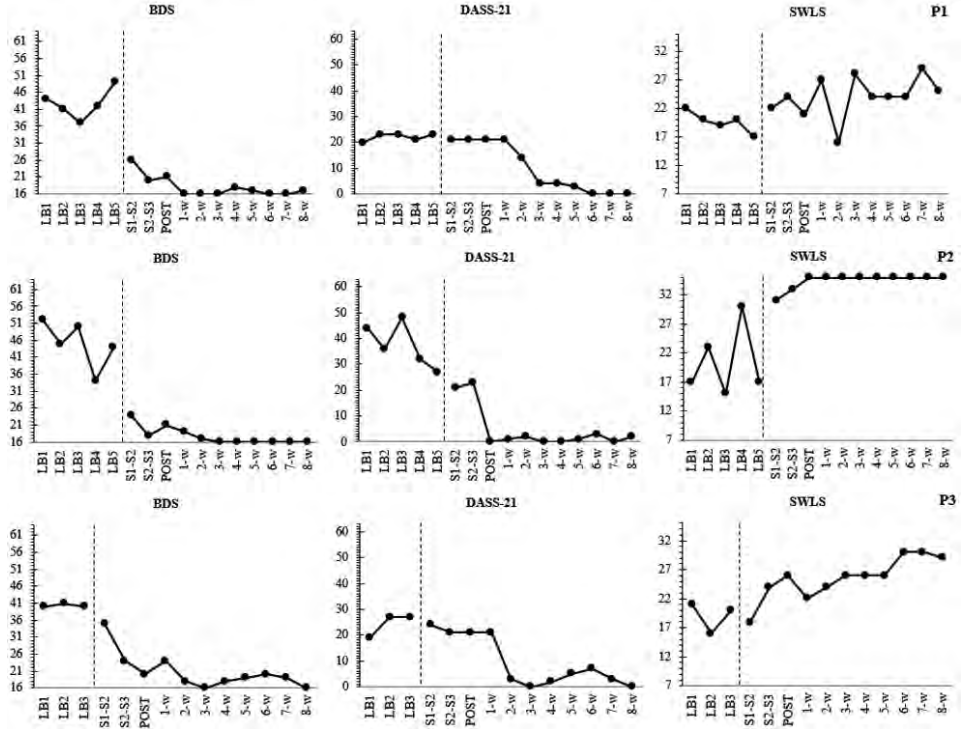


Table 2 presents the results on Tau-U and the analysis of the presence of clinically significant changes. All three participants showed *Tau-U* values of 1.00 on breakup distress (i.e., BDS scores), reaching clinically significant changes. Regarding emotional symptoms, P1 and P2 showed statistically significant *Tau-U* values and reached clinically significant changes. P3 did not obtain a clinically significant change because her *Tau-U* effect size was marginally statistically significant because the change in emotional symptoms was not immediate after introducing the intervention. However, her emotional symptom level was extremely low during the follow-up. Lastly, all three participants showed statistically significant *Tau-U* values on life satisfaction and obtained clinically significant changes in this outcome.

Table 2
Tau-U Results and Clinically Significant Chang

		P1	P2	P3
BDS (breakup distress)	<i>Tau-U</i>	1.00	1.00	1.00
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.002	.002	.010
	CSC	YES	YES	YES
DASS – Total (emotional symptoms)	<i>Tau-U</i>	0.78	1.00	0.76
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.015	.002	.052
	CSC	YES	YES	NO
SWLS (life satisfaction)	<i>Tau-U</i>	0.76	1.00	0.88
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.017	.002	.024
	CSC	YES	YES	YES
PTQ (repetitive negative thinking)	<i>Tau-U</i>	1.00	1.00	0.94
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.002	.002	.016
	CSC	YES	YES	YES
AAQ-II (experiential avoidance)	<i>Tau-U</i>	1.00	1.00	1.00
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.002	.002	.010
	CSC	YES	YES	YES
CFQ (cognitive fusion)	<i>Tau-U</i>	1.00	1.00	1.00
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.002	.002	.010
	CSC	YES	YES	YES
VQ – Progress (values progress)	<i>Tau-U</i>	0.82	1.00	1.00
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.011	.002	.010
	CSC	YES	YES	YES
VQ – Obstruction (values obstruction)	<i>Tau-U</i>	0.96	1.00	1.00
	SE	0.32	0.32	0.39
	p	.003	.002	.010
	CSC	YES	YES	YES

Note. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II; BDS = Breakup Distress Scale; CSC = Clinically significant change, CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

Figure 2 presents the score's evolution in process outcomes. Visual analyses reveal that the three participants showed decreases in RNT, experiential avoidance, cognitive fusion, and obstruction in values. Similarly, all participants showed increases in progress in valued living. Table 2 also shows that all Tau-U values were statistically significant and that all participants obtained clinically significant changes in all process measures.

Between-Participant Results

Table 3 shows that the standardized mean difference for SCED showed that the treatment effect was statistically significant for all variables. Specifically, the effect size for the primary outcome (i.e., breakup distress) was extremely large ($d = 7.11$). Likewise, the effect sizes for the secondary outcomes were very large, although more modest (DASS-Total: $d = 2.46$; SWLS: $d = 1.25$). Lastly, the effect sizes for process measures were very large in all cases (PTQ: $d = 4.06$; AAQ-II: $d = 4.43$; CFQ: $d = 5.37$; VQ-Progress: $d = 1.59$; and VQ-Obstruction: $d = 2.09$).

Table 3
Design-Comparable Standardized Mean Differences

Measure	BC-SMD	SE	95% CI (lower)	95% CI (upper)
BDS	7.11	1.17	5.11	9.56
DASS-Total	2.46	0.74	1.19	3.98
SWLS	1.25	0.63	0.49	2.54
PTQ	4.06	0.70	2.84	5.53
AAQ-II	4.43	0.75	3.12	5.99
CFQ	5.37	0.87	3.85	7.19
VQ-Progress	1.59	1.11	0.56	3.72
VQ-Obstruction	2.09	0.79	0.97	3.75

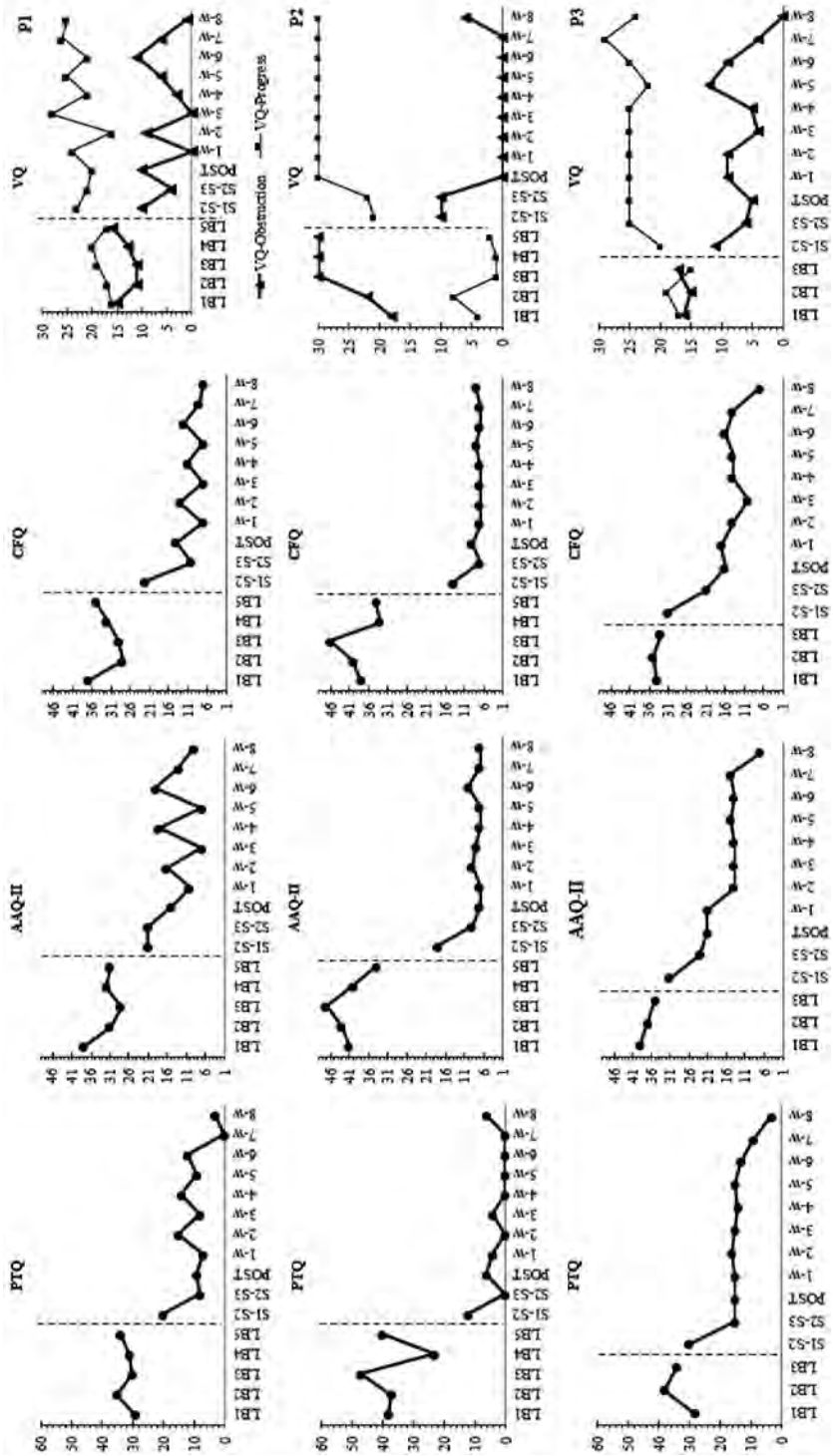
Note. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II; BDS = Breakup Distress Scale; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

Anecdotal comments by the participants revealed that, after the intervention, they engaged in more social activities and had fewer arguments with people close to them. Participants also undertook and maintained valued plans, and they abandoned spying through social media. Lastly, participants experienced a decrease in health issues and improved sleep quality.

Discussion

This study aimed to preliminarily analyze the efficacy of a brief RNT-focused ACT protocol in three participants experiencing complicated breakup grief. This type of protocol was considered promising for intervening in complicated breakup grief, given the essential role played by the persistent rumination in response to

Figure 2
 Participants' Evolution in Repetitive Negative Thinking (PTQ), Experiential Avoidance (AAQ-II), Cognitive Fusion (CFQ), and Valued Living (VQ). The X-Axes Represent Weekly Assessments



intrusive thoughts and memories related to the romantic relationship and the engagement in additional experiential avoidance strategies (Field et al., 2009; Luhman et al., 2012; Murdock et al., 2014; Sbarra & Emery, 2005).

The results showed that the three participants experienced very large improvements in breakup distress, which reached a zero level at the end of the 8-week follow-up. The improvement in emotional symptoms was also very large, but the change was produced more gradually. A similar pattern followed the variable life satisfaction, in which all participants reached high scores at the end of the follow-up. All the effect sizes were very large and statistically significant. The intervention was also efficacious in all process outcomes. Specifically, we observed reductions in RNT, experiential avoidance, cognitive fusion, and values obstruction, and increases in values progress.

Some limitations of this study are worth noting. Firstly, nonconcurrent multiple-baseline designs cannot control for history or maturation effects that might coincide with the application of the intervention (Harvey et al. 2004). This design was chosen because of the difficulty of recruiting participants. Secondly, the minimum number of participants recommended for conducting a multiple-baseline design is three. Although the effect of the intervention was evident in this study, these findings should be replicated in other studies with a larger sample. Thirdly, dependent variables were measured exclusively through self-reports. Further studies might include data from observers or self-registers. Lastly, the design of this study did not allow analyzing the potential mediators of the intervention. For this purpose, it would be necessary to conduct a more intensive assessment (e.g., ecological momentary assessment).

In conclusion, this study preliminarily indicates that RNT-focused ACT protocols might be efficacious for treating complicated breakup grief. Subsequent studies should replicate these findings with more participants or extend them by conducting a randomized controlled trial comparing the effect of these protocols with a waitlist control condition or a psychological placebo.

References

- Barber, L., & Cooper, M. (2014). Rebound sex: Sexual motives and behaviors following a relationship breakup. *Archives of Sexual Behavior, 43*, 251-265. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0200-3>
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(2), 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cupach, W., Spitzberg, B., Bolingbroke, C., & Tellitocci, B. (2011). Persistence of attempts to reconcile a terminated romantic relationship: A partial test of relational goal pursuit theory. *Communications Reports, 24*(2), 99-115. <https://doi.org/10.1080/08934215.2011.613737>

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., van den Bout, J., Stroebe, W., & Boelen, P. A. (2014). Is rumination after bereavement linked with loss avoidance? Evidence from eye-tracking. *PLoS One*, 9, e104980. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104980>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2017). Rumination following bereavement: An overview. *Bereavement Care*, 36(2), 58-64. <https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1349291>
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A., Stroebe, W., Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 961-970. <https://doi.org/10.1037/a0034051>
- Falb, M. D. (2015). *Effects of mindfulness training on individuals experiencing post-breakup distress: A randomized controlled trial* (Doctoral Dissertation, Bowling Green State University).
- Field, T. (2011). Romantic breakups, heartbreak and bereavement. *Psychology*, 2(4), 382 - 387. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.24060>
- Field, T. (2017). Romantic breakup distress, betrayal and heartbreak: A review. *International Journal of Behavioral Research & Psychology*, 5(2), 217-225. <http://dx.doi.org/10.19070/2332-3000-1700038>
- Field, T., Diego, M., Peláez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence*, 44, 705-727.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.
- Harvey, M. T., May, M. E., & Kennedy, C. H. (2004). Nonconcurrent multiple baseline designs and the evaluation of educational systems. *Journal of Behavioral Education*, 13, 267-276. <https://doi.org/10.1023/B:JOB.0000044735.51022.5d>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hedges, L. G., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2013). A standardized mean difference effect size for multiple baseline designs across individuals. *Research Synthesis Methods*, 4(4), 324-341. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1086>
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343-358. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00204.x>
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single-case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636>
- Lepore, S. J., & Greenberg, M. A. (2002). Mending broken hearts: Effects of expressive writing on mood, cognitive processing, social adjustment and health following a relationship breakup. *Psychology and Health*, 17(2), 547-560. <https://doi.org/10.1080/08870440290025768>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592-615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation. *Psicothema*, 25, 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Murdock, K., Fagundes, C., & Lovejoy, M. (2014). Loss and the organization of affect. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 213-228. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.790724>
- Palacio-González, A., Clark, D., & O'Sullivan, L. (2016). Cognitive processing in the aftermath of relationship dissolution: Associations with concurrent and prospective distress and posttraumatic growth. *Stress & Health*, 33(5), 540-548. <https://doi.org/10.1002/smi.2738>
- Parker, R. I., & Vannest, K. J. (2012). Bottom-up analysis of single-case research designs. *Journal of Behavioral Education*, 21, 254-265. <https://doi.org/10.1007/s10864-012-9153-1>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>

- Perilloux, C., & Buss, D. (2008). Breaking up romantic relationships: Costs experienced and coping strategies deployed. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 164-181. <https://doi.org/10.1177%2F147470490800600119>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2019). Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology Therapy*, 19(3), 261-276.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odrizola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020a). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016a). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020b). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016b). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429-437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- 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>
- Salazar, D. M., Ruiz, F. J., Ramírez, E. S., & Cardona-Betancourt, V. (2020). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for child depression: A randomized multiple-baseline evaluation. *The Psychological Record*, 70, 373-386. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00362-5>
- Sánchez-Aragón, R., & Martínez-Cruz, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico [Causes and characterization of the stages of romantic mourning]. *Acta de Investigación Psicológica*, 4, 1329-1343.
- Sbarra, D. A., Boals, A., Mason, A. E., Larson, G. M., & Mehl, M. R. (2013). Expressive writing can impede emotional recovery following marital separation. *Clinical Psychological Science*, 1, 120-134.
- Sbarra, D. A., & Emery, R. E. (2005). The emotional sequelae of nonmarital relationship dissolution: Analysis of change and intraindividual variability over time. *Personal Relationships*, 12(2), 213-232. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00112.x>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Tavares, L. P., & Aassve, A. (2013). Psychological distress of marital and cohabitation breakups. *Social science research*, 42(6), 1599-1611. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2013.07.008>
- Williams, S. L., & Frieze, I. H. (2005). Courtship behaviors, relationship violence, and breakup persistence in college men and women. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 248-257. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1471-6402.2005.00219.x>

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>

EFFICACY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOCUSED ON REPETITIVE NEGATIVE THINKING IN FIBROMYALGIA: A RANDOMIZED MULTIPLE-BASELINE DESIGN

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN FIBROMIALGIA: UN DISEÑO DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE ALEATORIZADO

Leidy Estefany López-Palomo¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0184-6804>

Juan C. Vargas-Nieto¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6380-475X>

Francisco J. Ruiz¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8863-1111>

¹ Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López-Palomo, L. E., Vargas-Nieto, J. C., & Ruiz, F. J. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in fibromyalgia: A randomized multiple-baseline design [Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso centrada en pensamiento negativo repetitivo en Fibromialgia: Un diseño de línea base múltiple aleatorizado]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 85-104. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1150>



Abstract

Repetitive negative thinking (RNT), in the form of worry and rumination, is a factor that can have a negative impact on the quality of life and symptomatology of patients with fibromyalgia (FM). The present study analyzes the efficacy of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) protocol focused on reducing RNT in four women diagnosed with FM. A randomized, multiple-baseline design across participants was conducted. Participants completed 4-6 weeks of baseline and subsequently received a 4-session individual intervention. The effect of the intervention was assessed by conducting follow-ups for up to 3 months. All four participants showed clinically significant changes in emotional symptoms as measured by the Depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21, S. H. Lovibond y P. F. Lovibond, 1995) and the General Health Questionnaire – 12 (Ruiz et al., 2017a). Likewise, participants showed significant improvements in parameters related to sleep quality and improvements in health-related quality of life. As for process measures, all participants showed clinically significant changes in pathological worry, and three of them also in cognitive fusion. Changes in valued actions were more modest. Effect sizes comparable across designs were very large and statistically significant for DASS-Total ($d = 1.51$), DASS-Depression ($d = 1.83$), pathological worry ($d = 1.79$), and cognitive fusion ($d = 1.99$). These results suggest that brief RNT-focused ACT interventions hold promise for intervention in patients with FM.

Keywords: fibromyalgia, acceptance and commitment therapy, repetitive negative thinking, worry, emotional symptomatology

Resumen

El pensamiento negativo repetitivo (PNR), en la forma de rumia y preocupación, es un factor que puede generar un impacto negativo sobre la calidad de vida y sintomatología de los pacientes con fibromialgia (FM). El presente estudio analiza la eficacia de un protocolo breve de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) centrado en reducir PNR en cuatro mujeres con diagnóstico de FM. Se llevó a cabo un diseño de línea de base múltiple entre participantes aleatorizado. Las participantes completaron entre 4 y 6 semanas de línea base y, posteriormente, recibieron una intervención individual de 4 sesiones. El efecto de la intervención se evaluó realizando seguimientos hasta los 3 meses. Las cuatro participantes mostraron cambios clínicamente significativos en síntomas emocionales medidos a través del Depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21, S. H. Lovibond y P. F. Lovibond, 1995) y el General Health Questionnaire – 12 (Ruiz et al., 2017a). Asimismo, las participantes mostraron mejoras significativas en parámetros relacionados con la calidad del sueño y mejoras en calidad de vida relacionada con la salud. En cuanto a las medidas de proceso, todas las participantes mostraron cambios clínicamente significativos en preocupación patológica y tres de ellas también en fusión cognitiva. Los cambios en acciones valiosas fueron más modestos. Los tamaños del efecto comparables a través de diseños fueron muy grandes y estadísticamente significativos para DASS-Total ($d = 1.51$), DASS-Depresión ($d = 1.83$), preocupación patológica ($d = 1.79$) y fusión cognitiva ($d = 1.99$). Estos resultados sugieren que intervenciones breves de ACT centradas en PNR son prometedoras para la intervención en pacientes con FM.

Palabras clave: fibromialgia, terapia de aceptación y compromiso, pensamiento negativo repetitivo, preocupación, sintomatología emocional

Fibromyalgia (FM) is a medical condition of unknown origin characterized by chronic and generalized musculoskeletal pain, usually accompanied by stiffness, fatigue, and sleep disturbances (Bair & Krebs, 2020). FM has a prevalence of 2.10% of the world population (Cabo-Meseguer et al., 2017) and occurs more frequently in women, with a prevalence 4 to 7 times higher than that presented in males, and with no differences between the different existing ethnic groups. Most FM diagnoses are established for women between 35 and 60 years of age (Cardona-Arias et al., 2012).

Patients with FM experience a higher pain intensity than other rheumatologic diseases. Additionally, FM is considered the rheumatologic disease with the most significant impact on quality of life in terms of social, family, intellectual, and health impact (Bair & Krebs, 2020). Indeed, a frequent comorbid feature in FM patients is psychological symptoms such as anxiety and depression, being the rheumatologic disease with the highest prevalence in both cases (Cabo-Meseguer et al., 2017). Patients with FM also frequently experience sleep disturbances (Bair & Krebs, 2020), which is also a risk factor for FM development (Hamilton et al., 2012; Skarpsno et al., 2019). In economic terms, FM involves a very high cost in developed countries, reaching approximately 1% of the gross domestic product in countries such as Spain (Cabo-Meseguer et al., 2017).

The goal of the treatment of FM should be improving physical function and quality of life because this syndrome is considered a chronic condition. According to recent treatment guidelines, active nonpharmacologic therapies are the mainstay for the treatment of FM (Macfarlane et al., 2017). The treatment should include supervised and graded aerobic exercises programs and cognitive-behavioral therapy (CBT) when emotional symptoms and sleep disturbances are present. Medications are frequently used but only show modest benefits and are associated with adverse effects (Bair & Krebs, 2020).

CBT interventions have been the most widely used psychological treatment for FM. Most CBT interventions evaluated have been relatively long and applied in groups (Bennett & Nelson, 2006). These interventions have shown small-to-medium effect sizes in reducing pain, emotional symptoms, sleep problems, and disability (Glombiewski et al., 2010; Theadom et al., 2015). Although these results are modest, CBT is considered to be safer and more cost-effective than medications (Bair & Krebs, 2020).

Mindfulness- and acceptance-based interventions have been increasingly tested in the last years in the treatment of FM. Haugmark et al. (2019) found that these therapies obtained small to moderate effect sizes in reducing pain, emotional symptoms and improving sleep quality. Among these intervention approaches, acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes et al., 1999) showed the most promising results, although the number of studies included in this meta-analysis was small (Luciano et al., 2014; Simister et al., 2018).

In a more recent meta-analysis, Du et al. (2021) found three randomized clinical

trials that evaluated the effect of ACT in FM with moderate quality of evidence. The weighted effect size on the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was large. According to the systematic review conducted by Gálvez-Sánchez et al. (2021), most of the studies have evaluated group ACT interventions with a range of 8 to 12 sessions and a total duration of 18 to 27 hours. Only two studies evaluated the efficacy of individual ACT interventions. The shorter intervention assessed was an individual, 5-session ACT protocol, which was tested in Gómez-Pérez et al. (2020).

Testing brief psychological interventions for FM is essential because they can increase the patients' adherence, reduce the treatment burden usually observed in this condition, and minimize the treatment cost (Gómez-Pérez et al., 2020). To advance in this direction, it is crucial to consider psychological processes that might exert a particular influence on this syndrome. For example, one characteristic frequently observed in FM patients is repetitive negative thinking (RNT) in the form of worry and rumination (e.g., Catala et al., 2021; Malin & Littlejohn, 2015; Ricci et al., 2016). FM patients usually engage in RNT regarding their pain or other vital aspects. Sustained RNT usually lead to the amplification of negative affect and tension, which usually lead to other forms of experiential avoidance strategies (Ruiz et al., 2016). Accordingly, RNT can be considered a variable of special clinical interest in the treatment of FM.

Following this rationale, brief RNT-focused ACT interventions might be well-suited to be tested in the treatment of FM. Indeed, brief RNT-focused ACT interventions have been recently tested for the treatment of emotional disorders (Ruiz et al., 2016, 2018a, 2019, 2020a, 2020b). These studies have found very large effect sizes in reducing emotional symptoms and RNT. Given these results, the current study preliminarily tested the effect of a brief, individual, 4-session, RNT-focused ACT protocol in FM patients.

Method

Participants

The sample was recruited through advertisements on social networks. The inclusion criteria were the following: (a) medical certificate on the existence of fibromyalgia diagnosis of at least six months provided by a specialist, (b) being between the age range of 35 and 60 years, (c) obtaining scores of 15 or higher on the General Health Questionnaire – 12, (d) scores above 25 on the Depression Anxiety and Stress Scale-21, (e) stable adherence of two or more months to ongoing pharmacological treatment (if any) and perception of no improvement on symptoms of FM syndrome, (f) commitment not to initiate psychological treatment during the investigation, and (g) stable adherence of two or more months to any alternative treatment (acupuncture, yoga, hydrotherapy, etc.) and no improvement in symptoms of FM syndrome. Exclusion criteria were as follows: (a) presenting high suicidal risk, psychotic disorder, or abuse of psychoactive substances other

than analgesics, (b) receiving some type of psychological intervention, (c) not presenting significant improvement trends at baseline. The latter occurred with one participant who was excluded from the study since it could not be stated that the improvement was due to the introduction of the intervention. Nevertheless, she was provided with psychological intervention for ethical reasons.

Four participants met the inclusion criteria. All of them had a diagnosis of FM granted by a physician specializing in rheumatology. Their ages ranged from 39 to 55 years. Three of them were single, and one was married. All had technical/professional education and were residents of Bogotá. Table 1 presents the socio-demographic data of the participants, as well as the hierarchical triggers of worry/rumination, experiential avoidance strategies, and medical treatments received.

Table 1
Sociodemographic Data, Hierarchical Triggers for Worry/Rumination, Experiential Avoidance Strategies, and Treatments Received

	Age	Educational level	Profession	Hierarchical trigger for RNT	Experiential avoidance strategies	Medications	Other treatments
P1	53	Graduate	Housewife	Fear of loneliness	Worry, rumination, sleeping, watching TV at late night, housekeeping	Tramadol drops (10 years) Escitalopram (1 year)	NO
P2	55	Technician	Housewife	Fear of loneliness	Worry, rumination, sleeping, watching documentaries at night	Duloxetine (3 years) Acetamino-phen + codeine (4 years)	NO
P3	39	Graduate	Teacher	Fear of failure	Worry, rumination, reviewing the cell phone	NO	Physiotherapy (6 years)
P4	54	Graduate	Cabin crew	Fear of failure	Worry, rumination, writing, tourism, housekeeping, walking, weaving	Devil's claw (7-8 years) Homeopathy (20 years)	Swimming (2 years)

Design

A nonconcurrent, randomized, across participant, multiple-baseline design was used. Participants were randomized to the intervention phase between the third and sixth week of baseline collection. The independent variable was a brief protocol of four 60-min ACT sessions focused on RNT (see Table 2 for a summary of the protocol). Dependent variables were divided into outcome and process measures. Outcome variables were emotional symptomatology, sleep quality, and quality of life measures. Process variables were pathological preoccupation, cognitive fusion, and valued actions.

Table 2
Contents of the RNT-focused Protocol

Session 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introduction of the intervention rationale. ➤ Functional analysis of the psychological inflexibility pattern with central focus on worry/rumination: identification of hierarchical triggers, main contents of the repetitive thought chain, additional experiential avoidance strategies. ➤ Identification and amplification of the consequences of the inflexible pattern and opening of a flexible alternative. Physical metaphor of pushing worry/ rumination triggers. ➤ Discrimination training of the process of worry/rumination and its contents, contact with its consequences, and training in distancing from the triggers. Physical metaphor of circling the chair. ➤ Audio 1. Exercise aimed at developing the skill to differentiate between engaging in RNT or taking distance from triggers while choosing to act in a valued direction.
<hr/>	
Session 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 1. ➤ Training in multiple examples in distancing from worry/ rumination triggers: (a) Putting zoom to thoughts exercise, (b) Free association exercise, (c) Conscious fantasizing and worrying exercise, and (e) "I can't possibly..." exercise ➤ Audio 2. Exercise of observing thoughts in balloons from a hierarchical perspective.
<hr/>	
Session 3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 2. ➤ Observer exercise (modified to identify triggers of worry/rumination and contact with values). ➤ Clarification of values and identification of valued actions. Garden metaphor. ➤ Audio 3. Life movie exercise (contact with values and adversities).
<hr/>	
Session 4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Review of progress and difficulties experienced since Session 3. ➤ General review of the work done in the intervention. ➤ Exploration of the consequences of monitoring physical sensations as habitual behavior. Experiential exercise of monitoring vs. not monitoring. ➤ Identification of valued actions. ➤ Closing of the intervention.

Outcome Measures

Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21; Ruiz et al., 2017b). The DASS-21 is a scale that measures the main emotional symptoms: depression, anxiety, and stress. It consists of 21 items describing negative emotional states rated on a four-point Likert-type scale (3 = *it has happened to me a lot, or most of the time*; 0 = *it has not happened to me*).

General Health Questionnaire - 12 (GHQ-12; Ruiz et., 2017a). The GHQ-12 is a self-report that measures mental health status in recent weeks. The scale consists of 12 items answered on a Likert-type scale (0-1-2-3) and has six items in the positive direction and six in the negative direction. Scores equal to or greater than 12 indicate the possibility of experiencing an emotional disorder.

36-Item Short Form Survey (SF-36; García et al., 2014). The SF-36 is a questionnaire that measures the quality of life in relation to health. It is applicable to patients with different medical conditions and to the general population. This scale consists of 36 items that measure both positive and negative health states. The instrument contains eight subscales: Physical Function, Physical Role, Body Pain, General Health, Vitality, Social Function, Emotional Role, and Mental Health.

Sleep quality report. Four questions were used to measure sleep parameters: sleep latency, maintenance, degree of rest the following day, and sleep quality. The question on sleep latency was, "In general, during the last week, how long did it take you to fall asleep?" The response options were (a) It took me no time at all to fall asleep (less than half an hour), (b) It took me a while to fall asleep, but I managed to fall asleep (between half an hour and an hour), and (c) It took me a long time to fall asleep (more than an hour). The question on sleep maintenance was, "On average, how long did you manage to sleep during the night?" The response options were (a) *Less than one hour*, (b) *1 hour*, (c) *2-3 hours*, (d) *4-5 hours*, (e) *6-8 hours*, and (f) *More than 8 hours*.

The question on the degree of rest was, "On average, how tired did you feel in the mornings on a scale of 1-5? (1 = *extremely tired*, 5 = *very rested and energetic*). Finally, sleep quality was measured by the following item, "Overall, on a scale of 1 to 5, how would you rate the quality of your sleep during the past week? (1 = *very bad*, 5 = *very good*).

Process Measures

Penn State Worry Questionnaire - 11 (PSWQ; Ruiz et al., 2018b). The PSWQ assesses the general tendency to worry or trait worry and is widely used to measure the degree of worry characteristic of Generalized Anxiety Disorder. The scale has 11 items answered through a Likert-type scale from 1 to 5 (5 = *very much*; 1 = *not at all*).

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Ruiz et al., 2017c). The CFQ is a questionnaire consisting of seven items that responded on a 7-point Likert-type scale (7 = *always true*, 1 = *never true*) that measures cognitive fusion. Cognitive fusion refers to becoming entangled in thoughts, evaluations, judgments, and memories, thus behaving accordingly.

Valuing Questionnaire (VQ; Ruiz et al., 2022). The VQ consists of 10 items that evaluate how much one has acted in accordance with personal values during the last week. The VQ is answered on a Likert-type scale with seven response options (6 = *completely true*; 0 = *not at all*) and consists of two subscales: Progress in valued directions and Obstructing behaviors in those directions.

Procedure

Phase 1. Design of the Intervention Protocol and Researcher Training. The intervention protocol was designed based on previous studies that evaluated

the efficacy of RNT-focused ACT (Ruiz et al., 2018a, 2019). Subsequently, the first author was trained in applying the protocol over ten sessions using role-playing, modeling, shaping, and feedback. Previously, the therapist had received theoretical and practical training in ACT equivalent to 128 hours with the last author throughout her master's studies. Additionally, the therapist received supervision during the implementation of the interventions by the last author.

Phase 2. Recruitment of Participants. Recruitment was carried out through social network advertisements and other professionals' referrals. All potential participants were invited to an individual interview in which the objectives and methodology of the study were explained. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) diagnostic interview was applied to identify the presence of high suicidal risk, psychotic disorder, and abuse of psychoactive substances. Participants who met the inclusion criteria signed the informed consent and responded to the previously mentioned outcome and process measures. Those who did not meet the inclusion criteria were referred to clinical psychology services that offered inexpensive psychological consultation.

Phase 3. Baseline Data Collection. Participants were randomized as to when they would receive the intervention after 3 to 6 weeks of baseline. Participants were randomized using the software www.randomizer.org. The DASS-21, PSWQ-11, CFQ, and VQ instruments were administered every week during the established baseline period. To avoid participants' burden, the GHQ-12, SF-36, and the sleep quality report were answered only in the pre-treatment, post-treatment, and monthly follow-ups (total of five applications throughout the study).

Phase 4. Implementation of the Interventions. The protocol was implemented in 4 weekly individual sessions of approximately 1 hour each. During this time, the weekly measures indicated in the previous phase continued to be administered.

Phase 5. Post-Treatment Evaluation and Follow-up. One week after the end of the intervention, participants were summoned for the application of all the questionnaires described in the instruments section. Participants continued to complete the weekly measures during the following month every week. After this, they were summoned to reapply the same measures every month until the three-month follow-up was completed. All participants attended the follow-ups except P2, who declined to continue attending after the first month of follow-up. At the end of the last follow-up, the research was closed.

Data Analysis

The data were analyzed both individually and globally for the four participants. The nonparametric Tau-U test (Parker et al., 2011) was computed to perform intrasubject analysis on the weekly measures through the calculator <http://single-caseresearch.org/calculators/tau-u>. This test provides a nonoverlapping effect size between baseline and intervention data. One of the advantages of Tau-U compared to other nonparametric effect sizes is that it allows correcting for significant trends

during baseline. In addition, Tau-U allows for hypothesis testing to determine if there were statistically significant differences between phases. Tau-U values are between -1 and 1 and are interpreted as the percentage of data that improve through the baseline and intervention phases. This study presents all effect sizes in favor of the intervention phase as positive, regardless of whether its scores should decrease or increase.

The attainment of clinically significant changes was analyzed following a proposal similar to that presented by de Ruiz et al. (2018a). Claiming the presence of clinically significant changes required: (a) the Tau-U value to be statistically significant in favor of the intervention phase, and (b) to show a score at the 3-month follow-up closer to the mean of the nonclinical than the clinical population. To test the latter criterion, we consulted descriptive data obtained from scale validation studies (see Ruiz et al., 2018a).

Intrasubject changes in the GHQ-12 were analyzed by computing the reliable change index and clinically significant change according to the guidelines suggested by Jacobson and Truax (1991). It was established that a change of 10 points represented a significant change in the SF-36. Finally, changes in sleep quality parameters were considered significant when they changed in score in each aspect evaluated.

The between-subjects data analysis was performed by computing the effect size for multiple baseline designs developed by Hedges et al. (2012). This analysis provides a standardized mean difference that shares the same metric as Cohen's *d* effect size frequently used in group designs. This allows the comparison of effect sizes obtained in single-case experimental designs with those reported in group designs.

Results

Outcome Results

The evolution of the DASS-21 scores and each of its subscales throughout the study can be seen in Figure 1. Visual analysis reveals relatively stable baseline trends for most participants and measures. Although some baselines showed improvement or deteriorating trends, none were statistically significant.

P1 showed the lowest DASS-Total scores of the study. However, post-intervention scores tended to decrease after the intervention to minimal levels. Scores on DASS-Depression showed a spike at the 3-month follow-up, which may have been affected by the hospitalization of a family member in serious condition. Table 3 shows that the effect sizes were statistically significant for all variables and all changes were clinically significant. Similarly, P1 showed clinically significant changes on the GHQ-12 during post-treatment and all three follow-ups (see Table 4), with scores below the 12-point cutoff indicating the possible presence of emotional disturbance. Table 5 shows that this participant also showed significant improvements in sleep latency, tiredness, and sleep quality, although the number

Table 3
Tau-U Results and Clinically Significant Changes

		P1	P2	P3	P4
DASS – Total (emotional symptoms)	<i>Tau-U</i>	0.93	1.00	0.90	1.00
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.002	.002	.006	.005
	CSC	YES	NO	YES	YES
DASS – Depression	<i>Tau-U</i>	0.98	1.00	0.76	1.00
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.001	.002	.020	.005
	CSC	YES	YES	YES	YES
DASS – Anxiety	<i>Tau-U</i>	0.82	0.85	0.92	1.00
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.008	.008	.005	.005
	CSC	YES	NO	YES	YES
DASS – Stress	<i>Tau-U</i>	0.68	0.25	0.90	0.98
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.026	.44	.006	.006
	CSC	YES	NO	NO	YES
PSWQ-11 (pathological worry)	<i>Tau-U</i>	0.83	0.81	0.90	1.00
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.007	.012	.006	.005
	CSC	YES	YES	YES	YES
CFQ (cognitive fusion)	<i>Tau-U</i>	1.00	0.85	0.28	0.95
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.001	.008	.391	.007
	CSC	YES	YES	NO	YES
VQ – Progress (values progress)	<i>Tau-U</i>	0.13	0.71	-0.40	0.15
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.664	.028	.221	.671
	CSC	NO	YES	NO	NO
VQ – Obstruction (values obstruction)	<i>Tau-U</i>	0.43	1.00	-0.04	1.00
	SE	0.31	0.32	0.33	0.35
	p	.159	.002	.903	.005
	CSC	NO	YES	NO	YES

Note. CSC = Clinically significant change, CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

P2 showed very intense emotional symptoms during baseline, mainly in depression and anxiety. However, after the introduction of the intervention, she showed noticeable changes in both. Table 3 shows that the effect sizes were statistically significant for all variables except for DASS-Stress. However, P2 only experienced clinically significant changes in DASS-Depression because her total and DASS-Anxiety scores were still closer to the average of the clinical population than the nonclinical one. On the other hand, the participant did show clinically significant changes at post-treatment and one-month follow-up (last follow-up she agreed to answer) on the GHQ-12 (see Table 4). Similarly, Table 5 notes that P2 reported highly significant changes in all sleep parameters assessed. Finally, the participant showed significant improvements in all subscales of the SF-36 except Vitality (Table 6).

Table 4
Scores on the General Health Questionnaire – 12 for each Participant

	Pre	Post	1-month FU	2-month FU	3-month FU	Reliable change	Clinically significant change
P1	20	7	9	2	9	YES	YES
P2	29	2	3	--	--	YES	YES
P3	15	4	4	18	7	YES	YES
P4	31	7	7	4	4	YES	YES

Table 5
Sleep Latency, Maintenance, Tiredness, and Perceived Sleep Quality

	Assessment	Latency	Maintenance	Tiredness	Quality
P1	Pre	30-60 min	6-8 h	Normal	Normal
	Post	<30 min	4-5 h	Rested	Good
	1-month FU	<30 min	4-5 h	Rested	Good
	2-month FU	<30 min	6-8 h	Rested	Good
	3-month FU	<30 min	4-5 h	Rested	Good
P2	Pre	>60 min	2-3 h	Tired	Mala
	Post	<30 min	>8 h	Rested	Good
	1-month FU	<30 min	>8 h	Rested	Good
P3	Pre	>60 min	4-5 h	Extr. tired	Normal
	Post	<30 min	4-5 h	Normal	Good
	1-month FU	<30 min	4-5 h	Normal	Good
	2-month FU	30-60 min	6-8 h	Tired	Normal
	3-month FU	<30 min	6-8 h	Normal	Good
P4	Pre	>60 min	4-5 h	Normal	Normal
	Post	<30 min	4-5 h	Rested	Good
	1-month FU	30-60 min	4-5 h	Normal	Normal
	2-month FU	<30 min	6-8 h	Rested	Good

Assessment	Latency	Maintenance	Tiredness	Quality
3-month FU	30-60 min	6-8 h	Rested	Good

Note. Bold cells indicate an improvement in the indicator at the last follow-up. Underlined cells indicate a worsening in the indicator at the last follow-up.

P3 showed high scores on the DASS-21 throughout the baseline, especially on the anxiety subscale. The participant showed immediate changes upon introduction of the intervention that were maintained at the 1-month follow-up. However, at the 2-month follow-up, she showed a spike in scores associated with being in a divorce period. The scores decreased again at the three-month follow-up. Changes were statistically significant for all DASS-21 indicators, although clinical significance was not reached for the DASS-Stress (see Table 3). Scores on the GHQ-12 followed a similar evolution. The participant experienced clinically significant changes in all measurements except at the two-month follow-up. Likewise, all four sleep parameters showed significant improvements (Table 4). Finally, the participant experienced significant changes in all subscales of the SF-36 at the 3-month follow-up except for Physical Function.

P4 showed high emotional symptoms at baseline, especially depression and anxiety. Scores decreased dramatically at the start of the intervention. All Tau-U values were statistically significant, with clinically significant changes in all cases (Table 3). A similar conclusion can be reached by looking at the GHQ-12 scores in Table 4. Also, Table 5 shows that the participant improved in all sleep parameters assessed. In the SF-36, the participant experienced significant improvement in 5 of the eight subscales, although her score decreased in Emotional Role.

Table 6
Scores on the SF-36

	Assessment	Physical Function	Physical Role	Pain	General Health	Vitality	Social Function	Emotion Role	Mental Health
P1	Pre	45	45	45	45	45	38	67	60
	Post	75	100	42	57	50	75	100	60
	1-month FU	80	100	51	62	70	88	100	68
	2-month FU	75	100	70	16	70	100	100	12
	3-month FU	80	100	43	60	50	100	100	60
P2	Pre	40	0	0	5	50	38	0	44
	Post	25	25	10	30	50	13	34	52
	1-month FU	55	50	10	47	55	50	67	56
	2-month FU	60	0	10	15	35	13	0	48
P3	Pre	65	0	22	15	0	50	0	32
	Post	75	0	42	35	10	88	100	80
	1-month FU	85	75	51	50	35	88	100	84
	2-month FU	60	0	10	15	35	13	0	48

Assessment	Physical Function	Physical Role	Pain	General Health	Vitality	Social Function	Emotion Role	Mental Health
3-month FU	64	38	51	50	40	75	67	70
P4 Pre	65	0	30	12	15	38	34	12
Post	85	0	51	42	50	63	34	56
1-month FU	50	25	27	38	34	40	34	24
2-month FU	44	50	52	38	38	50	50	44
3-month FU	64	25	34	50	50	50	<u>17</u>	30

Note. Bolded values indicate an increase in scores at the last follow-up of at least 10 points. Underlined values indicate that the decrease in scores at the last follow-up was at least 10 points.

Process Results

Figure 2 presents the evolution of scores on the process measures. All four participants showed high scores on pathological worry (PSWQ) during baseline, mainly P3 and P4. All participants showed statistically and clinically significant changes after the introduction of the intervention.

Cognitive fusion (CFQ) scores were also high during baseline. P1, P2, and P4 showed statistically and clinically significant changes during the intervention. P3 showed declining scores during the follow-up period and ended with a low score at the last follow-up. However, given the slow evolution of scores, the Tau-U value did not reach a statistically significant level.

The evolution of scores on valued actions (VQ) was less clear. Participants showed average scores similar to the nonclinical population on VQ-Progress. Only P2 showed clinically significant changes in this subscale of the VQ. For the VQ-Obstruction, P1 and P3's scores at baseline were close to the average score for the nonclinical population. These participants showed no change in this variable. P2 and P4, who showed clinical scores at baseline, did show clinically significant changes.

Standardized Mean Differences

Table 7 presents the overall effect sizes obtained by the intervention on the variables that were assessed weekly. The effect sizes for DASS-Total and DASS-Depression were very large and statistically significant (DASS-Total: $d = 1.51$, 95% *CI* [0.01, 3.02]; DASS-Depression: $d = 1.83$, 95% *CI* [0.54, 3.11]). However, although the effect sizes were also large for DASS-Anxiety ($d = 0.95$) and DASS-Stress ($d = 0.89$), they were not statistically significant.

For process measures, effect sizes were very large and statistically significant for pathological worry and cognitive fusion (PSWQ-11: $d = 1.79$, 95% *CI* [0.77, 2.80]; CFQ: $d = 1.99$, 95% *CI* [0.95, 3.03]). The effect size for the VQ-Progress was null ($d = 0.01$), but the effect size was large and statistically significant for the VQ-Obstruction ($d = 0.93$, 95% *CI* [0.21, 1.65]).

Table 7
Design-Comparable Standardized Mean Differences

Measure	BC-SMD	SE	95% <i>CI</i> (lower)	95% <i>CI</i> (upper)
DASS-Total	1.51	0.61	0.01	3.02
DASS-Depression	1.83	0.56	0.54	3.11
DASS-Anxiety	0.95	0.48	-0.32	2.21
DASS-Stress	0.89	0.42	-0.16	1.93
PSWQ-11	1.79	0.49	0.77	2.80
CFQ	1.99	0.50	0.95	3.03
VQ-Progress	0.01	0.27	-0.53	0.55
VQ-Obstruction	0.93	0.33	0.21	1.65

Note. CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SE = standard error, VQ = Valuing Questionnaire.

Discussion

This study aimed to analyze the efficacy of a 4-session RNT-focused ACT protocol in patients with FM in relation to emotional symptoms, sleep quality, and health-related quality of life. All four participants showed clinically significant changes in at least one of the subscales of the DASS-21. All participants showed clinically significant changes in DASS-Depression and three in DASS-Anxiety. Scores on DASS-Stress were not as high and relevant in this study, although two participants also showed clinically significant changes. As for the DASS-Total, all participants showed statistically significant changes, and three of them showed clinically significant changes. The data obtained with the GHQ-12 are consistent. All the participants showed clinically significant changes, being clearly below the cutoff point for considering the presence of emotional disturbance. The effect of the intervention was also notable in the sleep parameters evaluated. All participants improved in latency, tiredness, and sleep quality. Finally, notable changes were also observed in the quality of life as measured by the SF-36. In particular,

all participants improved in Physical Role, General Health, and Social Function.

As for process measures, all participants showed clinically significant changes in pathological worry and three of them in cognitive fusion. However, changes in values were clearly more modest: only one participant showed clinically significant changes in VQ-Progress and two in VQ-Obstruction. This difference in intervention effect could be related to the fact that the participants did not show excessive impairment in values according to VQ scores.

The effect sizes comparable across designs were large and statistically significant for DASS-Total, DASS-Depression, pathological worry, cognitive fusion, and obstruction in values. These results are promising and compare very well with the weighted effect sizes found in recent meta-analyses of ACT efficacy in FM (Haugmark et al., 2019). This is important because brief psychological interventions are especially appropriate for patients with FM, given the frequent dropout and difficulty in attending interventions (Gómez-Pérez et al., 2020).

The high effect of the protocol in reducing pathological worry and cognitive fusion is similar to previous studies that analyzed the efficacy of brief, RNT-focused ACT interventions (Dereix-Calonge et al., 2019; Ruiz et al., 2016, 2018a, 2019, 2020a, 2020b). This might indicate that a significant process of change of the intervention could be the reduction of RNT, as found in Dereix-Calonge et al. (2019). However, we could not conduct a mediation analysis of the effect of the intervention because the number of assessment points was not sufficient. Future studies could make use of more intensive assessment through ecological momentary assessments. In addition, the large effect size found in the reduction of RNT is especially important in this context, given its relevance to FM compared to other chronic pain syndromes (Ricci et al., 2017).

Some limitations of the study are worth mentioning. First, the sample used was small, and further replications are needed to confirm the efficacy of brief RNT-focused ACT interventions. Second, the effect of the intervention was only assessed through self-report measures. Future studies could analyze the effect of the intervention in a clinical interview and behavioral tests of pain tolerance. Third, because the recruitment process was spread over several weeks, a nonconcurrent multiple baseline design was conducted. These designs have lower internal validity than concurrent designs, although additional limitations would not be particularly problematic in this type of study (see discussion in Ruiz et al., 2018b). Fourth, we did not measure pain intensity and interference directly as it is typical in studies investigating the efficacy of psychological interventions in chronic pain conditions. Further studies should analyze the effect of RNT-focused ACT interventions on pain intensity and interference and its relationship with RNT using ecological momentary assessment. Finally, all participants were women, which reduces the results' generalizability. However, this bias in the recruitment is understandable given the higher prevalence of FM in women.

In conclusion, this study should be considered a preliminary investigation of

the effect of brief RNT-focused ACT interventions in patients suffering from FM. This type of intervention holds promise, and the conduction of further studies is warranted. Additionally, this study extends the applicability of brief, RNT-focused ACT interventions to health conditions and has found similar results as previous studies that analyzed their effect on emotional disorders.

References

- Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 172, 33-48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for Fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2, 416-424. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0245>
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., Trillo-Meta, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Cardona-Arias, J. A., León-Mira, V., & Cardona-Tapias, A. A. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con Fibromialgia [Quality of life related to health in adults with Fibromyalgia]. *Revista Colombiana de Reumatología*, 20, 19-29. [https://doi.org/10.1016/S0121-8123\(13\)70009-4](https://doi.org/10.1016/S0121-8123(13)70009-4)
- Catala, P., Suso-Ribera, C., Gutierrez, L., Perez, S., Lopez-Roig, S., & Peñacoba, C. (2021). Is thought management a resource for functioning in women with Fibromyalgia irrespective of pain levels? *Pain Medicine*, 22(8), 1827-1836. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab073>
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Peña-Vargas, A., & Ramirez, E. S. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.005>
- Du, S., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhang, Y. (2021). Acceptance and commitment therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 59-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.022>
- Gálvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Moreno-Padilla, M., Reyes del Paso, G. A., & de la Coba, P. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in central pain sensitization syndromes: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(12), 2706. <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
- García, H. I., Vera, C. Y., & Lugo, L. H. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36 [Health-related quality of life in Medellín and its metropolitan area, with application of the SF-36]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, 26-39.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for Fibromyalgia: A meta-analysis. *International Association for the Study of Pain*, 15(2), 280-295. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.011>
- Gómez-Pérez, M. C., García-Palacios, A., Castilla, D., Zaragoza, I., & Suso-Ribera, C. (2020). Brief acceptance and commitment therapy for Fibromyalgia: Feasibility and effectiveness of a replicated single-case design. *Pain Research and Management*, 2020, 7897268. <https://doi.org/10.1155/2020/7897268>
- Hamilton, N. A., Atchley, R. A., Karlson, C. W., Taylor, D., & McCurdy, D. (2012). The role of sleep and attention in the etiology and maintenance of Fibromyalgia. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 81-93. <http://doi.org/10.1007/s10608-011-9390-y>
- Haugmark, T., Hagen, K. B., Smedslund, G., & Zangi, H. A. (2019). Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with Fibromyalgia—A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 14, e0221897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221897>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hedges, L. G., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2012). A standardized mean difference effect size for single-case designs. *Research Synthesis Methods*, 3(3), 224-239. <http://doi.org/10.1002/jrsm.1052>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado J., López-Del Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., Alda, M., Gill, M., & García-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for Fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *International Association for the Study of Pain*, 155, 693–702. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.029>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A. & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of Fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Malin, K., & Littlejohn, G. (2015). Rumination modulates stress and other psychological processes in Fibromyalgia. *European Journal of Rheumatology*, 4(2), 143-148. <http://doi.org/10.5152/eurjrheum.2015.0005>
- Moioli, B., & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y estado emocional de pacientes con Fibromialgia [Effects of psychological intervention on pain and emotional state of patients with Fibromyalgia]. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 12, 476-484.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Ricci, A., Bonini, S., Continanza, M., Turano, M. T., Puliti, E. M., Finocchietti, A., & Bertolucci, D. (2016). Worry and anger rumination in Fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, 68(4), 195-198. <http://doi.org/10.4081/reumatismo.2016.896>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2019) Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19, 261-276.
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., & Suárez-Falcón, J. C. (2017a). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017b). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 97–105.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018a). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020a). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356.
- Ruiz, F. J., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2018b). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples. *Anales de Psicología*, 34(3), 451–457. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.300281>
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020b). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 213–233.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017c). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- 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>
- Simister, H. D., Tkachuk, G. H., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for Fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 9(7), 1-13. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.004>

-
- Skarpsno, E. S., Nilsen, T. I. L., Sand, T., Hagen, K., & Mork, P. J. (2019). The joint effect of insomnia symptoms and lifestyle factors on risk of self-reported Fibromyalgia in women: longitudinal data from the HUNT Study. *BMJ Open*, *9*, e028684. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028684>
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., & McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for Fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, CD001980. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001980.pub3>

A BRIEF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY GROUP INTERVENTION ON SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BREVE DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

David Arjol

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8176-6937>

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Spain

Adrián Barbero-Rubio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6734-6765>

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Spain

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arjol, D., & Barbero-Rubio, A. (2022). A brief acceptance and commitment therapy group intervention on Systemic Lupus Erythematosus [Una intervención grupal breve de terapia de aceptación y compromiso en Lupus Eritematoso Sistémico]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 105-127. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1151>

Author's note

The authors declare that they have no conflict of interest.

This project was possible thanks to the financing granted by the Associated Center of the UNED of Pamplona, the Caja de Ahorros y Pensiones Banking Foundation of Barcelona, “la Caixa” and the Caja Navarra Banking Foundation; entities whose aims are the social, economic and cultural progress of Navarra.

Thank the ADELUNA association, without whose participation this study would not have been possible



Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a systemic autoimmune rheumatic disease of unknown etiology that mainly affects women of reproductive age. SLE causes a series of physical and psychological symptoms that, due to its chronic course, lead to a diminished quality of life. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is accumulating evidence supporting its usefulness in improving the psychological problems associated with SLE although research remains scarce. The aim of this study was to study the efficacy of a 10-hour brief ACT intervention protocol in group format in 15 patients with SLE from Navarra. Nine belonged to the experimental group ($n_1 = 9$) and six to the control group ($n_2 = 6$). Measures related to psychological flexibility processes and quality of life were taken before the intervention (pre), at the end (post), at one month and after three months (follow-up). The participants in the experimental group showed a substantial improvement in the degree of acceptance of pain and in variables focused on quality of life with respect to the control group. The improvements tended to be sustained over time. These results suggest that brief, group-based ACT interventions show promise for intervention in patients with SLE.

Keywords: systemic lupus erythematosus, acceptance and commitment therapy, third-generation therapies, functional contextualism, psychological intervention

Resumen

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática autoinmune sistémica de etiología desconocida que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. El LES provoca una serie de síntomas físicos y psíquicos que, debido a su evolución crónica, provocan una disminución de la calidad de vida. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) está acumulando evidencia que avala su utilidad en la mejora de los problemas psicológicos asociados al LES aunque la investigación sigue siendo escasa. El objetivo de este estudio fue estudiar la eficacia de un protocolo de intervención breve de 10 horas de ACT en formato grupal a 15 pacientes navarras con LES. Nueve pertenecieron al grupo experimental ($n_1 = 9$) y seis al grupo control ($n_2 = 6$). Se tomaron medidas relacionadas con procesos de flexibilidad psicológica y calidad de vida antes de la intervención (pre), al final (post), al primer mes y después de tres meses (seguimientos). Las participantes del grupo experimental mostraron una mejora sustancial en el grado de aceptación del dolor y en variables centradas en la calidad de vida respecto al grupo control. Las mejoras tendieron a mantenerse en el tiempo. Estos resultados sugieren que intervenciones breves y grupales de ACT son prometedoras para la intervención en pacientes con LES.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, terapia de aceptación y compromiso, terapias de tercera generación, contextualismo funcional, intervención psicológica

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disorder affecting numerous organ systems and therefore life threatening. This disease is difficult to diagnose as it does not have a clear etiology, and because damage to connective tissues, blood system and serosal membrane converge. However, some studies recognize the involvement of genetic and environmental factors in production of antibodies and development of clinical symptoms. SLE is mostly diagnosed among females, with the female to male ratio of 8:1 and are mostly 16-55 years old.

In addition to the difficulties presented by the course of symptoms, the disease involves experiencing psychological difficulties such as stress, anxiety, depression and numerous negative thoughts laden with discomfort. The way in which patients cope with these difficulties will result in more or less damage and impact on life. Patients could issue successive and systematic responses aimed at reducing psychological distress, prioritizing them over vital goals. This way of functioning, also called psychological inflexibility (Hayes et al., 2004), would end up undermining life.

In this decade there has been a movement towards the incorporation of strategies based on psychological flexibility in psychological interventions aimed at improving the quality of life of patients, both in public and private institutions. Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes et al., 2004; Wilson & Luciano, 2002) is the one that champion this type of strategies within what is known as contextual or 3rd generation therapies. ACT is a model of psychological intervention designed for the treatment of different psychological disorders that under the functional conception are defined as patterns of psychological inflexibility (Hayes et al., 2006; Luciano et al., 2021; Törneke et al., 2016). From this approach, the focus is not placed on modifying or altering the content of the symptoms, which can even exacerbate stress, anxiety or negative thoughts suffered by this type of patients (Morrison et al., 1995), in addition to increasing cognitive fusion and very limiting self-targeting (Bach & Hayes, 2002). On the contrary, the focus is on altering its discriminative function of inflexibility, that is, the relationship with problematic thoughts and sensations (with the symptoms), while altering the following of rigid rules that they continue to demand. Instead, a repertoire of vital functioning will be fostered and enhanced in which flexible rules are followed, oriented and motivated by what has meaning and a sense of personal worth for the patient.

The effectiveness of this approach on treating some psychological problems and increasing mental health is confirmed by the literature (Öst, 2014). In addition, the literature demonstrates its effectiveness in problems related to chronic diseases. For example, Trompetter et al. (2015) assessed the effect of acceptance-based psychological interventions on the burden of chronic pain in 238 cases (higher level of improvement perceived discomfort and psychological inflexibility, was observed in intervention group compared to the control group).

In relation to SLE patients, studies investigating the effectiveness of ACT on the psychological effects of SLE are scarce. Quirosa (2011) analyzed the efficacy of a brief 11-hour protocol, consisting of 6 sessions (2 individual and 4 group ses-

sions), in improving the quality of life and personal functioning of patients with SLE. The results showed that the ACT protocol produced clinically and statistically significant post-treatment improvements in all variables except medical parameters and in the reduction of medication consumption in patients who followed the ACT protocol compared to patients in the control group. Furthermore, they found that these improvements were maintained over time. In short, ACT promoted psychological flexibility. More recently, Saheberi et al. (2019), published an ACT intervention aimed at SLE, obtaining as a result the enhancement of psychological flexibility.

The aim of the present study is to add further evidence of ACT interventions in patients with SLE. Specifically, given the characteristics of the hospital settings where these patients are found, we propose to analyze the efficacy of shorter protocols than those offered in previous literature and mainly group-based.

Method

Participants

The sample was made up entirely of women, all of them members of the Lupus Association of Navarra (ADELUNA). Altogether, 15 women participated, nine of them were assigned to the experimental group (EG) and six to the control group (CG). They all satisfied the inclusion and exclusion criteria of the study (Table 1). The average age of the EG was 46.89 years ($SD = 11.94$), while that of the CG was 49.83 ($SD = 8.33$). The average years of evolution of the disease in the EG was 14.44 ($SD = 12.59$) and in the CG was 15.4 ($SD = 11.06$). The 11.11% of the participants in the EG had primary studies, the 44.44% had FP studies, and the other 44.44% had university studies. In the CG, half (50%) had university studies and the other half, in equal parts, had primary studies (16.67%), baccalaureate studies (16.67%) and FP studies (16.67 %).

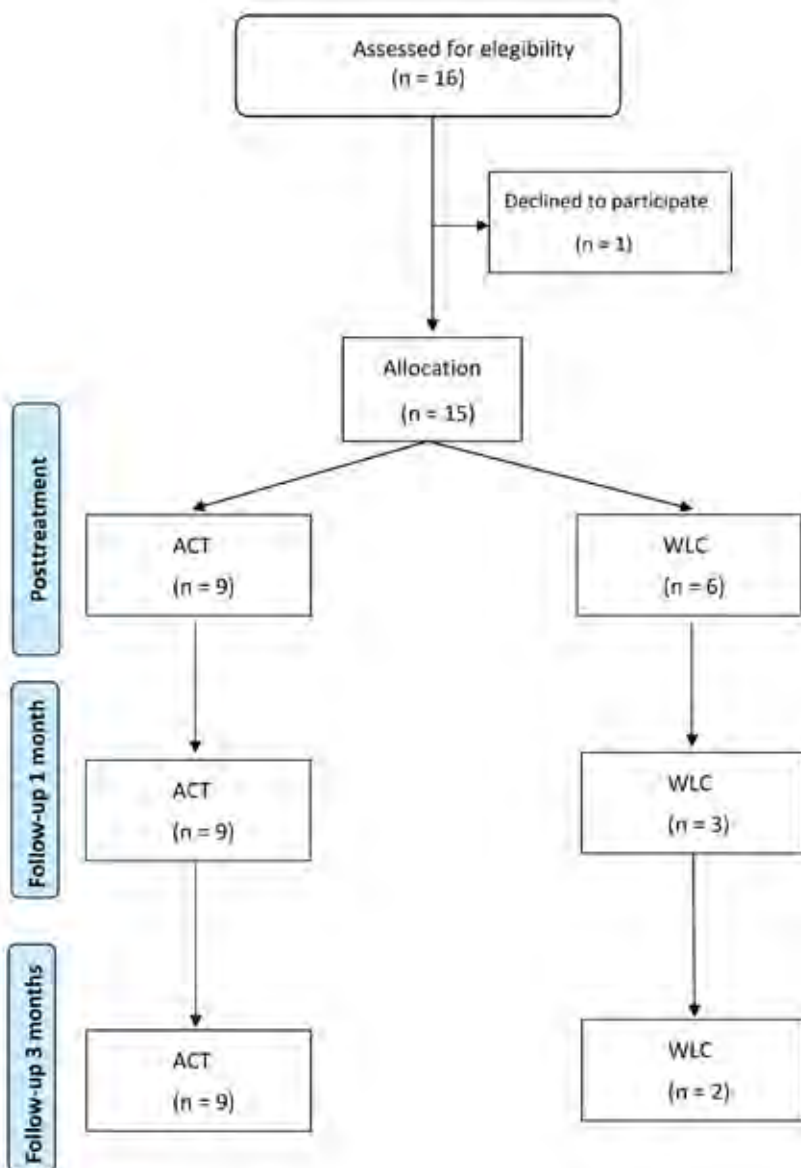
Table 1
The Inclusion and Exclusion Criteria of the Study

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
<ul style="list-style-type: none"> • To have a diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus (at least 4 of the 11 criteria in the ACR classification). • To be over 18 years old. • To be willing to attend assessment and treatment sessions. • To be willing to complete the questionnaires. • To be in clinical remission. 	<ul style="list-style-type: none"> • Being hospitalized. • To be participating in another study. • To be illiterate. • To be receiving currently another psychological intervention. • To have neuropsychiatric symptoms (hallucinations, delusions, seizures).

There was no dropout in the experimental group, however, the experimental mortality in the control group in the post phase was 6.25%. In the one-month follow-up phase, experimental mortality in this group increased 23.53%. Finally,

in the follow-up phase at three months, the experimental mortality rose to 71.43%. These women did not differ significantly from the rest in the pre measures. Figure 1 shows the flow of the participants in the study.

Figure 1
Participants Flow Throughout the Study



Measures and Instruments

- **Quality of Life.** Measure with the Medical Outcome Study Short Form 36, (MOS-36, McHorney et al., 1992). It is the most used and recommended measure of quality of life associated with health and is considered the instrument of choice to measure it in SLE (v.g. Alarcón et al., 2004; Doria et al., 2004; Freire et al., 2007; Greco et al., 2004; Jolly, 2005; Moore et al., 2000; Navarrete et al., 2010; Rinaldi et al., 2006; Thumboo & Strand, 2007; Yelin et al., 2009). The scores obtained in each subscale (0-100) follow a gradient of “higher score, better state of health”. It is made up of 36 items and 8 subscales. For this study, only three subscales were used (spanish validation: Vilagut et al., 2005): Social Function (ability to carry out normal social activities without interference from physical or emotional problems); Vitality (feeling of enthusiasm and energy presented by the patient) and Mental Health (feeling of peace, happiness and tranquility). The full scale has shown a reliability higher than 0.7. In this sample of SLE patients, the complete instrument showed a reliability of .947. The subscales used the following reliability: Mental Health (.902), Vitality (.853), and Social Function (.815).
- **Anxiety.** Measure with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond, & Snaith, 1983). The complete questionnaire is made up of 14 items, seven of which measure anxiety and seven, depression. The response format is a four-point Likert-type scale where the person must rate the frequency or intensity with which certain responses defined as anxiety occur (e.g. “*I have a feeling of fear, as if something terrible were to happen to me*”) or depression (e.g. “*I have lost interest in my physical appearance*”). The instrument has good psychometric properties: internal consistency, external validity, construct validity and sensitivity (Johnston et al., 2000). The adaptation to Spanish was validated by Herrero et al. (2003) and it also has adequate psychometric properties: the full scale has a reliability (alpha) of 0.90; the anxiety subscale, an alpha of 0.85; and, the depression subscale, an alpha of 0.84. This instrument has been studied in samples of physical and chronic diseases and its use has been recommended by the Spanish Society of Rheumatology (Rivera et al., 2006; Terol-Cantero et al., 2015).
- **Depression.** Measure with HADS. The depression scale focuses primarily on anhedonia, leaving aside the somatic symptoms of the syndrome. In this sample, the full scale showed a reliability of .897, while the subscales: Anxiety (.843) and Depression (.814).
- **Degree of pain acceptance.** Measure with the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ, McCracken et al., 2004). It is made up of 20 items, which are grouped into two subscales: *involvement in activities*, which reflects the performance of activities even in the presence of pain (e.g. “*I*

am becoming more and more familiar with the idea of living regardless of the level of pain I have”); and, willingness to experience pain, which shows the lack of attempts to avoid or control pain (e.g. “before making any plan, I have to get some control over my pain”). The response format is a Likert scale from 0 (never true) to 6 (always true). The total score (sum of both subscales) was used to measure pain acceptance. The questionnaire was adapted and validated in the Spanish population with fibromyalgia patients, and has previously been used in the context of our country in SLE patients (Quirosa, 2011; Rodero et al., 2010). This instrument has consistently exhibited good psychometric properties: adequate test-retest reliability ($r=0.83$), internal consistency reliability (Cronbach’s α of 0.83) and construct validity (Vowles et al., 2008). In this sample the complete instrument showed a reliability of .794. The Subscale Involvement in Activities exhibited a reliability of .837; and the subscale Open to Pain, presented a reliability of .689.

- **Valuable Areas Affected.** Measure with the Values Questionnaire (VQ, Wilson et al., 2010: adapted to Spanish by Wilson & Luciano, 2002). It consists of two parts. In the first part, the person values the importance that ten domains have for him; in the second part, it values the consistency with which it carries out actions in the same ten domains. The response format is a likert scale ranging from 1 to 10. The domains are: family (different from husband or children); husband/partner/intimate relationships; child care; friendships and social life; job; education/training; leisure/fun; spirituality; citizenship/community life; and, physical care (diet, exercise, rest). By affected area is understood that area rated in importance with a six or more and in consistency with a six or less. In this sample the instrument exhibited a reliability of .782. The Consistency subscale showed a reliability of .677, while for Importance it was .808.
- **Percentage of consistency in the action to values.** Measure with VQ (Wilson & Luciano, 2002). Unlike the discrepancy proposed in the original questionnaire, following Quirosa (2011), a percentage measure was used, due to the advantage it provides by being able to compare the functioning of two or more people, regardless of the number of areas valuable and what areas are. The consistency percentage is calculated as follows: the proportion of the consistency summation with respect to the importance summation of those areas scored with a six or more. For example: a participant scores eight areas in importance with a six or more, the sum of importance gives a value of 71, while the sum of those same areas gives a value of 43; then, the proportion of consistency in the performance to values for that participant is 0.6056, giving a percentage of 60.56%.

Procedure

Initially, 16 ADELUNA's members answered the participation form. Nine women agreed to attend the sessions on the scheduled dates and agreed with the remaining seven who would form part of the CG, assuming the commitment to carry out the evaluations in the pre, post and follow-up sessions. One of the participants in the CG did not answer the questionnaires that were sent by email in the posttest and it was not possible to contact her, so the control group was made up of six women. Finally, only three women in the CG answered the questionnaires at the follow-up one month after the end of the intervention, and only two did so at the three-month follow-up, despite the researcher's efforts to do so.

The intervention protocol was designed according to the ACT model (Wilson & Luciano, 2002) and consisted of nine sessions, five of which were intervention sessions and four, assessment sessions (see appendix). The periodicity of the sessions was weekly (one session a week), except for the last two follow-up sessions. The intervention sessions, pre, post assessment and the first follow-up session, were face-to-face; while the three-month follow-up session was conducted online. In the case of the control group, all assessments were carried out on-line. All face-to-face sessions were group and lasted two hours.

Ethical Approval-Informed Consent

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Research Design and Data Analysis

A quasi-experimental design was assumed, of two groups (experimental and control), with non-random allocation, of convenience (depending on the availability to attend the sessions). The total sample consisted of 15 women ($N = 15$). Nine belonged to the EG ($n_1 = 9$) and six, to the CG ($n_2 = 6$). In both groups, measures were taken before the intervention (pre), at the end (post) and after one and three months (follow-ups). Therefore, it was a longitudinal panel design, where intra and inter-subject comparisons were made.

Results

Sample Characteristics and Equivalence of Conditions at Pretreatment

There were no differences between groups in the variables analyzed at the pre-test.

Between-Group Differences Outcomes

Table 2 shows the results of the comparisons between both groups in the post-test. Both groups differed significantly in the Degree of Acceptance of Pain. The experimental group showed greater acceptance of pain than the control group. In the rest of the variables, no significant differences were found.

Table 2
Between-Group Differences Outcomes

	ACT	WLC	Between-group differences	
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SF-36 – Vitality	12.89 (3.26)	12.67 (3.93)	24	.78
SF-36 – Social Function	9.11 (1.83)	7.5 (2.07)	13.5	.11
SF-36 – Mental Health	20.89 (3.79)	18.67 (5.28)	19.5	.39
HADS – Anxiety	7.44 (4.25)	9.5 (3.73)	9	.39
HADS – Depression	4.44 (2.83)	5.83 (3.37)	20	.46
CPAQ	75 (10.43)	62.83 (6.82)	8	.03*
QV - Valuable Areas Affected	4(1.5)	3.17 (1.72)	18.5	.33
QV - Consistency in acting on values	75 (11.38)	82.86 (15.28)	17	.27

Note. * $p \leq 0.05$.

Comparisons at follow-ups are not shown here given the high experimental mortality. However, in figure 2 the trend in the main variables of each experimental and control participant can be visually appreciated.

Figure 2
Results with Long-Term Follow-Up. Participants 1-9 Were Part of the Experimental Group, While Participants 10-15, of the Control Group

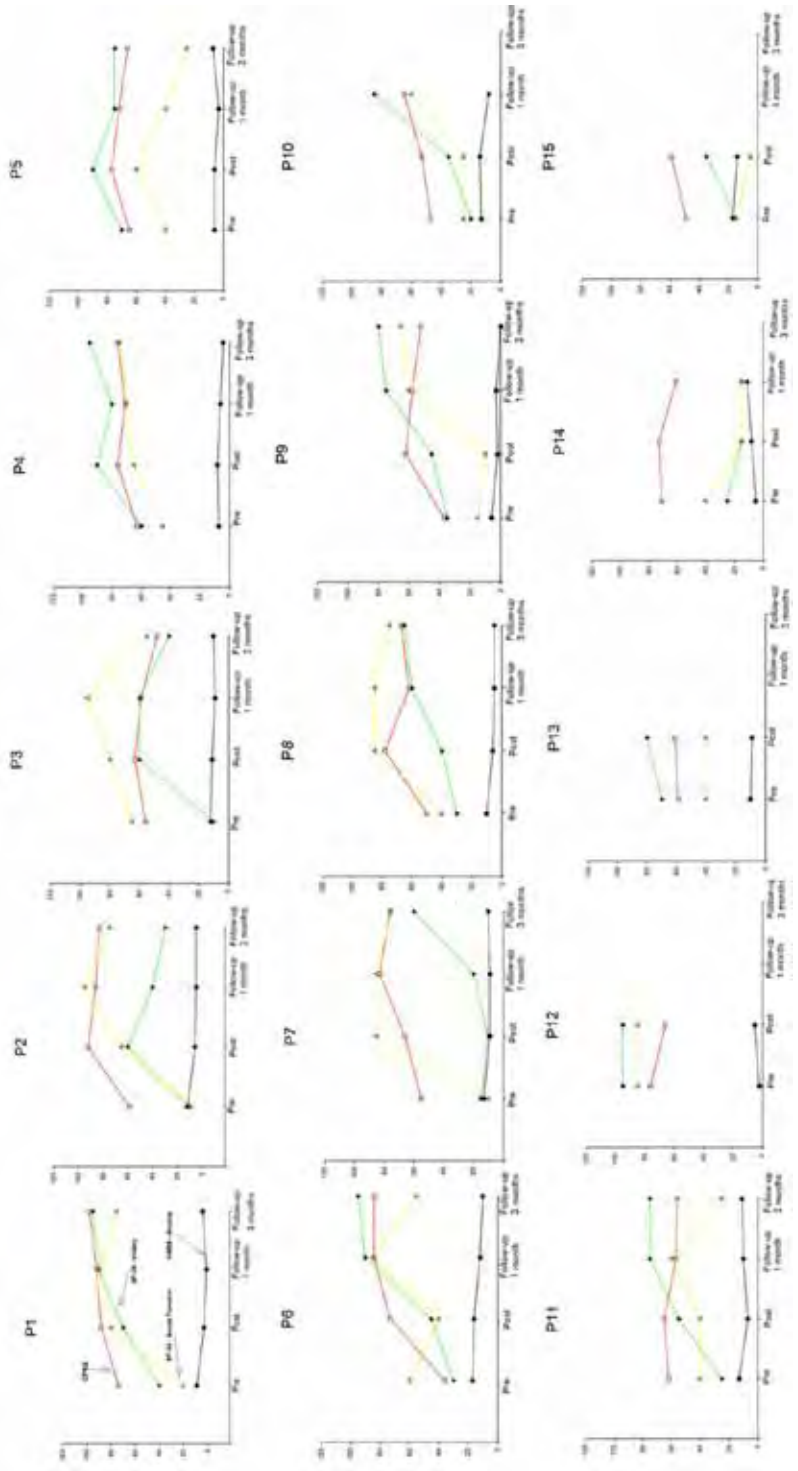


Figure 2

Results with Long-Term Follow-Up. Participants 1-9 Were Part of the Experimental Group, While Participants 10-15, of the Control Group.

The visual analysis by participant shows us a definite pattern in the participants who received the ACT protocol. In all of them, pain acceptance and at least one quality of life variable increases, while anxiety is experiencing a slight decline. In the control group participants, the pattern is very arbitrary, with no clear trends.

Intra-group Differences Outcomes

Table 3 shows the means for the experimental group through the four moments in which measurements were taken, while for the control group they are shown in Table 4. Significant differences were found in the experimental group in Social Function and Degree of Acceptance of Pain between pre and post-test, in both cases towards a better functioning in both dimensions. Between the post-test and the one-month follow-up, no significant difference was found, although the scores for all variables improved. However, when comparing the pre-test and the follow-up at one month, statistically significant differences were observed in Vitality, Social Function, Mental Health, Anxiety and Degree of Acceptance of Pain. No statistically significant difference was found in the variables between the one-month follow-up and the three-month follow-up. However, when comparing the time prior to treatment and the time of follow-up at three months, there were statistically significant differences in Vitality, Mental Health, Social Function, and Anxiety. Unlike the experimental group, in the control group no difference was found that was statistically significant when comparing the different moments.

Table 3
Wilcoxon Test of the ACT Group through the Four Moments

	Group's ACT Wilcoxon test											
	Pre-Post	p	Post-follow-up 1 month	p	Follow-up 1 month - Follow- up 3 months	p	Pre- Follow-up 1 month	p	Pre- Follow-up 3 months	p		
SF-36 – Vitality	-1.68	.09	-.63	.53	-1.349	.177	-2.68	.01*	-2.561	.01*		
SF-36 – Social Function	-2.24	.03*	-1.80	.07	-.774	.439	-2.69	.01*	-2.075	.038*		
SF-36 – Mental Health	-1.07	.29	-.56	.57	-1.732	.083	-2.19	.03*	-2.677	.007*		
HADS – Anxiety	-1.55	.12	-1.63	.10	-.06	.952	-1.96	.05*	-1.965	.049*		
HADS – Depression	-.99	.32	-2.54	.79	-.211	.833	-1.71	.09	-1.304	.192		
CPAQ	-2.24	.03*	-.06	.95	-.14	.889	-2.55	.01*	-1.897	.058		
QV - Valuable Areas Affected	-.64	.53	-.67	.51	-1.194	.233	-.34	.73	-.318	.75		
QV - Consistency in acting on values	-1.01	.31	-1.24	.21	-1.244	.214	-.18	.86	-.533	.594		

Note. *ps<0.05, **ps<0.01

Table 4
Wilcoxon Test of the WLC Group through the Four Moments

Group's WLC Wilcoxon test										
	Pre-Post	p	Post-follow-up 1 month	p	Follow-up 1 month - Follow-up 3 months	p	Pre-Follow-up 1 month	p	Pre-Follow-up 3 months	p
SF-36 – Vitality	-.67	.50	.00	1.00	-1	.317	.00	1.00	-1.342	.18
SF-36 – Social Function	-.18	.85	-1.73	.08	-1.342	.18	.00	1.00	-1.342	.18
SF-36 – Mental Health	-.74	.46	-1.60	.11	-.447	.655	.00	1.00	-1.414	.157
HADS – Anxiety	.00	1.00	-.54	.59	-1.414	.157	.00	1.00	-1.342	.18
HADS – Depression	-.94	.35	-.82	.41	-1.342	.18	.00	1.00	0	1
CPAQ	-.31	.75	.00	1.00	-.447	.655	.00	1.00	-.447	.655
QV - Valuable Areas Affected	-.54	.59	-1.07	.29	-1	.317	-1.07	.29	-1	.317
QV - Consistency in acting on values	-.94	.35	-1.07	.29	-.447	.655	-.48	.66	-1.342	.18

Longitudinal Study of the Experimental Group

The Friedman test was used and statistically significant differences were found in Vitality ($\chi^2 = 15.17, p = .002$), Social Function ($\chi^2 = 17.63, p = .001$), Mental Health ($\chi^2 = 8.898, p = .031$) and in Degree of Acceptance of Chronic Pain ($\chi^2 = 8.59, p = .035$). No significant differences were found for the rest of the variables: Anxiety ($\chi^2 = 5.79, p = .122$), Depression ($\chi^2 = 2.82, p = .421$), and Percentage of Consistency in Action at Values ($\chi^2 = 2.47, p = .481$).

Clinical Significance

Quality of Health

Considering the criterion of clinical improvement, 7 participants of the ACT group showed improvement in the post-test compared to the pre-test; while 9 participants, all of them from the ACT group, exhibited clinically significant improvement in quality of life at the time of follow-up at one month compared to the pretest. That is: 88.89% of the participants in the ACT group improved in this measure. Of the participants in the control group, only participant 10 showed clinically significant improvement in quality of life at the time of one-month follow-up compared to the pretest.

At the 3-month follow-up, only participants 1 and 4 in the experimental group exhibited a clinically significant improvement over the 1-month follow-up. Regarding the pretest, at the three-month follow-up, 6 participants showed that they maintained clinical improvement. Again, no participant in the control group showed improvement; they had, in fact, gotten worse.

Anxiety and Depression

According to the clinical criteria, six women in the ACT group improved in Anxiety. The remaining three started with low anxiety and remained at the same level in the three-month follow-up. Therefore, all the women who could improve did so. In contrast, no women in the control group improved.

Regarding Depression, 44% of the participants in the ACT group started with a clinical score, compared to 50% in the control group. This percentage was reduced in both groups, but more in the ACT group. At the post and at the 1-month follow-up, 22% of the ACT group was within the clinical range, compared to 33% of the control group. At the last follow-up, 33% of the ACT group had a clinical score; none of the control group participants had it.

Degree of Acceptance of Chronic Pain

Eight of the nine women in the ACT group were below the clinical score before the intervention; four of the six women in the control group were also below. After the intervention, only two women in the ACT group were still below the clinical score, while the same four women in the control group were still below. At the

one-month follow-up, the number of women in the ACT group who were below the clinical score rose to three, while all the women in the control group did so below. Finally, in the three-month follow-up, two women from the experimental group were below the clinical criteria and one of the two women evaluated from the control group, too.

Percentage of Consistency in the Performance of Values

The ACT group started with 22% of the participants within the clinical range. This percentage was maintained in the post and in the follow-up at one month; in the last follow-up, it was reduced to 11%. No participants in the control group had a clinical score in the pre. In the post it was presented by 22% of the participants; and 33% in the follow-up per month. At the last follow-up, none of the participants scored clinically.

Valuable Areas Affected

Both groups started with a good starting level: only 32% of the ACT group had a clinical score, and only 25% of the control group. In the post-test there was and rebound in the ACT group (70%), while in the control group it occurred in the follow-up at one month (100%). In the end, both groups ended up with levels similar to those they had at the beginning (ACT group, 35%; and control group, 22%).

Discussion

The results showed that, in general, the intervention protocol was effective in increasing the quality of life of the participants in the experimental group. This improvement occurs in emotional (Anxiety and Depression) and regulation (Acceptance of Chronic Pain and in Quality of Life) variables. And they did it unlike the control group, in which no change was appreciated. In some participants in the control group, even a worsening was observed in certain measures. An improvement in pain acceptance impacts how patients view other symptoms and these results are consistent with those obtained by previous studies (Sahebari et al., 2019; Quirosa, 2011).

A pattern of results consistent with the previous literature was found, where the clinical significance of the results of the intervention was greater than statistical significance, and where more differences were found in intragroup comparisons than in intergroup comparison (Fangtham *et al.*, 2019; Greco et al., 2004; Quirosa, 2011; Rafie et al., 2020; Sahebari et al., 2019). The effects of the intervention tended to be maintained over time, even with the possible adverse effects that the health crisis caused by the coronavirus could cause. Due to the relationship between the acceptance of chronic pain (the most frequent and core symptom of SLE) and the acceptance of the disease, the improvements in this measure could have mediated improvements in quality of life and emotional variables; however, more research is required to clarify this mediating effect.

The clinical significance revealed the effect of the intervention more clearly. According to the data, it seems clear that the intervention produced an improvement in the quality of life at the end of the treatment, however, the subsequent rebound could be due to the fact that the effect of the treatment was diluted over time, that is, it was not maintained, or it can be explained by the health emergency situation generated by the coronavirus pandemic and the confinement. If we take into account the assumed clinical improvement criterion, the difference between the two groups is clearly seen in that seven women in the experimental group fulfilled it, compared to none in the control group. At the one-month follow-up, the nine participants in the experimental group improved and only one woman in the control group did. At the three-month follow-up, six women in the experimental group maintained the improvement compared to none in the control group, who not only had not improved, but had worsened. Take into account the influence that the health emergency situation, state of alarm and confinement caused by the coronavirus could produce on this variable. Even with this influence of extraordinary occurrence, the results agree with those of Quirosa (2011).

The experimental group clinically improved in emotional variables, but it did so especially in Anxiety. Both groups started with higher levels of anxiety and the improvement was also greater in this measure. This result obeys the biphasic pattern typical of SLE: the depressed mood is more typical of newly diagnosed patients, who have only recently learned that they suffer from a chronic disease and have to cope with the process of mourning for their lost health. On the other hand, anxiety is a normal emotion when the diagnosis already has a certain path, the disease is controlled but there is great uncertainty around possible outbreaks and complications that may arise (Galindo et al., 2017; Guide Working Group of Clinical Practice on Systemic Lupus Erythematosus, 2015; Pérez & Otero, 2014). However, what is important here is that there were large improvements in quality of life even with anxiety levels present throughout the intervention, in other words, just what is predicted when a pattern of psychological flexibility is present. In this line, the variable that most reflected the advantages obtained thanks to the intervention was the Degree of Acceptance of Pain. ACT is a treatment specifically aimed at promoting acceptance or psychological flexibility and its effect has been remarkable in this measure of acceptance. The benefits are considerable and are consistent with those reported by other authors (McCracken et al., 2004; Quirosa, 2011).

In addition, the different experimental mortality suffered in both groups should not be overlooked. While all participants in the experimental group completed the study, the control group suffered a high experimental mortality. Treatment favors adherence to the protocol techniques, which produces specific improvements. But in addition, such adherence also produces nonspecific benefits (social support, social identity, modeling ...) that should be studied in future research with more sample (their low number is the main limitation of this study).

Finally, contrary to expectations, no improvements were found in the varia-

bles related to the commitment to acting on values and the value areas affected. In this sense, it is interesting to note that numerous clinical experiences find a degree of discordance between the report of commitment to the valued action and the performance of the valued action itself. Thus, future studies should improve the sensitivity of this type of measurement.

Definitely, this work has provided evidence about how a short 10-hour protocol based on ACT can improve the functioning and quality of life of people with SLE; the conceptualization of psychological problems and the loss of quality of life suffered by patients with SLE as experiential avoidance problems is novel; the protocol studied is shorter than the ACT protocols that have been studied (Haupt et al., 2005; Navarrete et al., 2010) and is similar to those studied in the most recent period (Rafie et al., 2020; Sahebari et al., 2019), a fact that favors adherence to treatments and reduces interference in the daily life of the participants (Seawell & Danoff-Burg, 2004); has demonstrated the potentiality of application of the treatment in other chronic diseases, some of them frequent comorbidities of SLE; and, it has shown that it is not necessary for patients to be within clinical ranges in order to benefit from this protocol, as was the case in the study by Quirosa (2011). For all these reasons, we believe that this company has value for the health authorities insofar as its group format and its short duration reduce the necessary investment both in terms of money and time.

References

- Alarcón, G. S., McGwin, G. Jr., Uribe, A., Friedman, A. W., Roseman, J. M., Fessler, B. J., Bastian, H. M., Bathge, B. A., Vilá, L. M., & Reveille, J. D. (2004). Systemic Lupus Erythematosus in a multiethnic Lupus Cohort (LUMINA). XVII. Predictors of self-reported health related quality of life early in disease course. *Arthritis Care Research*, *51*(3), 465-474. <https://doi.org/10.1002/art.20622>
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(5), 1129. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1129>
- Doria, A., Rinaldi, S., Ermani, M., Salaffi, F., Iaccarino, L., Ghirardello, A., Zampieri, S., Della-Libera, S., Perini, G., & Tudesco, S. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with Systemic Lupus Erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, *43*(12), 1580-1586. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh392>
- Fangtham, M., Kasturi, S., Bannuru, R. R., Nash, J. L., & Wang, C. (2019). Non-pharmacologic therapies for systemic lupus erythematosus. *Lupus*, *28*(6), 703-712. <https://doi.org/10.1177/0961203319841435>
- Freire, E. A., Maia, I. O., Nepomuceno, J. C., & Ciconelli, R. M. (2007). Damage index assessment and quality of life in Systemic Lupus Erythematosus Patients (with Long-Term Disease) in Northeastern Brazil. *Clinical Rheumatology*, *26*(3), 423-428. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0517-6>
- Galindo, M., Molina, R. A., & Álvarez, J. P. (2017). Lupus Eritematoso Sistémico (I). Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Historia natural. Pruebas diagnósticas. Diagnóstico diferencial [Systemic Lupus Erythematosus (I). Etiopathogenesis. Clinics Manifestations. Natural History. Diagnostic tests. Differential diagnosis]. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *12*(25), 1429-1439. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.01.001>
- Greco, C. M., Rudy, T. E., & Manzi, S. (2004). Effects of a stress-reduction program on psychological function, pain and physical function of Systemic Lupus Erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis Care & Research*, *51*(4), 625-634. <https://doi.org/10.1002/art.20533>

- Guide Working Group of Clinical Practice on Systemic Lupus Erythematosus. (2015). *Guía de práctica clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico* [Clinical practice guide about Systemic Lupus Erythematosus]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Guías de Práctica Clínica en el SNS. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.01.013>
- Haupt, M., Millen, S., Jänner, M., Falagan, D., Fisher-Betz, R., & Schneider, M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with Systemic Lupus Erythematosus: a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(11), 1618-1623. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.029926>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & 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., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In S. C. Hayes, & K. D., Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Balbuena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 579-584. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00102-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00102-1)
- Jolly, M. (2005). How does quality of life of patients with Systemic Lupus Erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *Journal of Rheumatology*, 32, 1706-1708.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B., & MolinaCobos, F. J. (2021). Terapias contextuales [Contextual Therapy]. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (167- 199). Síntesis.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, R., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-Item Short form health survey (SF-36). III. Tests of data quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
- Moore, A. D., Petri, M. A., Manzi, S., Isenberg, D. A., Gordon, C., Senecal, J. L., Pierre, Y., Joseph, L., Penrod, J., Fortin, P. R., Sutcliffe, N., Goulet, J. R., Choquette, D., Grodzick, T., Esdaile, J. M., & Clarke, A.E. (2000). The use of alternative medical therapies in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 43(6), 1410-1418. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200006\)43:6<1410::AID-ANR27>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200006)43:6<1410::AID-ANR27>3.0.CO;2-U)
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 265-280. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015873>
- Navarrete, N., Peralta, M. I., Sabio, J. M., Hidalgo, C., Coín, M. A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Callejas-Rubio, J. L., & Jiménez-Alonso, J. (2010). Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment for chronic stress in patients with Lupus Erythematosus: a randomized control trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(2), 107-115. <https://doi.org/10.1159/000276370>
- Öst, L.G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pérez, Y. E., & Otero, I. (2014). Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico [Quality of life, anxiety, depression and dispositional optimism in patients with systemic lupus erythematosus]. *Psicogente*, 17(31), 107-119. <https://doi.org/10.17081/psico.17.31.1473>
- Quirosa, T. (2011). *Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al Lupus Eritematoso Sistémico* [Application of acceptance and commitment therapy in the treatment of psychological problems associated with systemic lupus erythematosus] [Doctoral Dissertation, Universidad de Almería]. <http://metodoquirosa.com/wp/wp-content/uploads/2017/06/TESIS-DOCTORAL-Aplicaci%C3%B3n-de-la-Terapia-de-Aceptaci%C3%B3n-y-Compromiso-en-el-tratamiento-de-problemas-psicol%C3%B3gicos-asociados-al-Lupus-Eritematoso-Sist%C3%A9mico-.pdf>
- Rafie, S., Akbari, R., Yazdani-Charati, J., Elyasi, F., & Azimi-Lolaty, H. (2020). Effect of mindfulness-based metacognitive skills training on depression, anxiety, stress, and well-being in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 30(183), 11-21. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-13641-en.html>

- Rinaldi, S., Ghisi, M., Iaccarino, L., Zampieri, S., Ghirardello, A., Sarzi-Puttini, P., Ronconi, L., Perini, G., Todesco, S., Sanavio, E., & Doria, A. (2006). Influence of coping skills on health-related quality of life in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care and Research*, 55(3), 427-433. <https://doi.org/10.1002/art.21993>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A., & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la Fibromialgia [Consensus document of the Spanish society of rheumatology on Fibromyalgia]. *Reumatología Clínica*, 2(1), 55-66. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J. M. (2010). Validation of the spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in Fibromialgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-37>
- Sahebari, M., Ebrahimabad, M. J., Shoraketokanlo, A. A., Sharbaf, H. A., & Khodashahi, M. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in reducing disappointment, psychological distress, and psychasthenia among Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(2), 130-136. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i2.992>
- Seawell, A. H., & Danoff-Burg, S. (2004). Psychosocial research on Systemic Lupus Erythematosus: a literature review. *Lupus*, 13(12), 881-889. <https://doi.org/10.1191/0961203304lu1083rr>
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas [Review of studies of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in Spanish samples]. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Thumboo, J., & Strand, V. (2007). Health-related quality of life in patients with Systemic Lupus Erythematosus: an update. *Annals Academy of Medicine*, 36(2), 115-122. <https://doi.org/10.1177/0961203310374309>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). RFT for clinical practice. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). Wiley.
- Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38(1), 66-80. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9579-0>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, M., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos [The Spanish SF-36 Health Questionnaire: A decade experience and new developments]. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-50. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., McLeod, C., & Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, 140(2), 284-291. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.08.012>
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores [Acceptance and commitment therapy (ACT). A value-oriented treatment]*. Pirámide.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- Yelin, E., Tonner, C., Trupin, L., Panopolis, P., Yazdany, J., Julian, L., Katz, P., & Criswell, L. A. (2009). Work loss and work entry among persons with Systemic Lupus Erythematosus: comparisons with a national matched sample. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 247-258. <https://doi.org/10.1002/art.24213>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). H.A.D.S. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

APPENDIX

ACT-BASED INTERVENTION PROTOCOL USED IN THE STUDY

SESSION	OBJECTIVES	INTERVENTIONS
Pre Evaluation Session	<ul style="list-style-type: none"> √ Explain the objective of the investigation. √ Present the structure of the investigation. √ Present the structure of the intervention. √ Take measurements of the variables of interest. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentation of the therapist. • Presentation of the participants. • Information sheet delivery. • Informed consent signature. • Open questions: <ul style="list-style-type: none"> - <i>How long ago was lupus detected?</i> - <i>Do you remember how your life was before, during and after the first moments of your illness?</i> - <i>Do you think it can benefit you to receive psychological therapy?</i> - <i>What do you expect from this therapy?</i> • Instrument management (in this order): <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 - HADS - CPAQ - VQ • Delivery of the narrative form of values. • Presentation of the diagram “The compass of life”.
Session 1	<ul style="list-style-type: none"> √ Discuss the possibility of ups and downs during therapy and the importance of commitment to therapeutic work. √ Determine the control agenda and demonstrate, via functional analysis, the barriers that arise when acting with its intentions. √ Show the importance of a life based on values and influence their clarification. √ Show the other side of the coin of living without pain. √ Introduce <i>creative hopelessness</i>. √ Begin to differentiate the <i>context I</i> from the <i>content I</i>. Defusion with aversive private events. √ Make commitments of your behavior towards your values for the next session. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metaphors “The dirty glass” and “The sick tooth”. • Metaphor “The two climbers”. • Functional analysis scheme, collecting symptoms and histories (reasons), tentative solutions (control behaviors or avoidance of discomfort) and costs, in the short and long term. • Diagram of “The compass” and metaphor “Caring for the garden”. • Two choices: be without pain and life, or have pain and life. Metaphor “Keys and padlocks”. • Difference between pulling weeds and gardening Metaphor “The rude guest”. • Creative hopelessness: metaphors “Quicksand”, “The man and the hole” and “The farmer and the donkey”. • Experiential exposure exercise “Are you the owner of what you do or a slave to what your mind tells you?”. • Homework: Commitment to Valuable Actions and Record.

SESSION	OBJECTIVES	INTERVENTIONS
Session 2	<ul style="list-style-type: none"> √ Promote knowledge among group members. √ Analyze the barriers and strategies used. √ Show them the value of self-realization as the opportunity that human beings have to show our resources, our greatness and potential. 	<ul style="list-style-type: none"> • Welcome by the therapist and round of presentations by the group members. • Homework review. Introduction to the concept of <i>Stories</i> and <i>Buts</i>. • Nelson Mandela's speech and fable of the harrier. • Metaphor "La lora". • Exercise of physicalizing barriers. • Metaphors "The hamster in the wheel" and "The woman in the hole". • The compass. • Metaphor "The two horses". • Exposure exercise to your thoughts and feelings. • Homework: Commitment to Valuable Actions and Record.
Session 3	<ul style="list-style-type: none"> √ Analyze the barriers and strategies used. √ Raise: If the problem is control, then why not abandon it? √ Generate creative hopelessness and analyze the problem of control. √ Cognitive defusion and action towards what really matters to us. √ Practice accepting aversive events while doing what matters to each. √ Turn off aversive verbal functions. √ Make commitments of your behavior towards your values for the next session. 	<ul style="list-style-type: none"> • Homework review: review actions to values and attempts to control. • Metaphors "The titi or the annoying guest" and "The dike with holes". • Metaphor "What is your secret?". A theater with two possible endings is performed. • Metaphors "The two scales" and "The burned hand." • See thoughts for what they are, not what they claim to be. • Exercise to take your mind for a walk. • Homework: Commitment to Valuable Actions and Record.

SESSION	OBJECTIVES	INTERVENTIONS
Session 4	<ul style="list-style-type: none"> √ Analyze the barriers and strategies used. √ Continue with clarification of values. √ Influence the importance of practice. √ Generate creative hopelessness and analyze the problem of controlling. √ The reasons are not the cause to stop doing what we care about. You are not your thoughts and feelings, rather you are the context in which they happen. √ Be open to psychological content as an alternative to control. √ Make commitments of your behavior towards your values for the next session. 	<ul style="list-style-type: none"> • Homework review: review actions to values and attempts to control. • Examples are made with the “stories” of the group members as if they were passengers. Exercises “The funeral” and “The epitaph”. • Exercise of writing with the other hand and the metaphor “Riding a bike in all circumstances”. • Metaphors “The Tiger” and “Sided Train”. • Metaphors “Making omelette and the blowflies” and “Crossing the pond”. • Exercise of being attached to history and taking distance from it. • Exercise-metaphor “The bus”. • Exercise of fighting the papers. • Homework: Commitment to Valuable Actions and Record.
Session 5	<ul style="list-style-type: none"> √ Analyze the barriers and strategies used. √ Values as the Guide to Therapy. √ Disabling aversive verbal functions and control as a problem. √ Show that we are not our thoughts and feelings, rather we are the context in which they happen. √ Undermine cognitive fusion with language. √ View relapses as a normal part of the therapy process. √ Distinguish the <i>context I</i> from the <i>content I</i>. √ Make commitments of your behavior towards your values for the next session. 	<ul style="list-style-type: none"> • Homework review: review actions to values and attempts to control. • Metaphors “Chemotherapy” and “The garbage can”. • Metaphors “The radio always on” and “The two computers”. • Experiential Mindfulness Exercise (“The Observer”). • Lemon tasting exercise and the story of the two monks. • Example of “Assess vs. Describe”, an exercise in engaging and taking thoughts and sensations with you. • Metaphor “The chess”, “The lora” and “The passengers”. • Homework: Commitment to Valuable Actions and Record. • Metaphor “You already know how to drive”. • Hand in the commitment sheet and highlight the importance of practice (metaphor “Write with the other hand”).

SESSION	OBJECTIVES	INTERVENTIONS
Post Evaluation Session	<ul style="list-style-type: none"> √ Review the commitment with valuable actions and reinforce where appropriate. √ Take measurements on the variables of interest. √ Prevent relapses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Review of the fundamental concepts discussed during the intervention. • Reminder of the importance of practice. • Instrument management (in this order): <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 - HADS - CPAQ - VQ
Follow-up one month Evaluation Session	<ul style="list-style-type: none"> √ Review the commitment with valuable actions and reinforce where appropriate. √ Take measurements on the variables of interest. √ Prevent relapses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Review of the fundamental concepts discussed during the intervention. • Reminder of the importance of practice. • Instrument management (in this order): <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 - HADS - CPAQ - VQ
Follow-up three months Evaluation Session	<ul style="list-style-type: none"> √ Review the commitment with valuable actions and reinforce where appropriate. √ Take measurements on the variables of interest. √ Prevent relapses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Review of the fundamental concepts discussed during the intervention. • Reminder of the importance of practice. • Instrument management (in this order): <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 - HADS - CPAQ - VQ

IMPORTANCIA DE LA DESPEDIDA EN EL PROCESO DE DUELO

IMPORTANCE OF FAREWELL IN THE GRIEVING PROCESS

Marisa Magaña Loarte

Centro de Escucha, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1477-9644>

José Carlos Bermejo

Dirección, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6671-1716>

Valentín Rodil

Centro de Escucha, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2222-051X>

Marta Villaceros

Dto. de Investigación, Centro San Camilo. Tres Cantos, Madrid. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8736-1487>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Magaña Loarte, M., Bermejo, J. C., Rodil, V. y Villaceros, M. (2022). Importancia de la despedida en el proceso de duelo. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 129-142. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>



Resumen

Analizamos la importancia de la percepción de la despedida y/o de la despedida real en una muestra de dolientes, para la percepción de elaboración de un duelo saludable. Participaron 183 asistentes a las Jornadas de Duelo de un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid, todos con experiencia de duelo, media de 50 años (DT = 16), 81% (149) mujeres. Se entregó un cuestionario incluyendo variables sociodemográficas, alrededor del duelo, circunstancias del fallecimiento, percepción de despedida y forma/s y desarrollo de la despedida. Se realizó una regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás con el efecto de la despedida como variable dependiente. Así, el modelo ajustado permitió una estimación correcta sobre el efecto de la despedida del 55% de los casos (R2 corregida = 0.548), siendo la variable con más peso en el pronóstico la percepción de despedida (Beta = -0.403), seguida de la percepción de elaboración del duelo (Beta = 0.327), el hecho de que haya habido una despedida explícita y el nivel de conciencia de fallecimiento por parte del fallecido (Beta = 0.175). La percepción de realización de una despedida en cualquiera de sus formatos es una variable de gran peso para la adecuada realización del proceso de duelo. Aunque el efecto es más positivo en las despedidas explícitas, verbalizadas, previas al fallecimiento y por iniciativa del doliente, también las despedidas implícitas, no verbalizadas, por iniciativa del fallecido y/o póstumas tienen efecto en la evolución del proceso de duelo.

Palabras clave: duelo, despedida, doliente, proceso de duelo

Abstract

We analyse the impact of the perception of farewell and / or the actual farewell in a sample of mourners, for the perception of elaboration of a healthy grieving. All of the participants (183 attendees that participated in a Grief Workshops at a socio-health centre in the Community of Madrid) have gone under bereavement experiences, average age of 50 years (SD = 16), 81% (149) being women. A questionnaire was given provided to the participants including sociodemographic and mourning related variables, circumstances of decease, perception of farewell and way(s) and performance of the farewell. A multiple linear regression was performed by backward steps with the effect of farewell as a dependent variable. The adjusted model allowed a correct estimation of the effect of the farewell of 55% of the cases (corrected R2 = 0.548), being perception of farewell (Beta = -0.403) the variable with the highest impact in the prognosis followed by the perception of elaboration of the mourning (Beta = 0.327), the fact that there has been an explicit farewell and the level of awareness of death by the deceased (Beta = 0.175). The perception of the performance of a farewell in any of its formats is a variable of great weight for the suitable development of the grieving process. Although explicit, verbalized, pre-death, farewells and at the initiative of the mourner have higher positive effect, the implicit, non-verbalized farewells, at the initiative of the deceased and / or posthumously do also have an effect on the evolution of the grieving process.

Keywords: grief, farewell, mourning, grieving process

La pérdida de un ser querido es uno de los sucesos vitales estresantes a los que todos nos tendremos que enfrentar en algún momento. A partir del fallecimiento de un ser querido (o antes, en casos de duelo anticipado) comienza lo que denominamos proceso de duelo. El duelo es un proceso psicológico o experiencia emocional humana universal, única y dolorosa, que puede delimitarse en el tiempo, que presenta una evolución previsiblemente favorable y que requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación (Barreto y Soler, 2007; Barreto et al., 2008; Nevado Rey y González, 2017).

El modo de afrontamiento de la muerte y el duelo han ido evolucionando con el tiempo y la cultura. La sociedad actual tiende a negar enfermedades con pronóstico de muerte recurriendo al engaño (Sontag, 1996) y se llega a concebir como buena muerte la repentina o la inconsciente (Gómez, 1998). Esto ha conducido a lo que algunos han llamado “sociedad tanatofóbica”, cuyas causas se han definido como la menor tolerancia a la frustración de la sociedad actual, el aumento de esperanza de vida, el culto a la juventud, la menor mortalidad aparente, la menor trascendencia y espiritualidad actual, o la menor preparación o educación para la muerte (Gala et al., 2002).

Por eso, el desarrollo del duelo se puede dar de manera “normal” o “anómala” dependiendo de su intensidad y comportamientos derivados. Si el duelo llega a interferir en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud y cronificándose, se denominará duelo complicado, patológico o crónico (Barreto et al., 2008; Maddocks, 2003). Distintos estudios han descrito diferentes factores de riesgo o protección para el correcto desarrollo del duelo (Barreto y Soler, 2007; Arranz et al., 2003) como son, por ejemplo, las características personales del fallecido y del doliente o las mismas circunstancias propias del fallecimiento.

Worden (1997) describió las tareas a completar en el proceso normal de duelo, incluyendo (a) aceptar la realidad de la pérdida, (b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, (c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y (d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Los vínculos que establecemos con nuestros seres queridos ofrecen seguridad y protección desde el nacimiento y son estables a lo largo de la vida (Bowlby, 1985; Magaña y Bermejo, 2014). Desde la Teoría del Apego de Bowlby (1985), la muerte constituye una ruptura de vínculo, o de la relación con el ser querido, que fomentaba seguridad a la persona. Durante el proceso de duelo se debe aceptar la finalización del vínculo físico con el ser querido fallecido para construir otro tipo de relación nueva. La realización de una buena despedida del ser querido es crucial, ya que se puede llegar a considerar tanto inicio como resolución del duelo (Acinas, 2020; Doka, 2000; Dyregrov, 2008; Rodil, 2013; Silverman y Worden, 1992; Weller et al., 1988).

Un aspecto que produce especial angustia en relación al final es el hecho de no haber podido despedirse del ser querido en los momentos previos al fallecimiento. De hecho, cuando esto ocurre es frecuente que el doliente lo viva acompañado de

pensamientos y sentimientos culpabilizadores y /o de rabia si un tercero impidió la despedida (Magaña y Bermejo, 2014; Rodil, 2013).

Por eso Lamb (1988) en su modelo psicoterapéutico, incluyó tres tareas diagnósticas y cinco estrategias terapéuticas, entre ellas, la facilitación de la despedida. De la misma forma, el Modelo Humanizar de Intervención en Duelo, considera la realización de la despedida una de las tareas a abordar, incluyéndola en su quinto bloque temático, cuyo objetivo es identificar el tipo de vínculo que siente el doliente, apegado a lo físico (objetos del ser querido como ropa, etc.) o espiritual (presente a través del amor vivido) (Bermejo et al., 2011; Magaña y Bermejo, 2014; García Hernández et al., 2021).

En la realización de los rituales fúnebres y/o de despedida, recaen importantes funciones. La terapéutica, ayudando a hacer real lo irreal, aliviando dolor y reparando la pérdida, la función cosmológica dando significado a la muerte, definiendo el nuevo lugar del fallecido y su nueva identidad y la social, redefiniendo roles y reestableciendo el orden y la estructura de las actividades (Brottveit, 2003).

Por otro lado, los procesos narrativos a través de los cuales se encuentran los significados, se realizan y construyen tanto entre personas como individualmente (Neimeyer y Dennis, 2014). De aquí que existan distintas formas de realizar una despedida y no siempre debe de ser presencial, explícita o verbal, sino que se puede realizar después del fallecimiento, implícitamente, o sin rituales fúnebres. Cada doliente elige su forma de despedida (Villacieros et al., 2014). Muchos son los aspectos estudiados que pueden facilitar, o complicar un proceso de duelo (Bermejo et al., 2016), sin embargo no existe tanta literatura alrededor del efecto de la realización de despedidas de cualquier tipo.

Por eso, el objetivo de este estudio fue analizar la importancia de la percepción de despedida (no solo del hecho de la despedida) en el desarrollo del duelo, analizando, en una muestra de dolientes, la vivencia de los últimos momentos alrededor del fallecimiento de su ser querido. También se analiza la importancia de estar presente en los momentos (horas, días, semanas) previos al fallecimiento, para la realización de un duelo saludable.

Método

Participantes

Asistentes a las Jornadas de Duelo de un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid con distintos perfiles de conocimientos y/o experiencia de duelo.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario *ad hoc*, en el que, además de variables sociodemográficas, se recogieron variables alrededor de la existencia y nivel de duelo (vivencia propia de duelo por fallecimiento de un ser querido, experiencia de acompañamiento en duelo de manera íntima o ambas) y percepción del doliente sobre su nivel de elabo-

ración del duelo), alrededor de las características del fallecimiento (vinculación con el fallecido, edad e importancia del fallecido para el doliente, tiempo pasado desde el fallecimiento, causa, previsibilidad y tiempo desde conocimiento de pronóstico hasta fallecimiento), sobre la percepción de existencia de una despedida (forma/s de despedida, intensidad y calidad del efecto y emoción/es que dejó el suceso) y por último, desarrollo de la despedida desde el fallecido (lucidez, conciencia de pronóstico, deseo de compañía y deseo de hablar sobre su situación) y desde el doliente (presencia, posibilidad de presencia o razones de ausencia e implicación).

Análisis Estadístico

Tras eliminar 3 cuestionarios por omisión de datos en las respuestas se realizaron análisis descriptivos de todas las variables, comparaciones de medias mediante T de *student* para muestras independientes y una regresión lineal múltiple por pasos hacia atrás con el efecto de la despedida como variable dependiente.

Resultados

Características de la Muestra

Se recogieron 234 cuestionarios, de los cuales se eliminaron 51 (Tabla 1) por no haber vivido una experiencia propia de duelo por fallecimiento. La muestra final de participantes fue de $n = 183$ con una edad media de 50 años ($DT = 16$, $min = 20$, $máx = 83$), siendo el 81% mujeres (149), 45% casadas o en pareja (82), y pertenecientes a distintos ámbitos de estudio. Respecto a la media de percepción de elaboración de duelo de los dolientes, la media fue de 8,1 sobre 10 ($DT = 2.2$, $Mna = 9$).

Tabla 1
Características del Doliente, del Fallecido y del Fallecimiento

Características del doliente		n	%
Experiencia y/o conocimientos sobre duelo	DUELO por fallecimiento de un ser querido importante para mí	91	38.9
	ACOMPañAMIENTO ÍNTIMO de un doliente por fallecimiento	(27)	(11.5)
	He tenido AMBAS experiencias	92	39.3
	No tengo NINGUNA	(24)	(10.3)
Sexo	Hombre	32	17.5
	Mujer	149	81.4
	NS/NC	2	1.1
Estado civil	Casado o en pareja	82	44.8
	Separado/divorciado	18	9.8
	Soltero	55	30.1
	Viudo	25	13.7
	NS/NC	3	1.6
Ámbito de estudios	Sanitario	48	26.2
	Social	20	10.9
	Psicología	36	19.7
	Otro	51	27.9
	NS/NC	28	15.3
Características del fallecido y del fallecimiento		n	%
Vinculación con el doliente	Padre/madre	82	44.8
	Abuelo/a	29	15.8
	Pareja	23	12.6
	Hermano/a	14	7.7
	Familiar 2º	11	6.0
	Amigo/a	8	4.4
	Hijo/a	6	3.3
	Otro	6	3.3
	NS/NC	4	2.2
Tiempo desde su fallecimiento	< 6 meses	18	9.8
	6 meses - 1.5 años	11	6.0
	1.5 - 3 años	24	13.1
	3 - 5 años	22	12.0
	> 5 años	96	52.5
	NS/NC	12	6.6

Características del doliente		n	%
Causa de fallecimiento	enfermedad	36	19.7
	natural	112	61.2
	accidente	16	8.7
	suicidio	1	0.5
	otra	6	3.3
	NS/NC	12	6.6
Previsibilidad	inesperada	71	38.8
	medianamente esperada	69	37.7
	muy esperada	40	21.9
	NS/NC	3	1.6
Tiempo de posible despedida	< 3 días	30	16.4
	3 - 15 días	27	14.8
	15 días - 3 meses	25	13.7
	3 - 6 meses	19	10.4
	> 6 meses	38	20.8
	NS/NC	44	24.0

Características del Fallecido y el Fallecimiento

En la mayoría de los casos (61%; 111) el fallecido fue un ascendente (progenitor o abuelo) que falleció hace ya más de 5 años (en el 53%; 96), a una edad media de 59 años ($DT = 22.8$) y cuya importancia para el doliente fue valorada de media 9.4 (sobre 10; $DT = 1.3$).

Respecto a la causa, en el 61% (112 casos), fue natural. La previsibilidad se repartió entre inesperada, medianamente esperada y muy esperada siendo esta última solo el 22% de los casos (40) y, al menos en 109 casos (60% de las ocasiones), hubo entre 3 días y más de 6 meses de tiempo de posible despedida (tiempo desde el conocimiento de pronóstico hasta fallecimiento).

Existencia y Desarrollo de la Despedida

Respecto a la actitud del fallecido (a juicio del participante), en sus últimos momentos, el nivel medio de lucidez fue de $M = 6.8$ (sobre 10; $Mna = 8$; $DT = 3.4$), con una conciencia de su propio fallecimiento de $M = 5.9$ ($Mna = 7$; $DT = 3.7$), deseo de compañía elevado ($M = 8.7$; $Mna = 10$; $DT = 2.2$) y deseo de hablar de su situación de $M = 5.7$ ($Mna = 6$; $DT = 3.2$). El doliente valoró su propio nivel de implicación en $M = 8$ ($Mna = 9$; $DT = 2.8$).

Como se observa en la Tabla 2, de los 183 casos recogidos, 99 (61%) estuvieron presentes en los últimos momentos del fallecido y 120 (67%) consideraron que se despidieron de ellos.

Del total de 75 razones aducidas para no haber estado presente (o haber estado

algo ausente), la mayoría (71%) se clasificaron en la categoría imposibilidad de estar. De las 126 respuestas recogidas sobre el efecto de la despedida, más de la mitad (55%) fueron valoradas de muy positivas.

Tabla 2
Características de la Despedida

	n	%
Presencia del doliente en los últimos momentos	99	60.7
Hubo despedida del ser querido	110	66.7
No estuve presente por...		
Imposibilidad (distancia, uci, accidente, viajes...)	53	70.7
Dificultad psicoemocional (no fui capaz, no era necesario)	14	18.7
Otras	8	10.7
Total	75	100
La despedida, ¿qué EFECTO tuvo en Ud.?		
muy negativo	19	15.1
negativo	7	5.6
neutro	18	14.3
positivo	13	10.3
muy positivo	69	54.8
total	126	100.0

Respecto a la forma de la despedida realizada (Tabla 3), 120 personas (66%) seleccionaron al menos una forma de las 11 ofrecidas. De las 346 seleccionadas, las más seleccionadas fueron a través de mi compañía y afecto (22%; 77) y estando cerca (18%; 64).

Para analizar los distintos tipos de despedidas, se categorizaron las 11 formas en función de si era verbal, por iniciativa propia del doliente, *premortem* y/o explicitada o no. En estos cuatro tipos de despedida se observa que 42 personas, el 23% de las despedidas, se realizan a través de verbalización con el ya fallecido, 107 (58%) con iniciativa de despedida, 102 (56%) en vida del fallecido y 66 (36%) manifiestan haber hecho una despedida explícita.

Respecto a la vivencia emocional con la que se quedaron (hubiera o no despedida), de las 483 totales, el 55% (266), seleccionadas por 97 personas, fueron emociones placenteras y el 45% (217), seleccionadas por 85 personas, fueron displacenteras (Tabla 4). La vivencia placentera más seleccionada fue el amor (23%; 60 veces) y la displacentera el desconsuelo (21%; 45 veces).

Tabla 3

Distribución de los Tipos de Despedida Seleccionadas, en Función de sus Características

Tipos de despedida	n	%	Verbalizada	Iniciativa	En vida	Explícita
Formas de despedida						
A través de mi compañía y cariño	77	22		Sí	Sí	
Estando cerca	64	18		Sí	Sí	
A través del cuidado	54	16		Sí	Sí	
Me despedí yo interiormente	35	10		Sí		Sí
Le dije adiós	22	6	Sí	Sí		Sí
A través de un ritual de despedida	22	6		Sí		Sí
Hablamos sobre asuntos pendientes	19	5	Sí		Sí	
Hablamos sobre creencias espirituales	17	5	Sí		Sí	
Recibí o acogí su despedida	17	5			Sí	Sí
Otra forma	15	4				
Hablamos sobre perdón	4	1	Sí		Sí	
Total veces seleccionada:	346	100				
n (%) que selecciona alguna forma del tipo:	120	42 (23%)	107	102	66 (33%)	
	(66%)		(58%)	(56%)		

Tabla 4

Caracterización de los Tipos de Vivencia Seleccionadas

Vivencias placenteras			Vivencias displacenteras		
	n	%		n	%
Amor	60	23	Desamor	1	0
Paz interior	48	18	Inquietud	14	6
Gratitud	36	14	Injusticia, impotencia	40	18
Consuelo	27	10	Desconsuelo	45	21
Esperanza	23	9	Desesperanza	6	3
Conexión espiritual	22	8	Soledad y abandono	30	14
Satisfacción	20	8	Insatisfacción	12	6
Liberación	13	5	Culpa	15	7
Reconciliación	10	4	Lucha interior	22	10
Alegría	7	3	Enfado, rabia	32	15
Total seleccionadas	266	55	Total seleccionadas	217	45
n que las selecciona	97	54	n que las selecciona	85	46
Otra			Seleccionada 6 veces		

Regresión Lineal Múltiple sobre el Efecto de la Despedida

Se realizó una regresión lineal múltiple jerárquica por pasos hacia atrás (Tabla 5) utilizando como variable dependiente el efecto que tuvo la despedida en el doliente (en su versión cuantitativa del 0 al 10) y se introdujeron como variables independientes las relativas al fallecido (edad, nivel de lucidez, deseo de compañía, nivel de conciencia de fallecimiento y deseo de hablar de su situación), las relativas a las circunstancias del fallecimiento (previsibilidad, tiempo de posible despedida, tiempo desde el fallecimiento), y las relativas al doliente (edad, presencia del doliente en los últimos momentos, percepción de despedida, importancia del fallecido, nivel de implicación, despedida explícita, en vida, clara iniciativa por parte del doliente, existencia de verbalizaciones con fallecido, percepción de elaboración del duelo).

Tabla 5

Regresión Lineal Múltiple sobre el Efecto de la Despedida

Variables predictoras	Coeficientes			t	p	Correlaciones		
	B	Error estándar	Beta			Parcial	Semip	Semip ²
(Constante)	8.519	1.543		5.520	.001			
Percepción de elaboración del duelo	0.548	0.116	0.327	4.737	.001	.437	.320	.10
Conciencia de fallecimiento	0.160	0.064	0.175	2.488	.015	.247	.168	.03
Percepción de despedida*	-3.749	0.683	-0.403	-5.491	.001	-.491	-.371	.14
Despedida explícita*	-1.812	0.472	-0.273	-3.840	.001	-.367	-.259	.07

Nota. *Estas variables fueron codificadas como 1=Sí y 2=No, por lo que los coeficientes son negativos.

El modelo ajustado permitió una estimación correcta sobre el efecto de la despedida del 55% de los casos (R^2 corregida = 0.548), quedando la ecuación de regresión,

Figura 1

Modelo Ajustado Efecto de Despedida

$$\text{Efecto de la despedida} = 8.519 + (0.548 * \text{percepción de elaboración del duelo}) + (0.160 * \text{conciencia de fallecimiento}) + (-3.749 * \text{percepción de despedida}) + (-1.812 * \text{despedida explícita})$$

La variable con más peso en el pronóstico fue la percepción de despedida ($Beta = -0.403$), seguida de la percepción de elaboración del duelo ($Beta = 0.327$) el hecho de que haya habido una despedida explícita (que incluía las despedidas *Me despedí yo interiormente*, *Le dije adiós*, *A través de un ritual de despedida*, *Recibí o acogí su despedida*; $Beta = -0.273$) y el nivel de conciencia de fallecimiento por parte del fallecido ($Beta = 0.175$)

Comparaciones de Medias

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de efecto de la despedida al comparar los grupos formados por las variables de la Tabla 6. En concreto, el efecto fue más positivo en los dolientes cuyos seres queridos fallecidos tuvieron un nivel de conciencia de fallecimiento y deseo de hablar de la situación mayor de 8 (sobre 10), en los casos en que los dolientes estuvieron presentes en los últimos momentos del fallecido y en los casos en los que ha habido despedida con verbalizaciones, explícita, con clara iniciativa por parte del doliente y en vida.

Tabla 6

Efecto de la Despedida en Función de las Circunstancias del Fallecimiento. T de Student para Muestras Independientes

		N	Media	p
Nivel de conciencia de fallecimiento por parte del fallecido en los últimos momentos	>= 8	49	8.04	.001
	< 8	54	5.89	
Deseo de hablar de su situación del fallecido en los últimos momentos	>= 8	25	8.92	.001
	< 8	60	6.60	
Presencia del doliente en los últimos momentos	sí	83	7.18	.054
	no	39	5.97	
Hubo despedida del ser querido	sí	101	7.70	<.001
	no	22	2.64	
Existencia de verbalizaciones con fallecido o no	sí	37	8.32	<.001
	no	89	6.12	
Existencia de una clara iniciativa por parte del doliente o no	sí	96	7.45	<.001
	no	30	4.60	
Despedida en vida del fallecido o no	sí	92	7.43	<.001
	no	34	4.97	
Existencia de una despedida explícita	sí	59	8.47	<.001
	no	67	5.27	
Selección de algún tipo de despedida	sí	106	7.26	<.001
	no	20	4.15	

Discusión

El objetivo de este estudio fue valorar la importancia de la percepción de despedida para la percepción de adecuación en el proceso de duelo. En este estudio se ha constatado que tanto el hecho de sentir que se ha realizado una despedida como la forma de dicha despedida son factores que propician la percepción de progreso en la elaboración del duelo tras el fallecimiento de un ser querido. Basándonos en la literatura previa al respecto podemos suponer que dicha percepción del doliente se acompañará de una vivencia sana del duelo.

Se estudió la información aportada por personas con vivencia personal de duelo por fallecimiento. Es más, la muestra estuvo formada por un grupo de dolientes que manifestaron haber pasado (o elaborado ya en su mayoría) un duelo por el fallecimiento de un ser querido calificado como muy importante (de media de 9.4 sobre 10). Entre estos datos se recogieron duelos con distintos tipos de circunstancia alrededor del fallecimiento en cuanto a previsibilidad, tipo de vinculación con el fallecido, causas de fallecimiento, actitudes del doliente y del fallecido en sus últimos momentos, (lucidez, conciencia de su propio fallecimiento, deseo de compañía, deseo de hablar de su situación), presencia, tipos de despedida y vivencia emocional posterior (hubiera o no despedida).

Con todos estos datos, el modelo de regresión permitió una estimación correcta sobre el efecto de la despedida (más o menos positivo) del 55% de los casos siendo la variable con más peso en el pronóstico la **percepción de existencia de una despedida**. Tras analizar los datos podríamos constatar que dicha despedida no necesariamente tuvo que ser verbalizada (*Le dije adiós, Hablamos sobre asuntos pendientes, Hablamos sobre creencias espirituales, Hablamos sobre perdón*), ni en vida del ya fallecido (sumando *A través de mi compañía y cariño, Estando cerca, A través del cuidado, Recibí o acogí su despedida*), ni explícita (*Me despedí yo interiormente, Le dije adiós, A través de un ritual de despedida, Recibí o acogí su despedida*), ni por propia iniciativa (*A través de mi compañía y cariño, Estando cerca, A través del cuidado, Me despedí yo interiormente, Le dije adiós, A través de un ritual de despedida*) sino que pudo ser realizada de cualquiera de las formas siendo el resto de categorías dispensable (no verbalizada, póstuma, implícita, o por iniciativa del fallecido).

Es el hecho de sentir haber realizado una despedida lo que tiene mayor peso en la ecuación ya que supone un acto de aceptación del fallecimiento (Bermejo, 2005; Bowlby, 1993; Cabodevilla, 2003; Tizon, 2004). Aun con ello, el hecho de que haya sido una despedida explícita y el mayor nivel de conciencia de fallecimiento, también quedaron incluidas en la ecuación de regresión, obviamente por ser variables que facilitan la conciencia de despedida y subsecuente efecto positivo (Magaña y Bermejo, 2014).

Por otro lado, la inclusión de la variable percepción de elaboración del duelo en la ecuación de regresión constata que los dolientes van evolucionando en su valoración de lo ocurrido a medida que van procesando su duelo. Es decir, que tienen distinta percepción sobre la despedida según su momento de elaboración del duelo.

Son relevantes y merecen su espacio los resultados de las comparaciones de medias, ya que el beneficio del hecho de la despedida física destaca entre los dolientes cuyos seres queridos tuvieron conciencia de fallecimiento y deseo de hablar de la situación, los que estuvieron presentes en los últimos momentos del fallecido y los que realizaron despedidas con verbalizaciones explícitas, con clara iniciativa por parte del doliente y en vida (Cabodevilla, 2007).

Como limitaciones del estudio recoger principalmente la desproporción de

la muestra, mayoritaria de mujeres a la vez que explicitar que no hubo diferencias entre sexos en las comparaciones de medias ni la variable resultó ser predictora en la ecuación de regresión.

En conclusión, la percepción de realización de una despedida en cualquiera de sus formatos se muestra como variable de gran peso para la adecuada realización del proceso de duelo, pero no hay única forma de despedida sino varias. Aunque el efecto es más positivo en las despedidas explícitas, verbalizadas, previas al fallecimiento y por iniciativa del doliente, también las despedidas implícitas, no verbalizadas, por iniciativa del fallecido y/o póstumas tienen su efecto en la evolución del proceso de duelo.

Referencias

- Acinas, P. (2020). Pérdidas, muerte y duelo ante pandemias: “Poner amor donde hay dolor”. El velo pintado, el amor en tiempos de cólera y la ciudad de la alegría. *Rev. Med. Cine*, 16(e), 293-310.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Ariel.
- Barreto, M. P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Barreto, M. P. y Soler, C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- Bermejo, J. C. (2005). *Estoy en duelo*. PPC.
- Bermejo, J. C., Magaña, M. y Villaceros, M. (2016). *Las Cinco Pulgas del Duelo*. PPC.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R. y Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85-95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.636>
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva: tristeza y depresión*. Paidós.
- Brottveit, A. (2003). Helt naturlig? Sorg og dødsritualer i et krysskulturelt perspektiv [¿Todo natural? Rituales de duelo y muerte en una perspectiva transcultural]. En K. E. Bugge, H. Eriksen y O. Sandvik (Eds.), *Sorg/ Grief* (pp. 86–103). Fagbokforlaget.
- Cabodevilla, I. (2003). Las reacciones de duelo. En M. Die (Ed.), *Psicooncología* (pp. 647-657). Ades.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176.
- Doka, K. J. (2000). *Living with grief. Children, adolescents and loss [Viviendo con duelo. Niños, adolescentes y pérdida]*. The Hospice Foundation of America.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in children: A handbook for adults [El duelo en los niños: un manual para adultos]* (2ª ed.). Jessica Kingsley.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, Mª. C. y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- García Hernández, A., Rodríguez Álvaro, M., Ruymán Brito Brito, P., Fernández Gutiérrez, D., Martínez Alberto, C. y Marrero González, C. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos, *ENE. Revista de Enfermería*. 15(1). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242>
- Gómez, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Arán.
- Lamb, D. H. (1988). Loss and grief: Psychotherapy strategies and interventions [Pérdida y duelo: estrategias e intervenciones de psicoterapia]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(4), 561–569. <https://doi.org/10.1037/h0085382>
- Maddocks, I. (2003). Grief and bereavement [Duelo y luto]. *Medical Journal of Australia*, 179(s6), 6-7. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05566.x>
- Magaña, M. y Bermejo, J. C. (2014). *Modelo humanizar de intervención en duelo*. Sal Terrae.
- Magaña, M., Villaceros, M., Bermejo, J. C. y Carabias, R. (2012). Experimento breve para medir el cambio emocional en grupo de duelo. *Revista de Psicoterapia*, 22(85), 61-68. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i85.619>

- Neimeyer, R. A., Klass, D. y Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning [Un relato construccionista social del duelo: la pérdida y la narración de significado]. *Death Studies*, 38(8), 485–498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Nevado Rey, M. y González, J. (2017). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Desclée de Brouwer.
- Rodil, V. (2013). *Los ritos y el duelo. Vivir tras la pérdida*. Sal Terrae.
- Silverman, P. R. y Worden, J. W. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent [Reacciones de los niños en los primeros meses después de la muerte de uno de los padres]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 93–104. <https://doi.org/10.1037/h0079304>
- Sontag, S. (1996). *El Sida y sus metáforas*. Taurus.
- Tizón, J. L. (2004) *Pérdida, pena, duelo*. Paidós.
- Villaceros, M., Serrano, L., Bermejo, J. C., Magaña, M. y Carabias, R. (2014) Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning [Apoyo social y bienestar psicológico como posibles predictores de estado de duelo complicado en personas en duelo]. *Anales de Psicología*, 30(3), 944-951. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.154691>
- Weller, E., Weller, R., Fristad, M. A., Cain, S. E. y Bowes, J. M. (1988). Should children attend their parent's funeral? [¿Deben los niños asistir al funeral de sus padres?]. *Journal of American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 27(5), 559–556. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00007>
- Worden, J. W. (1997). *El Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

SALUD ESPIRITUAL, CLIMA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

SPIRITUAL HEALTH, ORGANIZATIONAL CLIMATE AND FAMILY FUNCTIONING

Carlos Marcelo Moroni¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4148-7663>

Lucio Abdiel Olmedo Espinosa¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9109-5540>

Víctor Andrés Korniejczuk

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-5584>

Instituto Interdisciplinario de Investigación en Salud Espiritual,
Universidad de Morelos, México

Moisés Manzano González¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0988-0302>

Nadia Elizabeth Blanco Angulo¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0612-3429>

Elmi Yasmín Morales Vázquez¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8860-3118>

Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moroni, C. M., Olmedo Espinosa, L. A., Korniejczuk, V. A., Manzano González, M., Blanco Angulo, N. E. y Morales Vázquez, E. Y. (2022). Salud espiritual, clima organizacional y funcionamiento familiar. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 143-156. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.994>



Resumen

Los seres humanos pasan gran parte del día dentro del área laboral. Muchas de las cargas y preocupaciones que ahí surgen quedan en su mente incluso fuera del horario de trabajo. Estas cargas pueden afectar y poner en peligro la salud física, emocional y familiar de cada individuo. Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, ex post facto y transversal. Participaron un total de 232 trabajadores en relación de dependencia de alguna organización en México. En el análisis de los resultados se encontró relación estadísticamente significativa entre la salud espiritual con la percepción del clima organizacional ($\rho = .231, p < .001$) y con el funcionamiento familiar ($\rho = .447, p < .001$). Estos resultados muestran que cuanto mayor sea la salud espiritual mejor será el clima organizacional y el funcionamiento familiar. Esto quiere decir que la conexión con un ser supremo, con el entorno y con uno mismo, a nivel espiritual, mejora la percepción que tiene el individuo de su entorno laboral y familiar.

Palabras clave: salud espiritual, clima organizacional, funcionamiento familiar, espiritualidad, organizaciones, familia

Abstract

Human beings spend a large part of the day in the workplace. Many of the burdens and concerns that arise there remain on your mind even outside of work hours. These burdens can affect and endanger the physical, emotional and family health of each individual. This study was quantitative, descriptive, correlational, ex post facto and cross-sectional. A total of 232 workers in a dependency relationship with an organization in Mexico participated. In the analysis of the results, a statistically significant relationship was found between spiritual health and the perception of the organizational climate ($\rho = .231, p < .001$) and with family functioning ($\rho = .447, p < .001$). These results show that the higher the spiritual health, the better the organizational climate and family functioning. This means that the connection with a supreme being, with the environment and with oneself, on a spiritual level, improves the perception that the individual has of their work and family environment.

Keywords: spiritual health, organizational climate, family functioning, spirituality, organizations, family

La salud espiritual es una variable innata que atraviesa la vida del ser humano, influyendo en todas las áreas importantes de su quehacer (Fisher, 2011). La espiritualidad permite que los individuos se enfrenten a los desafíos del presente y del porvenir (Marques et al., 2005; Vélez-Alvarado y González Valles, 2019). Por ello, no debe pasar inadvertida para el conjunto de la sociedad y, particularmente, para el contexto de las organizaciones.

La vida laboral del ser humano ocupa, aproximadamente, la tercera parte de su tiempo diario. Las personas en el ámbito laboral pueden ser afectadas por factores como la economía, la política y el entorno social (Rosario-Nieves et al., 2012; Vélez-Alvarado y González Valles, 2019). Esto puede influir en su desgaste emocional y mental, produciendo conductas mal adaptativas y alterando su entorno. Sin embargo, la espiritualidad, en el área laboral, promueve satisfacción y sentido a la vida de las personas.

Salem (1990) sostenía que la dinámica y la estructura de una familia se compara con todo sistema vivo. Esta unidad se consolida por la interrelación biológica, psicoemocional y social de sus miembros. Las fronteras establecidas por cada sistema familiar permiten el intercambio con otros sistemas organizados como, por ejemplo, la familia extensa, la iglesia, los amigos y el trabajo entre otros.

Salud Espiritual y Clima Organizacional

Las organizaciones son sistemas complejos donde cada persona cumple roles y funciones que las sostienen. La visión que cada uno de los integrantes tiene de su organización es muy importante para que se cumplan los fines institucionales.

El trabajo, para el individuo, no solo implica un intercambio de tiempo, esfuerzo y dinero, sino el significado que la tarea tiene para él como aporte para la sociedad, para su familia y para su propia identidad (Landy y Conte, 2005).

Con el incremento del estudio de la salud espiritual que se ha producido en los últimos años, se puede observar la gran influencia que tiene dentro del área laboral y sus diversas ramas. Por ejemplo, en el área de la salud, Longuiniere et al. (2018), encontró que la espiritualidad hace más sensibles y empáticos, frente al proceso de la enfermedad, a los profesionales de salud que trabajan al cuidado de pacientes críticos. Así mismo, Uribe Velásquez y Lagoueyte Gómez (2014) resaltaron la labor integral que realizan las enfermeras que están al cuidado de pacientes. Se encontró que las enfermeras promueven las prácticas espirituales sin que ellas perciban que lo hacen. La promoción de la espiritualidad que realizaban, fueron las siguientes: gestos de amabilidad, buen trato a los pacientes, palabras de ánimos cuando se encontraban en situaciones de necesidad, escucha a los pacientes, contactos físicos (palmaditas en la espalda u hombro) y favoreciendo la comunicación entre paciente y familiar. Estos actos definen el concepto “estar ahí”, es decir, implica el trato directo con los pacientes en todo momento. El cuidado que brindan las enfermeras a sus pacientes es de gran influencia, ya que estos cuidados promueven su bienestar físico, moral y social.

En las empresas, Portales (2015) observó que fomentar el cuidado espiritual en los trabajadores a través de los capellanes mejora su estima propia, aumenta la sensación de realización personal y les permite percibir un mejor ambiente laboral. Esto se asemeja a lo observado por Ureña Bonilla et al. (2014), quien encontró que la espiritualidad, en los trabajadores, funciona como un factor de protección que permite tener herramientas necesarias para resolver problemas de la vida cotidiana y lograr un mejor desempeño laboral. De igual manera, existe una relación significativa y positiva entre la felicidad y la espiritualidad en los trabajadores (Arias Gallegos et al., 2013).

La espiritualidad influye en lo laboral, lo social y lo personal, cuando los individuos, al mantener valores que los rigen, experimentan armonía, plenitud, motivación y buen rendimiento en su trabajo. Esto sucede al fomentar la espiritualidad como parte importante y esencial en el diario vivir (Moreno Freites et al., 2016).

Salud Espiritual y Funcionamiento Familiar

Diferentes autores señalan que el trabajo y la familia son dos esferas fundamentales que constituyen el “nicho ecológico” básico donde el ser humano actúa. Estas dos esferas se reconocen como mutuamente interdependientes y sugieren no ser estudiadas ni comprendidas de manera independiente (Goldsmith, 1989; Jiménez Figueroa y Moyano Díaz, 2008).

Para Zaros (2018), la salud espiritual tiene una influencia positiva sobre el sistema familiar. La conducta religiosa influye sobre la descendencia familiar, especialmente el rol de los abuelos en los recuerdos de la familia. La ausencia de los abuelos no es impedimento del mantenimiento de los valores transmitidos a los hijos y nietos. Por lo contrario, los valores religiosos aprendidos siguen estando arraigados en las rutinas familiares y se transmiten de generación en generación.

En un estudio realizado en estudiantes de dos instituciones religiosas de Colombia (Beltrán Sánchez et al., 2015), se observó que la espiritualidad se puede manifestar a través de hábitos positivos, de acciones de bondad, solidaridad y amor a sí mismos y a los demás. En situaciones de dificultades sus creencias, los actos de fe y vivir de acuerdo a principios, les permitió continuar la vida con propósito y a mantener una buena relación con los miembros de su familia.

Además, López Ricaurte (2017) ha observado una correlación altamente significativa entre la espiritualidad y la satisfacción marital. Los cónyuges que reportaban un mayor desarrollo de la espiritualidad gozaban de una mayor satisfacción marital. De igual manera, los matrimonios que reconocen cualidades, valores y actitudes en sí mismos, registraban una mayor satisfacción marital, que, a su vez, les permitía vivir una espiritualidad auténtica.

Definiciones Conceptuales

Salud Espiritual

Existen diferentes modelos y conceptualizaciones de salud/bienestar espiritual (Ellison, 1983; Fisher, 1998; Moberg, 1979). Moberg (1979) conceptualiza la salud espiritual en dos facetas: la vertical y la horizontal. Refiriéndose con la vertical al sentido de bienestar con Dios y la horizontal al sentido de propósito y satisfacción con la vida. Por otro lado, Ellison (1983) incluye el bienestar religioso como una de las dimensiones a considerar en la evaluación de la salud espiritual. Fisher (1998) divide la salud espiritual en cuatro dominios –personal, comunal, ambiental y trascendente– y propone que el bienestar espiritual, en cada uno de estos dominios, es el que proporciona la salud espiritual.

Para este estudio se utilizó el concepto propuesto por Korniejczuk et al. (2020) y Moroni et al. (2021) quienes mencionan que la salud espiritual es un constructo multidimensional y la definieron como:

un estado de bienestar del ser humano en armonía con aquello que considere sagrado o superior a él, consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza. Implica experimentar un sentido trascendente de la vida y un propósito último de acuerdo con su propio sistema de creencias. (p. 570)

Las dimensiones de la salud espiritual –relación con un Ser supremo, relación con uno mismo y relación con el entorno– fueron definidas por Moroni et al. (2021).

- a. La relación con un ser supremo se puede definir como devoción, conexión y comunicación con un ser superior o sagrado generando en el individuo convicción de que este ser supremo le brinda fortaleza en las dificultades. Además, es vivir acorde con lo que este ser supremo o sagrado le pide, sabiendo que lo ayudará y lo orientará hacia prioridades y propósitos con un sentido trascendente.
- b. La relación con uno mismo se puede definir como el estado de conocimiento que el individuo tiene de sí mismo y de sus valores y principios, y una vivencia acorde con ellos, porque le producen armonía y paz a su vida. De la misma manera, el conocer la finalidad de la vida le permite ser positivo y productivo.
- c. La relación con el entorno se puede definir como la relación con compromiso, reflexión y compasión que tiene el individuo, apreciando lo bueno, justo y bello de los demás y de la naturaleza. Así mismo, es el ofrecer paciencia, respeto y amor hacia los otros (Moroni et al., 2021).

Clima Organizacional

Brown y Moberg (1990, citados en Arias-Jiménez, 2007) definen clima organizacional como “las percepciones compartidas por un grupo de individuos acerca de su entorno laboral: estilo de supervisión, calidad de la capacitación, relaciones laborales, políticas organizacionales, prácticas comunicacionales, procedimientos

administrativos y ambiente laboral en general” (p. 13).

El clima organizacional se determina por las características del ambiente interno de una organización como lo perciben sus participantes. Este ambiente influye en la motivación y la conducta de quienes conforman la organización (Chiavenato, 2019).

Aguilar Polo (2011, citado en Rizo Pozos, 2015) sostiene que el clima organizacional se mide a través del nivel de actitud en la comunicación, la condición de liderazgo de la administración, la motivación del empleado y la satisfacción laboral. Rizo Pozos define estas dimensiones de la siguiente manera:

- **Comunicación:** mide el grado de convivencia y la práctica comunicativa interpersonal y/o grupal, su estructura formal e informal entre jefes y empleados, relacionados con los espacios de socialización afectiva dentro o fuera, el saber escuchar y las conductas de comunicación en una organización.
- **Liderazgo:** mide el grado de percepción de un conjunto de características estables, la capacidad de influir en un grupo, el nivel de confianza y funcionalidad percibido entre el equipo en la toma de decisiones, iniciativas, gestiones y promocionar un estilo de la administración eficiente con carácter estratégico donde exista un equilibrio organizacional.
- **Motivación:** mide el conjunto de aspectos que el jefe valora o cuestiona y que se encuentran relacionados con la naturaleza, contenido del trabajo mismo, el ambiente físico y psicológico.
- **Satisfacción laboral:** mide el grado de actitudes de satisfacción que valora el trabajador o cuestiona con la relación con sus superiores o compañeros, condiciones físicas en el trabajo, participación en las decisiones, satisfacción con su trabajo y reconocimiento (pp. 58, 59).

Funcionamiento Familiar

Por otra parte, García-Méndez et al. (2006) definieron el funcionamiento familiar como el proceso en donde se encuentra involucrado el individuo, la familia y la cultura. También tiene que ver con la capacidad que una familia presenta, para suplir las necesidades de cada uno de sus integrantes. De igual manera, dentro de esta estructura se generan patrones de relación, los cuales se van consolidando durante diferentes fases del ciclo de vida.

Las dimensiones que componen el funcionamiento familiar se pueden definir de la siguiente manera (Pérez González et al., 1997):

- a. **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- b. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- c. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- d. **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias

- de otras familias e instituciones.
- e. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
 - f. Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
 - g. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (pp. 64).

Método

El estudio aquí reportado fue descriptivo, transversal y correlacional, no experimental. Se usaron instrumentos cuantitativos para medir la salud espiritual, el clima organizacional y el funcionamiento familiar, que se aplicaron en una única ocasión. Se buscó describir el comportamiento de las variables en la población estudiada y establecer el nivel de significación estadística de las relaciones entre ellas.

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por personas laboralmente activas que trabajan en organizaciones, empresas o microempresas que están dados de alta en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el territorio mexicano. Por la disponibilidad que tenían los investigadores para acercarse a de los participantes, se seleccionó un esquema de muestreo no probabilístico, por conveniencia. Para recolectar los datos se le envió un formulario electrónico a los contactos que se tenían disponibles de los estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Veracruz y Nuevo León. Por el tipo de muestreo, el nivel de generalización de los resultados del estudio está condicionado. Debido al inicio de la pandemia por COVID-19 se decidió continuar el estudio con la participación de 235 personas adultas de entre 18 y 64 años, 105 hombres (45.3%) y 127 mujeres (54.7%). Según el tipo de empleado, los participantes se distribuyeron entre los que desempeñan un cargo administrativo ($n = 59$), los que son empleados de planta ($n = 70$), los que trabajan por contrato ($n = 57$), los que trabajan por horas ($n = 30$) y los que trabajan con otras modalidades ($n = 16$).

Instrumentos

Para medir la salud espiritual, se utilizó la Escala de Salud Espiritual de la Universidad de Morelos (ESE-UM). La ESE-UM fue desarrollada y validada por Korniejczuk et al. (2020) y cuenta con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .958. Esta escala está compuesta por tres dimensiones: relación con ser supremo ($\alpha = .908$), relación uno mismo ($\alpha = .910$) y relación con el entorno ($\alpha = .872$).

Para medir el clima organizacional se utilizó el Inventario Psicológico de Clima Organizacional (Aguilar Polo, 2011, citado en Rizo Pozos, 2015), el cual mostró un coeficiente alfa de Cronbach de .960. Consta de 47 afirmaciones divididas en cuatro dimensiones: comunicación ($\alpha = .843$), liderazgo ($\alpha = .898$), motivación (α

= .811) y satisfacción laboral ($\alpha = .855$).

Para la variable funcionamiento familiar, se utilizó como instrumento de medición el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Ortega Veitía, de la Cuesta Freijomil y Días Retureta, 1999). Esta escala mostró un alfa de Cronbach de .903. Contiene 14 situaciones que pueden ocurrir en una familia y consta de siete dimensiones: cohesión ($\alpha = .508$), armonía ($\alpha = .657$), roles ($\alpha = .635$), afectividad ($\alpha = .833$), comunicación ($\alpha = .673$), adaptabilidad ($\alpha = .430$) y permeabilidad ($\alpha = .601$).

Análisis de Datos

Como no se pudo demostrar el supuesto de normalidad conjunta (coeficiente de Shapiro-Wilk = 0.921, $p = .001$), requerido para las correlaciones paramétricas, se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman para observar la relación entre las variables del estudio.

Resultados

Este estudio procuró determinar si la salud espiritual está relacionada con un clima organizacional favorable y de buen funcionamiento familiar.

La salud espiritual se correlaciona significativamente con el clima organizacional ($\rho = .231$, $p < .001$) y el funcionamiento familiar ($\rho = .447$, $p < .001$).

En un análisis de la relación de la puntuación obtenida en cada uno de los factores de la salud espiritual con las puntuaciones totales del clima organizacional y del funcionamiento familiar, se observó que todas las correlaciones posibles resultaron estadísticamente significativas (ver Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones de las Dimensiones de la Salud Espiritual con el clima Organizacional y el Funcionamiento Familiar

Dimensión	Variable	ρ
Relación con un ser supremo	Clima organizacional	.189*
	Funcionamiento familiar	.389**
Relación con uno mismo	Clima organizacional	.247**
	Funcionamiento familiar	.435**
Relación con el entorno	Clima organizacional	.189*
	Funcionamiento familiar	.414**

Nota. * $p < .01$. ** $p < .001$.

Las correlaciones de los factores de la salud espiritual con cada uno de los factores del clima organizacional y del funcionamiento familiar se presentan en las tablas 2 y 3.

Tabla 2

Relación de los Factores de Salud Espiritual con los Factores de Clima Organizacional

Factor de salud espiritual	Factor de clima organizacional	ρ
Relación con un ser supremo	Comunicación	.163*
	Liderazgo	.195*
	Motivación	.200*
	Satisfacción laboral	.181*
Relación con uno mismo	Comunicación	.206*
	Liderazgo	.253**
	Motivación	.264**
	Satisfacción laboral	.223*
Relación con el entorno	Comunicación	.187*
	Liderazgo	.208*
	Motivación	.190*
	Satisfacción laboral	.184*

Nota. * $p < .01$. ** $p < .001$.

Tabla 3

Relación de los Factores de Salud Espiritual con los Factores de Funcionamiento Familiar

Factor de salud espiritual	Factor de funcionamiento familiar	ρ
Relación con un ser supremo	Cohesión	.308**
	Armonía	.365**
	Comunicación	.291**
	Permeabilidad	.233**
	Afectividad	.328**
	Roles	.282**
	Adaptabilidad	.272**
Relación con uno mismo	Cohesión	.358**
	Armonía	.414**
	Comunicación	.340**
	Permeabilidad	.265**
	Afectividad	.347**
	Roles	.338**
Adaptabilidad	.317**	

Factor de salud espiritual	Factor de funcionamiento familiar	ρ
Relación con el entorno	Cohesión	.333**
	Armonía	.360**
	Comunicación	.306**
	Permeabilidad	.298**
	Afectividad	.371**
	Roles	.287**
	Adaptabilidad	.261**

Nota. * $p < .01$. ** $p < .001$.

Discusión

El estudio de las variables permitió conocer la relación de la salud espiritual con el clima organizacional y el funcionamiento familiar. Los resultados revelan que la salud espiritual influye positiva y significativamente sobre ambas variables, mucho más sobre el funcionamiento familiar.

Con respecto a la influencia de la salud espiritual sobre el clima organizacional, los resultados revelan que tener alta salud espiritual influye positivamente sobre la percepción que tiene el individuo de su entorno laboral en general. Es decir, los trabajadores que se encuentran en un estado de bienestar con un ser sagrado, consigo mismo y con la naturaleza, se sienten más motivados en su entorno laboral, tienen herramientas que favorecen una sana comunicación y pueden influir sobre sus compañeros de trabajo de manera eficiente.

Algunas investigaciones han observado una relación positiva entre la espiritualidad o el bienestar espiritual y el clima organizacional (Gotsis y Grimani, 2017; Lee et al., 2013; Portales, 2015; Vélez-Alvarado y González Valles, 2019). De acuerdo con Ureña Bonilla et al. (2014), la espiritualidad funciona como un factor de protección del individuo, que le permite tener herramientas para lograr un mejor desempeño laboral. Asimismo, Arias Gallegos et al. (2013) observaron una relación positiva entre la felicidad en el contexto laboral y la espiritualidad. Esto quiere decir que, a mayor grado de espiritualidad, los trabajadores manifiestan una mejor percepción de su entorno laboral.

Moreno Freites et al. (2016) encontraron que, cuando el trabajador se mantiene en sus creencias y valores que rigen su vida, se sienten en armonía, plenos, motivados y con un buen rendimiento en el ámbito laboral y social, fomentando así la espiritualidad como parte importante y esencial en el diario vivir. Esto concuerda con lo encontrado en este estudio, ya que el factor relación con uno mismo presenta una relación positiva con todos los factores del clima organizacional.

En este estudio se observó que la salud espiritual influye positivamente y en mucha mayor proporción sobre el funcionamiento familiar. Los resultados muestran que, cuando un individuo mantiene conexión y comunicación con un ser que

considera sagrado, la unidad familiar física y emocional también se ve favorecida. Esto quiere decir que las personas con salud espiritual sienten mayor empatía hacia las necesidades de los demás miembros de la familia, son capaces de expresar sentimientos y emociones positivas los unos hacia los otros y cumplen sus responsabilidades y funciones en el hogar, llevando a la familia a un estado de equilibrio emocional y a la capacidad de adaptarse a situaciones negativas que deba enfrentar.

Goldsmith (1989) y Jiménez Figueroa y Moyano Díaz (2008) afirman que, al igual que el trabajo, la familia es otra de las esferas fundamentales en donde el ser humano se desarrolla y que no puede ser estudiada ni comprendida de manera independiente, ya que puede verse afectada o influida por otros factores. La salud espiritual podría constituir uno de ellos.

Como observaron Miqueletto et al. (2017), la espiritualidad juega un papel importante en las familias, en especial en las que enfrentan la enfermedad o la muerte de uno de sus miembros, pues los ayuda a dar sentido a estas experiencias.

La espiritualidad también influye de manera positiva sobre la relación entre los cónyuges. Según López Ricarte (2017), cuando los cónyuges muestran un mayor desarrollo espiritual son capaces de gozar mayor satisfacción marital.

De acuerdo con Beltrán Sánchez et al. (2015), las prácticas de salud espiritual de los miembros de una familia, como sus creencias, sus actos de fe y sus acciones acordes con principios, favorecen una vida con propósito y una buena relación unos con otros.

La salud espiritual se ve implicada en las diferentes etapas, momentos y relaciones que surgen dentro de una familia y puede influir positivamente en cada miembro, así como en el funcionamiento familiar global.

En suma, el presente estudio mostró una relación positiva de la salud espiritual con el clima organizacional y el funcionamiento familiar.

Conclusiones

Los tres factores de la salud espiritual influyen sobre el clima organizacional. Las personas con mayor puntuación en salud espiritual se encuentran más motivadas por el liderazgo de sus superiores en el trabajo y tienen mejor percepción del contenido y del ambiente laboral, razones a las cuales se podría atribuir un mejor desempeño laboral. Además, promueven un ambiente físico y psicológico adecuado dentro de la organización.

Así mismo, los trabajadores que tienen mejor relación con los demás, con la naturaleza y consigo mismo, en el área espiritual, tienden a influir más sobre sus compañeros y generan mayor confianza entre los miembros de la organización para la toma de decisiones, las iniciativas y las gestiones dentro de la organización.

De estos resultados también se desprende que, en el plano espiritual, conocer los valores propios, tener la certeza de que la vida de cada individuo tiene un significado y saber apreciar lo bueno del entorno y de los demás, así como ser paciente y respetuoso con ellos, facilita y mejora las habilidades comunicativas entre los

miembros de una organización dentro y fuera de ella.

Se ha observado que la salud espiritual influye sobre la satisfacción laboral, lo que significa que cuanto mejor sea la relación con ser supremo, con el entorno y con uno mismo, mejor es la actitud que tienen hacia las condiciones físicas, sociales y psicológicas del trabajo.

De la misma manera, la salud espiritual influye sobre el funcionamiento familiar, en todos sus factores. Esto quiere decir que la comunicación y conexión con aquello que se considera sagrado, el conocimiento de los propios valores y su práctica hacia los demás y el respeto hacia la naturaleza elevan positivamente la unión física y emocional de los miembros de la familia, mejora la comunicación, la capacidad de adaptarse a nuevos entornos, la expresión emocional y las responsabilidades dentro del ambiente familiar.

Como ya se mencionó previamente, el trabajo y la familia son aspectos muy importantes en la vida de cada persona, como puede observarse en la cantidad de horas que les dedica y en la gran atención y energía que les brinda cuando ese tiempo es de calidad.

Cuanto mayor salud espiritual reportan las personas, mejor es su percepción del clima organizacional y del funcionamiento familiar. Posiblemente, la salud espiritual influye en menor proporción –aunque significativamente– sobre el clima organizacional que sobre el funcionamiento familiar, porque al percibir el significado de vida y el propósito último según el propio sistema de creencias, cada persona considera a su familia como de mayor importancia que su trabajo. Para muchos, la familia es el motor y la motivación del sentido de trascendencia.

Referencias

- Arias Gallegos, W. L., Masías Salinas, M. A., Muñoz Shimizu, E. R. y Arpasi Catacora, S. M. (2013). Espiritualidad en el ambiente laboral y su relación con la felicidad del trabajador. *Revista de Investigación*, 13(4), 9-33. https://ucsp.edu.pe/images/direccion_de_investigacion/PDF/revista2013/Espiritualidad-y-felicidad-en-el-trabajador.pdf
- Arias-Jiménez, M. (2007). Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concierne a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. *Enfermería en Costa Rica*, 28(1), 12-19.
- Beltrán Sánchez, D., García Castiblanco, C., Manzano Arenas, L. C. y Murillo González, F. A. (2015). *La espiritualidad, dimensión constitutiva del desarrollo humano: su significado en los estudiantes y sus familias del Instituto San Bernardo de la Salle y el Colegio de la Salle* [Tesis de maestría, Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia]. https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_docencia/475
- Bustelo-Gracia, J. (2019). La percepción de la inteligencia espiritual en las empresas. *Revista Empresa y Humanismo*, 22(2), 9-25. <https://doi.org/10.15581/015.XXII.2.9-25>
- Chiavenato, I. (2019). *Administración de recursos humanos*. McGraw-Hill.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement [Bienestar espiritual: conceptualización y medición]. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Fisher, J. (2011). The four domains model: connecting spirituality, health and well-being [El modelo de los cuatro dominios: Conectando espiritualidad, salud y bienestar]. *Religions*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>

- Fisher, J. W. (1998). Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum [*Salud espiritual: su naturaleza y lugar en el currículo escolar*] [Tesis doctoral, The University of Melbourne]. Minerva Access. <http://hdl.handle.net/11343/39206>
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110. <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R22/R225.pdf>
- Goldsmith, E. B. (1989). *Work and family: Theory, research and applications* [Trabajo y familia: Teoría, investigación y aplicaciones]. Sage.
- Gotsis, G. y Grimani, K. (2017). The role of spiritual leadership in fostering inclusive workplaces [El papel del liderazgo espiritual en el fomento de lugares de trabajo inclusivos]. *Personnel Review*, 46(5), 908-935. <https://doi.org/10.1108/pr-11-2015-0286>
- Jiménez Figueroa, A. y Moyano Díaz, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum*, 23(1), 116-133. <https://doi.org/10.4067/S0718-23762008000100007>
- Korniejczuk, V. A., Moroni, C. M., Quiyono Escobar, E., Rodríguez Gómez, J., Valderrama Rincón, A., Charles-Marcel, Z. L., Barriguete Meléndez, J. A. y Córdova Villalobos, J. A. (2020). La salud espiritual, su evaluación y su papel en la obesidad, la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no-transmisibles. En J. M. Abdo, C. Aguilar, J. F. Allilaire, T. Barrientos, J. A. Barriguete, J. Baulieux, P. Casaubón, Z. L. Charles Marcel, J. A. Cordova, T. Corona, F. Cruz, M. E. De León, J. R. Enríquez, F. Pérez Galaz, A. González, E. Graue, G. Guerrero, L. M. Gutiérrez, S. Hercberg, . . . J. Tapia (Eds.), *Nutrición, obesidad, BDM, HTA, dislipidemias, TCA, salud mental* (pp. 561-586). Producciones Sin Sentido Común.
- Landy, F. J. y Conte, J. M. (2005). *Psicología industrial: introducción a la psicología industrial y organizacional*. McGraw-Hill.
- Lee, S., Lovelace, K. J. y Manz, C. C. (2013). Serving with spirit: An integrative model of workplace spirituality within service organizations [Sirviendo con espíritu: un modelo integrador de espiritualidad en el lugar de trabajo dentro de las organizaciones de servicio]. *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 11(1), 45-64. <https://doi.org/10.1080/14766086.2013.801023>
- Longuiniere, A. C. F., Yarid, S. D. y Sampaio Silva, E. C. (2018). Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico [Influencia de la religiosidad/espiritualidad del profesional de la salud en el cuidado del paciente crítico]. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1961-1972. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>
- López Ricaurte, F. A. (2017). *Espiritualidad y satisfacción marital en cónyuges de la Asociación Llanos Orientales, Zona Uno, Villavicencio, Colombia, 2017* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de Tesis Universidad Peruana Unión. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1152>
- López, J. P. y Fierro, I. (2015). Determinantes de la felicidad en los administradores: una investigación realizada en las farmacias del Grupo Difare en Ecuador. *Revista Universidad y Empresa*, 17(29), 181-211. <https://doi.org/10.12804/rev.univ.empresa.29.2015.08>
- Marques, J., Dhiman, S. y King, R. (2005). Spirituality in the workplace: Developing an integral model and a comprehensive definition [Espiritualidad en el lugar de trabajo: Desarrollando un modelo integral y una definición comprensiva]. *Journal of American Academy of Business*, 7(1), 81-91. <http://www.jaabc.com/jaabcv7n1preview.html>
- Miqueletto, M., Silva, L., Figueira, C. B., Santos, M. R. D., Szylit, R. y Ichikawa, C. R. D. F. (2017). Spirituality of families with a loved one in end-of-life situation [Espiritualidad de las familias con un ser querido en situación de final de vida]. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1616-1627. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>
- Moberg, D. O. (1979). *Spiritual well-being* [Bienestar espiritual]. University Press of America.
- Moreno Freites, Z., García Jiménez, M. y Hernández, J. (2016). Un estudio de caso en el análisis de la espiritualidad en el trabajo. *Revista Oikos*, 19(39), 29-48. <https://doi.org/10.29344/07184670.39.985>
- Moroni, C. M., Olmedo Espinosa, L. A., Manzano González, M., Korniejczuk, V. A., Guerrero Jiménez, D. A., Quiyono Escobar, E. y Valderrama Rincón, A. (2021). Impact of spiritual health and family functioning on symptoms of depression and anxiety [Impacto de la salud espiritual y el funcionamiento familiar en los síntomas de depresión y ansiedad]. *Cogent Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1980259>
- Ortega Veitía, T., de la Cuesta Freijomil, D. y Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
- Pérez González, E., de la Cuesta Freijomil, D., Louro Bernal, I. y Bayarre Vea, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia ergo-sum*, 4(1), 63-66. <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/8017>

- Portales, L. (2015). El poder de las palabras de los capellanes. El impacto en los colaboradores de la gestión de la espiritualidad laboral. *Estudios Gerenciales*, 31(135), 212–222. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.12.004>
- Rizo Pozos, M. A. (2015). *Diagnóstico del clima organizacional en una dependencia gubernamental, período de estudio 2014-2015* [Tesis de maestría, Universidad Veracruzana]. Repositorio Institucional Universidad Veracruzana. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42069/RizoPozosMaAngeles.pdf?sequence=1>
- Rosario-Nieves, I., Plaza-Montero, A. y Báez-Rivera, A. (2012). *La salud mental en Puerto Rico: una mirada desde las estadísticas y las políticas públicas*. https://publicaciones.pucpr.edu/version_digital/la_salud_mental_pr/
- Salem, G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Masson.
- Ureña Bonilla, P., Barrantes Brais, K. y Solís Bastos, L. (2014). Psychological well-being, spirituality at work, and self-reported health by faculty and staff from Universidad Nacional in Costa Rica [Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y salud autoinformada por docentes y personal de la Universidad Nacional de Costa Rica]. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 155-175. <https://doi.org/10.15359/ree.18-1.7>
- Uribe Velásquez, S. P. y Lagoueyte Gómez, M. I. (2014). “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería*, 32(2), 261-270. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46230>
- Vélez-Alvarado, R. A. y González Valles, R. (2019). La relación entre la espiritualidad en el ambiente laboral y el compromiso organizacional en un grupo de empleados de un municipio del área oeste de Puerto Rico. *Informes Psicológicos*, 19(1), 11-30. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n1a01>
- Zaros A. A. (2018). Los herederos de los abuelos: sobre la socialización religiosa en familias de diferentes credos en Buenos Aires. *Debates Do Ner*, 19(33), 235-262. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/95414>

CO-CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN MUJERES JÓVENES CON INTENTO SUICIDA. ANÁLISIS DISCURSIVO DEL DIÁLOGO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO

CO-CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN SUICIDAL YOUNG WOMEN. DISCOURSE ANALYSIS OF THE THERAPEUTIC DIALOGUE: A CASE STUDY

Bernardo Enrique Roque Tovar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3634-0942>

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México

Edgar Antonio Tena Suck

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9330-3585>

Universidad Iberoamericana campus Santa Fe. México

Antonio Sánchez Antillón

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5763-4245>

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Roque Tovar, B. E., Tena Suck, E. A. y Sánchez Antillón, A. (2022). Co-construcción de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes con intento suicida. Análisis discursivo del diálogo terapéutico: estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 157-172. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.994>



Resumen

El presente artículo explora la formación de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes que han tenido un intento suicida a través del análisis de un episodio en la atención terapéutica de un caso específico. Se parte de una concepción de la alianza como una negociación constante entre terapeuta y paciente que se aprecia en el diálogo terapéutico. Para el análisis del episodio se utiliza una metodología de análisis del discurso basada en la teoría de los actos del habla; el instrumento utilizado fue el Algoritmo David Liberman. Los resultados muestran la importancia de la complementariedad lingüística en la formación de la alianza, así como los actos del habla que la sugieren. El artículo termina con una serie de conclusiones a tomar en cuenta por el clínico en la construcción de la alianza en general y de manera particular con casos con intento suicida.

Palabras clave: alianza terapéutica, suicidio, análisis del discurso, diálogo terapéutico, mujeres jóvenes

Abstract

This article explores the construction of the therapeutic alliance in young women who have experienced a suicide attempt through the analysis of an episode taken from the psychotherapy treatment of a specific case. We are based on the conception of the therapeutic Alliance as a constant negotiation between therapist and patient and that can be appreciated in their therapeutic dialogue. The selected methodology was discourse analysis based on the speech acts theory.; the used instrument was the David Liberman Algorithm. The results show the importance of linguistic complementarity in the construction of the Alliance and at the same time the speech acts that suggest it. The article finishes with a series of conclusions to be considered for the clinician when building Alliance in general and specifically with cases who have attempted suicide.

Keywords: therapeutic alliance, suicide, discourse analysis, therapeutic dialogue, young women

La Organización Panamericana de la Salud define al suicidio como “el acto de matarse deliberadamente” (2014, p. 12). Este fenómeno se enmarca dentro de un continuum más amplio que se conoce como *Conductas Suicidas*. Entre las dos más importantes se encuentra la Ideación Suicida (pensamientos) y el Intento Suicida (daño autoinfligido que tiene por objeto el logro del suicidio sin lograrlo). Como señala Echeburúa (2015), las conductas suicidas se presentan de manera muy diversa ya en la atención clínica de las mismas. Keefner y Stenving (2021), por su parte, señalan que el término “suicidología” cubre un amplio espectro de niveles de sufrimiento emocional y de posibilidades de intentos para llevarlo a cabo.

En cuanto a la prevalencia, la Organización Panamericana de la Salud (2014) reporta un estimado de 800,000 suicidios en todo el mundo, a un promedio de una muerte por suicidio cada 40 segundos de manera global. El mismo reporte (Organización Panamericana de la Salud, 2014) señala que el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial entre la población de 15 a 29 años y son los países de bajo y mediano ingreso los que acumulan casi el 75% del total de suicidios cometidos en el mundo. La tasa es de 11.4 por cada 100,000 habitantes, aunque en los países de alto ingreso es ligeramente más alta que en los de mediano y bajo ingreso (12.7 por cada 100,000 contra 11.2 por cada 100,000). La tasa hombre-mujer es de 15 por cada 100,000 y 8 por cada 100,000 respectivamente, mientras que la proporción entre sexos es de 1.9 suicidios en hombres por cada uno en mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2014). En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2018) reporta una tasa de suicidio de 5.4 muertes por cada 100,000 habitantes. La tasa en hombres es de 8.9 por cada 100,000 y en mujeres de 2 por cada 100,000, para un total de 1,253 suicidios en el año referido. Por otro lado, y de especial relevancia para este trabajo, Canneto y Safinofsky (1998) han encontrado en las estadísticas globales lo que se conoce como la *paradoja de género* (gender paradox) en el suicidio, indicando que las mujeres presentan mayor ideación y conductas suicidas que los hombres, aunque estos últimos lo consuman más. Este dato es de suma relevancia ya que el presente trabajo analizará la construcción de la alianza en una mujer con intento suicida.

Ante la prevalencia de este fenómeno, los modos de intervención clínica se vuelven muy importantes de analizar para conseguir una mejor atención. Uno de los aspectos del manejo de esta población es la construcción de la alianza terapéutica. Jobs y Ballard (2011) afirman que el establecimiento de la alianza terapéutica es una condición indispensable y difícil de lograr en el trabajo con pacientes suicidas, con muchas altas y bajas, así como constantes amenazas de ruptura. Sostienen que el suicidio es un acto interpersonal y eso involucra al terapeuta mismo. Mencionan que es bastante frecuente que la muerte por suicidio de una persona que estaba en terapia sea atribuida al terapeuta y no al contexto suicida del paciente. Echeburúa (2015) también refiere la gran necesidad de establecer una fuerte alianza con el consultante que ha manifestado alguna conducta suicida, así como con el entorno inmediato del mismo. Señala que los objetivos del proceso terapéutico han de

centrarse en alguna de las diferentes dimensiones: la ideación, la conducta o las lesiones. Por su parte, Perry et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con pacientes que habían tenido intento o ideación suicida y que tuvieron una psicoterapia psicodinámica de largo plazo y encontraron que la alianza fungía como un moderador hacia las reacciones negativas al tratamiento por parte del consultante. En otras palabras, a mejor alianza menos reacciones negativas, lo cual proporciona mejores condiciones para la psicoterapia. En una línea similar, Barzilay et al. (2020) señalan la importancia de observar las respuestas emocionales del terapeuta durante las primeras sesiones al trabajar con pacientes con ideación suicida. En su investigación encontraron que reacciones emocionales negativas por parte del terapeuta están asociadas con una menor percepción de la alianza por parte del paciente. Señalan que esto es independiente de la orientación que pueda tener el terapeuta. Sin duda, el logro de una relación colaborativa y una fuerte alianza son requisitos esenciales en la atención de esta población de pacientes.

El concepto de alianza ha evolucionado de considerarlo una parte de la transferencia del paciente a una negociación mutua, de una perspectiva unidireccional a una relacional. Krause et al. (2011) refieren que el cambio más importante para considerar a la alianza como un factor común en los procesos terapéuticos ocurrió cuando ésta salió del enfoque psicoanalítico con base en el trabajo de Luborsky (1976) y Bordin (1976) al poner el concepto en su dimensión consciente del pacto terapéutico. Sus ideas sobre la alianza eran diferentes, pero los dos coincidían en ubicarla en un acuerdo mutuo y consciente de colaboración terapéutica. Bordin enfatizaba el establecimiento del vínculo terapeuta-paciente y, por otro lado, el enfoque en el logro de los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, Luborsky resaltaba el desarrollo gradual de la alianza a manera de fases durante el transcurso de la terapia.

Aun cuando no existe un consenso para la definición de este importante constructo trans-teórico en psicoterapia, los aspectos de definición tanto conceptual como operacional que se toman para este artículo son:

- El acuerdo para el logro de las metas del paciente y la realización de las tareas señaladas por el terapeuta (Gaston, 1990).
- La alianza y la colaboración entendida como una negociación permanente (Doran et al., 2017).
- El concepto de terreno común (*common ground*, Clark et al., 1983) para entender el intercambio que ocurre dentro del diálogo terapéutico. El terreno común se define como el conocimiento mutuo acumulado entre los interlocutores.

La concepción más relevante para la alianza terapéutica que se toma en esta investigación se relaciona con entenderla como una negociación permanente que ocurre en el diálogo terapéutico, con encuentros y desencuentros que contribuyen a la formación de la alianza y también a su amenaza, la construcción y la obstrucción del vínculo identificable en la interacción dialógica terapeuta-paciente y que ocurre

a un nivel micro-analítico. En esta línea, autores como Ribeiro et al. (2019) afirman que la colaboración terapeuta-paciente es esencial en el desarrollo de la alianza terapéutica. En su investigación de caso único, encontraron que en un proceso terapéutico de fracaso los episodios no colaborativos fueron mucho más frecuentes que en un caso de éxito, y las intervenciones por parte del terapeuta tendían a ser más desafiantes. En la experiencia de un buen resultado, las intervenciones reflejaban un mayor balance entre intervenciones de desafío y de soporte.

Aun cuando existen muchos instrumentos de auto-reporte y de escala para evaluar la construcción de la alianza, este trabajo sigue la línea trazada por Herrera Salinas et al. (2009) quienes sitúan a las dificultades en la construcción de la alianza como parte del sistema relacional psicoterapéutico y que ocurre en micro-momentos de la sesión. Autores como Goldberg (2016), al hablar de las aportaciones del terapeuta a la creación constructiva de la alianza, definen que una de las capacidades fundamentales es la de saber rectificarse, afinando la perspectiva que se tiene del paciente a la vez que éste último rectifica a su vez las intervenciones del terapeuta, en un sentido de colaboración mutua. Por el contrario, la alianza obstructiva en el terapeuta se identifica por la dificultad en detectar los puntos centrales de lo dicho por el paciente o en “aferrarse” a concepciones previas, mientras que el paciente contribuye con una cierta desconfianza hacia el trabajo del terapeuta. Como precisa sintéticamente este autor, la alianza terapéutica obstructiva se da cuando no se detecta el punto de urgencia expresado por el paciente o cuando aferrado el terapeuta a sus supuestos teóricos no permite descifrar los temas emergentes que convocan la acción eficaz del terapeuta. Mientras que la alianza constructiva se da gracias a que los intercambios terapeuta-paciente se sostienen en un estado afectivo de confianza, lo cual permite que el paciente ofrezca nuevas asociaciones permitiendo que el terapeuta re-enfoque sus intervenciones hacia ese nuevo material que se le ofrece.

Lieberman (1972) sostiene que los momentos óptimos del proceso terapéutico se dan cuando la complementariedad implica al terapeuta en una conexión empática, de modo que atiende el punto de urgencia y ofrece estructuras sintácticas eficientes y que han sido ajenas al paciente hasta ese momento. Y en donde correlativamente el paciente, al tener nuevos *insights*, genera mayor confianza en el terapeuta y en el espacio de trabajo; éste proceso es precipitante del cambio en psicoterapia ya que permite superar dificultades o conflictos. Fossa y Molina (2017) también han estudiado, desde una perspectiva de micro-proceso, episodios donde la falta de sintonía entre paciente y terapeuta puede debilitar el vínculo terapéutico. Esto ocurre cuando se identifican dificultades para la co-construcción de significados, que ya dentro del diálogo tiende a expresarse en escaladas donde parece haber un alejamiento cognitivo o emocional, lo cual lleva a fases de estancamiento que pueden amenazar al vínculo y a la alianza psicoterapéutica. Afirman de manera muy clara que la co-construcción de significados o de sintonía en el lenguaje no puede ser estudiado antes o después de que ocurra, sino en el mismo momento que acontece. Por lo tanto, esta es una propiedad dinámica de las relaciones terapéuticas. Ya es-

pecíficamente en la población estudiada en el presente artículo, Østlie et al. (2018) han investigado la importancia de una perspectiva de escucha amplia en el trabajo con pacientes con ideación suicida. Afirmar la importancia que tiene establecer convergencia entre las “teorías privadas” (construcciones personales e implícitas) que pacientes y terapeutas tienen con respecto al tema del suicidio, el tratamiento a seguir y las posibilidades de cura. Esta convergencia es muy importante para fortalecer el vínculo que se genera en la terapia. También añaden la importancia de investigar esta convergencia en el análisis directo de los intercambios dialógicos que ocurren en el proceso terapéutico, más que en entrevistas posteriores.

Autores como Maldavsky et al. (2017) han construido un instrumento para evaluar la construcción de la alianza desde el intercambio entre paciente y terapeuta durante las primeras sesiones basada en una metodología de análisis del discurso (Algoritmo David Liberman) que se centra en la co-construcción dialógica del motivo de consulta, la sintonía y el foco de tratamiento. Aun cuando estos estudios sobre la alianza terapéutica se han realizado dentro del terreno psicoanalítico, sus resultados impactan el terreno de la psicoterapia en general al estar centrados en evidencias empíricas (el diálogo terapéutico objetivado en la transcripción de la sesión) analizadas desde metodologías de análisis del discurso (Mergenthaler y Stinson, 1992). Esta perspectiva centrada en el intercambio dialógico que ocurre durante las sesiones psicoterapéuticas es muy importante ya que, como se explicó anteriormente, el conocimiento mutuo acumulado es trascendental para la construcción de la alianza terapéutica.

Es de esta manera que el presente trabajo tratará de explorar, mediante un estudio de caso, la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se co-construye en el diálogo terapeuta-paciente la alianza terapéutica en la atención de una mujer joven que presentó intento de suicidio? Por otra parte, el objetivo de la investigación se propone analizar la co-construcción de la alianza terapéutica en el diálogo terapeuta-paciente en la atención psicoterapéutica de una mujer joven que presentó intento de suicidio.

Método

Algoritmo David Liberman, en su Modalidad de Estructura Frase (ADL).

Maldavsky (2004; 2013) creó el Algoritmo David Liberman (ADL) conformado por tres métodos de análisis de texto basado en la Teoría de los Actos del Habla: por conteo de palabras de manera computarizado, relatos y estructura-frase. Para los objetivos del presente escrito se retoma el último de ellos. En su origen se trata de una metodología interdisciplinaria de análisis entre la perspectiva del giro lingüístico que permite analizar frases o enunciados y los supuestos teóricos psicoanalíticos.

Maldavsky (2013) especifica que en el ADL se pueden hacer varios tipos de análisis dependiendo de lo que se pretenda en el proceso investigativo.

Aun cuando este método está originalmente desarrollado para el estudio de los procesos psicoanalíticos, el autor señala que es apropiado para el estudio de “manifestaciones culturales y sociales de diverso tipo” (Maldavsky, 2004, p. 8). Es importante señalar que lo que se retomará para este estudio es la propuesta de “estructuras frase” incluidos en el método (Maldavsky, 2004) para el análisis desde los actos del habla, y no los conceptos psicoanalíticos aplicados a las propuestas metapsicológicas como interpretación teórica, en tanto que nuestro marco teórico es desde la teorización de alianza terapéutica como la reformulan Doran et al. (2017). Ejemplos de actos del habla incluyen los lamentos, las demandas de amor, los imperativos, confirmación de la opinión propia o ajena, síntesis, exageración, énfasis, muletillas, entre muchos otros. La descripción completa de la clasificación de actos del habla de este instrumento se encuentra en Maldavsky (2013, pp. 94-97).

Descripción del Caso Clínico y Fragmento Utilizado

El extracto de diálogo terapéutico que se mostrará está tomado de la segunda sesión de atención a una mujer joven que reportó un intento de suicidio y fue atendida posteriormente en un proceso terapéutico prolongado. El caso forma parte de un proyecto más amplio que investigó el fenómeno del suicidio en mujeres jóvenes desde diferentes perspectivas. Se tomaron todas las consideraciones éticas necesarias para mantener el anonimato de las participantes a través de un consentimiento informado.

La terapeuta de quien se tomó el material de las sesiones, tiene formación en terapia familiar sistémica con más de 20 años de práctica clínica. En cuanto a la paciente, se trata de una graduada en historia del arte, quien ha tenido dificultades para insertarse en el campo laboral. Una característica particular en la demanda de la paciente es cómo mediar los consejos e imperativos que se le hacen de parte de sus familiares, amigos cercanos y sobre todo compañeros sentimentales. A lo largo de su vida ha presentado diferentes intentos de suicidio. La constante en el relato de la paciente en las primeras sesiones es la incapacidad y el fracaso para el mantenimiento de relaciones de pareja y para alcanzar el éxito y el reconocimiento profesional deseado. En cada momento de crisis, el precipitado del acto emerge a propósito de una ruptura amorosa. El pasaje nos permitirá ver las complejidades en la construcción de la alianza y cómo esta se va resolviendo dentro del diálogo terapéutico. El contenido del fragmento, tomado de una segunda sesión, habla acerca del inicio de una relación amorosa de la paciente, en una etapa inicial de cortejo.

Los turnos están divididos por número e identificados con la letra P para la paciente y T para la terapeuta. Este es el extracto que consta de 19 turnos:

P: Si me le ofrezco tan fácil...

T: Ajá.

P: Estoy absolutamente casi segura, que no le... o sea, no es eso lo que quiere.

T: Mm...

P: Le gustan las cosas difíciles, y sí le..., o sea, no le gustan las complicaciones, pero no le gustan las cosas así.

T: Tan fáciles.

P: Entonces, yo ya me tengo que hacer del rogar.

T: Mm... ¿Y a ti te gusta eso?, jugar esos juegos.

P: ¡No..!, me aburren, o sea, ¿Qué necesidad?

T: Son desgastantes.

P: Y, si, son dinámicas de poder como súper, ¡ah!

T: Como de ir marcando, ¿Verdad?

P: ¡Ay, sí!, qué flojera.

T: Ajá, entonces entre lo que tú quieres, ella es, ¿O qué distancia hay?

P: No sé, tengo que hablar con ella (Risas)

T: Ah, ya debes saber cómo...

P: Y ahí el meollo del asunto.

T: Sí.

P: No sé si ya es el idílico, o sí que, no sé.

Resultados

A continuación, se presenta en la tabla 1 el análisis desde el ADL. Se muestran dos columnas: en la primera se expone el texto y en la segunda se califican las frases de acuerdo a los actos del habla predominantes en cada turno.

Tabla 1
Análisis ADL Episodio 1

Texto	Acto del habla
	1
<i>P: Si me le ofrezco tan fácil...</i>	Condicional, ambigüedad y falta de definición
	2
<i>T: Ajá.</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
	3
<i>P: Estoy absolutamente,</i>	Exageración, énfasis
<i>Casi segura</i>	Atenuación, dubitación
<i>que no le...</i>	Auto-Interrupción del discurso /titubeo
<i>o sea, no es eso lo que quiere.</i>	Aclaraciones, inferencia concreta con referencia al deseo del otro
	4
<i>T: Mm...</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
	5
<i>P: Le gustan las cosas difíciles,</i>	Conjetura, inferencia concreta, atribución sobre el deseo del otro
<i>y sí le..., y si le...,</i>	Auto-interrupción
<i>o sea, no le gustan las complicaciones,</i>	Aclaración que niega lo antes afirmado (contradictorio lógico)

Texto	Acto del habla
<i>pero no le gustan las cosas así.</i>	Uso del adversativo y la negación terminando con frase ambigua repitiendo el contradictorio lógico
6	
<i>T: Tan fáciles.</i>	Énfasis, afirmación bajo intensificador de cualidad
7	
<i>P: Entonces, yo ya me tengo que hacer del rogar.</i>	Enlace causal en imperativo y justificación de imposición de obligación
8	
<i>T: Mm...</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
<i>¿Y a ti te gusta eso?, jugar esos juegos.</i>	Dudas expresadas en modo pregunta, pedido de confirmación de la opinión propia, a través del uso de una metáfora
9	
<i>P: ¡No..!, me aburren</i>	Negación, énfasis y cualificación
<i>o sea, ¿Qué necesidad?</i>	Aclaraciones, auto-interrogación
10	
<i>T: Son desgastantes.</i>	Reformulación con intensificación de cualidad
11	
<i>P: Y si son dinámicas de poder como súper, ¡ah!</i>	Confirmación de la opinión ajena Metáfora Interjección, exageración y énfasis
12	
<i>T: Como de ir marcando.</i>	Presentación de alternativa cautelosa
<i>¿Verdad?</i>	Pedido de confirmación, convocatoria al interlocutor
13	
<i>P: Ay sí! qué flojera.</i>	Confirmación de la opinión ajena Énfasis, exageración y exclamación
14	
<i>T: Ajá, entonces entre lo que tú quieres, ella es,</i>	Confirmación de la opinión ajena Enlace causal e invitación a que determine un juicio sobre el querer del otro
<i>¿O qué distancia hay?</i>	Pregunta que cualifica
15	
<i>P: No sé, tengo que hablar con ella. (Risas).</i>	Negación Imperativo, imponiéndose una alternativa (deducción por no saber)
16	
<i>T: Ah, ya debes saber cómo...</i>	Interjección; apelación a un saber supuesto en ella
17	
<i>P: Y ahí, el meollo del asunto.</i>	Énfasis y uso de metáfora (se toca un punto central)
18	
<i>T: Sí.</i>	Confirmación de la opinión propia
19	
<i>P: No sé si ya es el idílico, o si, qué, no sé</i>	Negación que contraría una de las alternativas. Refiere una comparación de cualidad embellecedora

En este cuadro se detecta el tipo de enunciado expresado en cada frase los cuales analizados desde el intercambio entre terapeuta y paciente producen un campo de sentido mayor. Por lo que en la lectura que se hace a continuación sobre lo calificado en la tabla 1 tiene ciertos matices y una mayor comprensión de cómo se va construyendo la alianza terapéutica como una negociación constante. La P presenta desde el inicio de este fragmento una trama que trata de dilucidar: hacerse la fácil o la difícil. Ese es el tema del cual trata este episodio. En los turnos 1 y 3 utiliza una frase condicional y una sentencia que justifica su acto, hace uso por un lado de exageración y por otro, de un atenuador. Este supuesto se sostiene en una conjetura vaga: “absolutamente, casi segura” (T3), si bien en la siguiente frase concretiza su inferencia: “no es eso lo que quiere”. Este juicio de atribución, lo sostiene en una negación y está referida a suponer que ella sabe lo que quiere la pareja.

Los turnos (2 y 4) de la terapeuta se ciñen a acompañar el discurso ajeno mediante onomatopeyas: aja, mmm. En el T5, la P expresa tres frases: la primera es una declaración bajo conjetura referida a una atribución que hace sobre el deseo del otro. Después hay una auto-interrupción, y pasa a hacer una deducción iniciada por una negación de lo anteriormente afirmado, posterior a lo cual utiliza un adversativo y vuelve a sostener la conjetura vaga inicial, atribuida a su pareja: “no le gustan las cosas así”. La concatenación de estas tres frases genera una contradicción o paradoja lógica. Por lo que el lenguaje articulado que había logrado aparece como fracasado y queda sometido precisamente a ese contradictorio lógico y ambigüedad. Este fragmento lo podemos considerar nodal para tratar de generar el terreno común, en tanto que despliega frente al terapeuta el entrampamiento relacional referido en el contenido de lo relatado. En otras palabras, no es sencillo lograr un entendimiento mutuo para la construcción de la alianza.

En el T6 la terapeuta refleja con una frase declarativa bajo un intensificador de cualidad: “tan fáciles”. Y la P responde (T7) con un acto compromisorio consigo misma bajo una frase en imperativo: declara que se obliga a “hacerse rogar”. Esta frase concatenada con las anteriormente presentadas genera una conclusión argumentativa de qué hace ella (cómo se defiende) frente al deseo de “hacerse la difícil” que atribuye a la pareja. Al parecer se auto-somete, queda obligada, “a hacerse la difícil, hacerse del rogar”, con ello replica en acto lo que supone que busca el otro. En este intercambio, podemos evidenciar que, si bien la frase apunta a la auto-imposición de imperativos, el campo de sentido mayor que se ofrece es una exaltación del sacrificio, que a la vez es queja y reproche (el contradictorio lógico). Es decir, ahí donde trata de justificar el porqué de su actuar termina racionalizando su padecer. Por lo que el lenguaje estructurado y ordenado queda sometido al estado afectivo.

La intervención de la T en el T8, después de un sonido de acompañamiento, hace una interpretación central; inquiriere a la P para que declare su deseo: “¿A ti te gusta eso?” y agrega, una intervención complementaria. La acotación que hace refiere a una metáfora (“jugar esos juegos”), con lo que incluye un campo de sentido que apunta a una cualificación de la experiencia relacional. Esta se convierte

en una intervención trascendente en donde combina una interpretación central con una complementaria. Con ello se altera la retórica de la P, quien responde posicionándose en su deseo y deslindando su gusto, del que atribuye a su pareja. Articula en el T9, la P, una negación y una demostración de deseo (combinación de lenguaje estructurado y estético). Y termina con un cuestionamiento sobre los intercambios que tiene con la pareja: “¿Qué necesidad?” La terapeuta refuerza el lenguaje emergente de la paciente, su pregunta, con una intensificación de una cualidad: “son desgastantes” (T10); esta metáfora hace a la vez de juicio crítico sobre el drama narrado.

En el T11 responde la P mediante la confirmación de la opinión ajena (“Y sí”), y utiliza una metáfora (“dinámicas de poder”), se apoya en una muletilla (“como”) e intenta usar un intensificador que termina con una interjección (“súper, ¡ah!”), exageración y énfasis (lenguaje estético). En el T12 la terapeuta ofrece un sentido a su acto, mediante una presentación de alternativa bajo acercamiento cauteloso: “como de ir marcando”, pero bajo una frase incompleta que deja el sobrentendido al escuchar. La frase completa sería: “como de ir marcando territorio”. Si bien no es clara su frase, más bien cautelosa, pasa a hacerle posteriormente a una intervención central: que hace la función tanto de pedido de confirmación como de convocatoria al interlocutor: “¿verdad?”

La P responde en el T13 con una confirmación de la opinión ajena (“¡ay sí!”) y una exclamación y exageración que intensifica la cualidad de la experiencia: “¡Qué flojera!”

En el turno 14 la T ofrece una confirmación de la opinión ajena y posteriormente hace un enlace casual (“entonces”), y presentación de alternativas (“entre lo que tú quieres, ella es”). De nuevo esta intervención del T parece ambigua, pero de nuevo queda como un sobrentendido, como una referencia cautelosa de lo que le quiere proponer. Si bien la siguiente frase es una intervención central, remata con pregunta que apunta de nuevo a precisar el tipo de relación que tiene; es una pregunta que evoca una cualidad figurativa (“¿Qué distancia hay?”). Si bien pareciera que se refiere con esa intervención a la determinación de un espacio, más bien apunta a la posición subjetiva mediante una metáfora. Como se ve, las intervenciones centrales como las complementarias generan un campo de sentido mayor en tanto que tocan el nodo problemático que está expresando la paciente, a saber: su posición respecto al objeto de amor.

En T15 la P expone que no puede cualificar la distancia relacional, por lo que la frase sería el reconocimiento de un “no saber”. Y posterior a este reconocimiento hace una frase en imperativo, la cual usa imponiéndose una alternativa: “Tengo que hablar con ella”.

En el T16 la T hace una interjección y apela a un saber concreto supuesto en ella. Quizá esta intervención de la terapeuta está señalando un saber “a medio mostrar” por la risa de la P, de modo que pide explicitar esa decidibilidad. En el turno 17 la paciente hace un énfasis y uso de metáfora para referir que se está tocando

un punto nodal y enseguida la T refuerza su formulación (T18).

Finalmente, en el T19 la P usa una negación que contraría una de las posibles alternativas de explicación analizadas previamente. Es decir, si bien declaró que habían llegado al “meollo del asunto” (T17), vuelve a recurrir al “no sé” y con ello hay una tentativa de hacer fracasar el saber (A2). Acompaña este último turno con un “no sé” y en medio queda una frase evocación embellecedora (T5: “es algo idílico”). Frente a este último entramado de frases podemos inferir que despliega un entrapamiento lógico, que refuta el juicio crítico tenido en el insight.

El cierre de un embellecimiento del dilema o drama expuesto inicialmente en este fragmento, por lo que podemos ver que el drama pasional expuesto del T3 al T7, como “hacerse la difícil”, “hacerse del rogar”, es revestido de una metáfora embellecedora, que le da causa, para sostenerlo (racionalización) haciendo fracasar los descubrimientos desplegados previamente.

Un aspecto que resalta del análisis es la complementariedad de estilos (a nivel de actos del habla) que se aprecia en el intercambio dialógico especialmente en las intervenciones centrales por parte del terapeuta quien utiliza una aproximación cautelosa ante los imperativos y auto-imposiciones de la paciente con respecto al tema de las relaciones amorosas.

La problemática fundamental de la paciente está desplegada en el turno 5. La T se había ceñido a acompañar el discurso del paciente. Pero en el turno 6 usa un intensificador que hace de contradictor lógico, “tan fáciles”. La P hablaba de hacerse la “difícil y del rogar” y la T la desconcierta ofreciendo un campo de sentido contrario. Esto abre a que despliegue la P el entrapamiento, terminando con una confesión, sobre su padecimiento autoimpuesto (T7). Desde la intervención hecha por la terapeuta en el T8, se modifica el intercambio lingüístico. El intento de articular juicios e inferencias queda derrotado por juicios de atribución y contradicciones lógicas. De modo que los lenguajes estructurado y estético que aparecían al servicio del pensamiento abstracto y el estado afectivo, se vuelven exitosos.

En ese par adyacente (T7 y T8) vemos la fuerza lingüística que tiene el uso de las intervenciones complementarias con las centrales. Las cuales son replicadas por la P dándose una coordinación y terreno común que favorece la alianza constructiva. Cuando la paciente empieza a dar admisión a la pregunta y al uso metafórico, la confirmación de la opinión ajena por parte de la terapeuta como los acercamientos cautelosos refuerzan que la P se apropie de sus propios juicios respecto a lo que hace en su “juego relacional” con la pareja. Al aceptar la idea de “juegos”, se crea el terreno común sobre el cuál se hace la intervención central por parte de la T.

La segunda intervención central de la T ocurre en los pares adyacentes T15 y T16. De nueva cuenta, al auto-imponerse la paciente a sí misma un problema de tener que hablar con la persona que sale, la T trata de dar cabida de nuevo a que ella “ya sabe cómo”; en ese momento referirá que se llega a un nuevo escollo (T16). Con esta promesa (T15) la auto-imposición de hablar con ella, pasa a ser una posibilidad acorde a fines destituyendo el auto-sometimiento al anhelo atribuido a

la pareja. Aunque de nuevo trata de desmentir el saber, cuando en ese mismo turno había dicho en primera instancia, “no sé”. La T no da admisión y la convoca de nuevo a tomar posición atribuyéndole un poder-saber (T16). Y termina el episodio tratando de desmentir la claridad obtenida, al revestir el padecer con algo poético, en miras de justificarlo.

En síntesis, se puede decir que en este intercambio la paciente pasa del uso de un lenguaje ambiguo y contradictorio que le permite defraudar los juicios objetivos hacia un pensamiento ordenado que le da claridad sobre la diferencia entre lo que ella supone que quiere su pareja y lo que ella quiere. Además, las intervenciones centrales y complementarias de la T inciden en la posición que la P supone debe obrar, sometiéndose y auto-imponiéndose. La T no se deja atrapar en la tentativa de desestimación del juicio crítico que la paciente pretende como “un no saber” o un “no saber cómo”, sino que, mediante intervenciones cautelosas y centrales, le abre un campo de posibilidad para que ella pueda mostrar agencia en ello. Finalmente, el episodio termina con una evocación poética, que, si bien responde estilísticamente imitando la inserción del lenguaje metafórico de la T, hay indicios de que puede ser utilizado como tentativa de desestimación del juicio crítico dilucidado durante la sesión, descartando en cierta medida lo conseguido en el episodio.

Discusión

El presente artículo ha mostrado la construcción de la alianza terapéutica entendida como un proceso de negociación constante entre paciente y terapeuta, el cual queda evidenciado en el intercambio dialógico y la creación de terreno común y sintonía. El aporte de este trabajo radica en llevar a una propuesta micro-analítica y de proceso un constructo que en primera instancia se aprecia como más global y de resultado.

Un hallazgo importante que resalta es la complementariedad de actos del habla para lograr sintonía. Como se mostró en el extracto analizado, la capacidad de combinación de lenguajes es un aspecto crucial para que el paciente vaya aceptando las intervenciones del terapeuta, tal y como lo señala Liberman (1972). En nuestro estudio, la capacidad de usar un lenguaje tentativo y atenuador, por un lado, y, por otro, metafórico y ordenado, resultaron cruciales para resolver el entrapamiento y auto-imposición del juego relacional de la paciente. Esto está en línea con lo que Norcross y Wampold (2018) han llamado “relaciones basadas en la evidencia”, para determinar tipos de relación terapéutica con un fundamento empírico.

Por otro lado, esto también nos señala la importancia que tiene el acoplamiento y la creación de terreno común (la idea de “juegos relacionales” en este caso) para la construcción de la alianza terapéutica y corrobora a un nivel micro-analítico la idea de que se trata de un proceso de negociación constante (Doran et al., 2017) y que en nuestro caso se aprecia en el intercambio dialógico.

Mención aparte merecen las ideas de Goldberg (2016) respecto a la capacidad del terapeuta para poder rectificarse ante las ideas que le presenta a la paciente. En

el extracto es evidente que el lenguaje tentativo se utiliza para que la intervención no se sienta impositiva y termina por aclarar el dilema relacional. Este hallazgo también está en sintonía con lo que afirman Ribeiro et al. (2019) y Fossa y Molina (2017). Las intervenciones preparatorias (tales como el acompañamiento del discurso ajeno) se conjugan como un todo con las intervenciones centrales para acceder al terreno común que se va generando en la alianza (apreciada a través de la confirmación de la opinión ajena). Como el análisis del extracto lo sugiere en su parte final, se trata de un proceso de negociación constante del terreno común para captar los elementos nodales de la problemática de la persona. Proporcionando soporte al tiempo que se va desafiando un poco lo dicho por la consultante.

Una vez llevado a cabo el presente análisis, concluimos que la formación de la alianza terapéutica, en el episodio del caso analizado, es un proceso de negociación constante que se aprecia en el diálogo terapéutico, y que ocurre en micro-momentos de la sesión y a través de la complementariedad de estilos en cuanto a los actos del habla que mejor favorecen el trabajo terapéutico. Tal y como lo afirman Jobes y Ballard (2011), la construcción de la alianza presenta muchas altas y bajas en la atención clínica del paciente suicida y el análisis nos permite apreciar las dificultades a las que se refieren.

La construcción de la alianza se aprecia en actos del habla tales como la confirmación de la opinión ajena y propia y reformulación con intensificación de cualidad. Estos actos del habla culminan el trabajo de negociación previa que se hace durante el diálogo.

A futuro será importante llevar a cabo estudios que confirmen y enriquezcan los hallazgos de los tipos de lenguaje que el terapeuta puede usar para buscar la combinación clínica más adecuada una vez que identifique los lenguajes dominantes en el discurso del consultante. Resulta indispensable para el ejercicio terapéutico el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, y herramientas metodológicas como el ADL son de mucha utilidad para tal propósito y susceptibles de usarse en la supervisión clínica y la formación de terapeutas en toda la variedad de enfoques existente.

Además, esta investigación también sugiere la necesidad de investigar los contenidos desplegados en el diálogo terapéutico con las experiencias traumáticas y problemáticas que han sido vividas realmente por los pacientes en sus vidas, e identificar cómo el relato contado ha servido de obstáculo para la resolución de lo vivido, y cómo los nuevos relatos obtenidos en el diálogo terapéutico favorecen el cambio. Por otro lado, las diferencias de género también serán importantes de considerar en cuanto a los contenidos y al tratamiento de la ideación suicida. En el caso analizado destaca el tema de la relación amorosa. Los terapeutas que trabajen con esta población requieren sensibilidad en problemáticas como la mostrada a través del caso presentado, sabiendo que hombres y mujeres son distintos en cuanto a aquellas situaciones que llevan a la persona a pensar en la idea del suicidio.

Referencias

- Barzilay, S., Schuck, A., Bloch-Elkouby, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Rosenfield, P., Foster, A. y Galyunker, I. (2020). Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation [Asociaciones entre las respuestas emocionales de los médicos, la alianza terapéutica y la ideación suicida del paciente]. *Depression and Anxiety*, 37(3), 214–223. <https://doi.org/10.1002/da.22973>
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance [La generalización del concepto psicoanalítico de la alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Canetto, S. S. y Safinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide [La paradoja de género en el suicidio]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Clark, H. H., Schreuder, R. y Buttrick, S. (1983). Common ground and the understanding of demonstrative reference [Terreno común y la comprensión de la referencia demostrativa]. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22(2), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(83\)90189-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(83)90189-5)
- Doran, J. M., Safran, J. D. y Muran, J. C. (2017). An investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and psychotherapy process and outcome [Una investigación de la Relación entre la Escala de Negociación de la Alianza y el proceso y resultado de la Psicoterapia]. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 449–465. <https://doi.org/10.1002/jclp.22340>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fossa, P. y Molina, M. E. (2017). Momentos de debilitamiento del vínculo terapéutico: un estudio de micro-proceso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 31–46.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations [El concepto de alianza y su papel en la psicoterapia: consideraciones teóricas y empíricas]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Goldberg, E. (2016). *El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes* [Tesis de doctoral, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires].
- Herrera Salinas, P., Fernández González, O., Krause Jacob, M., Vilches Álvarez, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169–179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Jobes, D. A. y Ballard, E. (2011). The therapist and the suicidal patient [La terapeuta y el paciente suicida]. En M. Konrad (Ed), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 51–61). American Psychological Association.
- Keefner, T. P. y Stenvig, T. (2021). Suicidality: An evolutionary concept analysis [Tendencia suicida: un análisis del concepto evolutivo]. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(3), 227–238. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793243>
- Krause, M., Horvath, A. y Altimir, C. (2011). Una deconstrucción de la alianza terapéutica: reflexiones sobre las dimensiones subyacentes del concepto. *Clínica y Salud*, 22(3), 267–283. <http://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7>
- Lieberman, D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (Tomo II). Nueva Visión.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy [Alianzas de ayuda en Psicoterapia]. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). Brunner/Mazel.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Lugar editorial.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL. Algoritmo David Lieberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Paidós.
- Maldavsky, D., Alvarez, L., Neves, N. y Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 146–161.
- Mergenthaler, E. y Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards [Estándares de transcripción de Psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125–142. <https://doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

- Østlie, K., Stänicke, E. y Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure [Una perspectiva de escucha en psicoterapia con pacientes suicidas: Estableciendo convergencia en teorías privadas de terapeutas y pacientes sobre suicidio y cura]. *Psychotherapy Research*, 28(1) 150-163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174347>
- Perry, J. C., Bond, M. y Presniak, M. D. (2013). Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy [Alianza, reacciones al tratamiento y contratransferencia en el proceso de recuperación de fenómenos suicidas en psicoterapia dinámica de larga duración]. *Psychotherapy Research*, 23(5), 592-605. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.809560>
- Ribeiro, E., Silveira, J., Azevedo, A., Senra, J., Ferreira, A. y Pinto, D. (2019). Colaboración terapéutica: estudio comparativo de dos casos contrastantes con terapia constructivista. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 127-139. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1104>

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN LÍNEA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

EFFICACY OF AN ONLINE BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION DURING LOCKDOWN ON COVID-19

Marcela Paz González-Brignardello¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7113-7846>

Teresa Olea Tejero¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2370-1048>

Miguel Ángel Carrasco¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3282-818X>

Luis Angel Saúl¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6351-8283M>

Purificación Sierra-García¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>

¹ Servicio de Psicología Aplicada de la UNED, Facultad de Psicología, UNED. Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González-Brignardello, M. P., Olea Tejero, T., Carrasco, M. A., Saúl, L. A. y Sierra-García, P. (2022). Eficacia de una intervención psicológica breve en línea durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 173-193. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>



Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la intervención psicológica en línea ofrecida a los usuarios por el Servicio de Psicología Aplicada durante el período de alerta sanitaria decretado por la COVID-19. Adicionalmente, se cuantificó la satisfacción y eficacia percibida por el usuario, después de dicha intervención.

Se incluyeron 60 adultos (70.4%, mujeres) con una edad promedio de 41.49 años. Los instrumentos que se utilizaron pre y post-intervención fueron las versiones abreviadas del Listado de Síntomas (SA-45), la medida de resultados clínicos (CORE-OM), el Inventario de Afrontamiento (COPE-28) y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISK). El Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8) y la Percepción percibida de la eficacia de la intervención fueron cumplimentados después de finalizada la intervención. Este dispositivo fue diseñado con los objetivos de disminuir la sintomatología inicial mediante psicoeducación y ejercicios breves de regulación para potenciar las estrategias positivas de afrontamiento y resiliencia. Los resultados mostraron una disminución significativa ($p < .05$) de la sintomatología inicial, en todas las dimensiones analizadas y una mejoría de las estrategias de afrontamiento y resiliencia. Además, se observaron puntuaciones globales elevadas en la satisfacción y eficacia percibida por el usuario. En conclusión, nuestros resultados apuntan hacia una elevada eficacia de la intervención breve en línea en situaciones de confinamiento.

Palabras clave: COVID-19, eficacia, telepsicología, intervención psicológica en línea

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the online psychological intervention offered to users by the Applied Psychology Service during the health alert period decreed by COVID-19. In addition, we quantified the satisfaction and effectiveness perceived by the user after the intervention.

Sixty adults (70.4% female) with an average age of 41.49 years were included. The instruments used pre- and post-intervention were the abbreviated versions of the Symptom Checklist (SA-45), the Clinical Outcome Measure (CORE-OM), the Coping Inventory (COPE-28) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) and the Perceived Intervention were completed after the end of the intervention. This intervention was designed with the objectives of decreasing initial symptomatology through psychoeducation and brief regulation exercises to enhance positive coping strategies and resilience. The results showed a significant decrease ($p < .05$) in the initial symptomatology on all the dimensions analyzed and a significant improvement on the coping strategies and resilience. A high overall score was observed in the users' satisfaction and perceived efficacy. In conclusion, our results point to a high efficacy of an online brief psychological intervention in a lockdown context.

Keywords: COVID-19, effectiveness, telepsychology, online psychological intervention

La pandemia mundial originada por la COVID-19 llevó a los gobiernos a implementar estrictas medidas restrictivas que incluyeron cuarentenas prolongadas, restricciones de movilidad, cierres de fronteras y distanciamiento social. En España, se decretó el estado de alarma sanitaria con un confinamiento generalizado de la población que se extendió desde el 15 de marzo hasta el 21 de junio de 2020. Desde el inicio de la pandemia hasta el 22 de junio de 2020, solamente en España, se reportaron 29.729 muertes y 258.463 casos confirmados, según los datos recogidos por la (Organización Mundial de la Salud, 2021). Las consecuencias psicológicas que esta situación provocó en la población, han sido descritas por distintos autores (Hidalgo et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Sandín et al., 2020; Sierra-García et al., 2021). En este contexto de estrés poblacional generalizado y confinamiento surgió la necesidad de potenciar los servicios profesionales, lo que ha llevado a un aumento exponencial del empleo de la tele-psicología (Larroy et al., 2020). La telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos mediante tecnologías de telecomunicación (Telepsychology Task Force, 2013).

El meta-análisis de (Barak et al., 2008), brindó un fuerte apoyo para la adopción de intervenciones psicológicas en línea como una actividad terapéutica legítima y adecuada. Las investigaciones preliminares sobre la efectividad de la tele-psicología reflejaban resultados positivos y similares a la psicoterapia presencial (Watts et al., 2020). Entre los principales beneficios de la implementación de la telepsicología destacan la superación de barreras geográficas y la oportunidad de recibir atención psicológica para aquellas personas que no pueden desplazarse o carecen de tiempo para ello (Martin et al., 2020). No obstante, a pesar de la evidencia sobre la eficacia y eficiencia de la tele-psicología, una encuesta realizada a los psicólogos de la Comunidad de Madrid en 2018 aún recogía importantes preocupaciones que limitaban su implantación, entre otras: la dificultad de establecer un buen *rapport* con el usuario en línea; o los aspectos éticos y legales que entrañaba su uso (González-Peña et al., 2017). De manera específica, una preocupación reiterada ha sido la capacidad que la teleterapia tiene para dar soporte a una adecuada intervención en crisis y en situaciones de emergencia psicológica (e.g. Glueckauf et al., 2018). No obstante, la tele-psicología fue, en muchas ocasiones, el único recurso del que pudieron servirse las personas que necesitaron ayuda psicológica durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Respecto a la eficacia de la tele-psicología durante el confinamiento por COVID-19, una reciente revisión sistemática (Agüero-Fonseca et al., 2021) muestra resultados preliminares positivos. Si bien, diferentes estudios de (Dominguez-Rodriguez et al., 2020; Paul et al., 2020; Wahlund et al., 2021; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020) han puesto de manifiesto una diversidad de medios y estrategias de intervención con abordajes muy diversos y resultados dispares. En general, los estudios existentes describen una reducción significativa de la sintomatología clínica aunque con tamaños muestrales pequeños (Jiang et al., 2020). Además, se han constatado diferencias evidentes a nivel cultural en las poblaciones descritas

(Cheng et al., 2020; Liu et al., 2020; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020), así como en los tipos de confinamiento y la situación de emergencia en la que fueron surgiendo y diseñándose los dispositivos.

En cuanto a la eficacia de la tele-psicología sobre el incremento de estrategias de afrontamiento positivo y de resiliencia de los usuarios, hasta nuestro conocimiento, no se han encontrado estudios previos que evalúen el cambio mediante una evaluación pre y post-test a la intervención durante el periodo de confinamiento. En una muestra española en la que se analizaron las estrategias de afrontamiento durante el estado de alarma por la COVID-19 (Muñoz-Violant et al., 2021), se indicaba que la estrategia de afrontamiento psicológico más frecuentemente utilizada era la evitación. Es sabido que este tipo de estrategia de afrontamiento pasiva, en escenarios epidémicos, está asociado a morbilidad psicológica (Main et al., 2011).

Respecto a la satisfacción del usuario con la intervención psicológica en línea, escasos estudios recogen la percepción de satisfacción y eficacia por parte del usuario, a pesar de que conocer la satisfacción de los clientes en cuanto a los servicios de salud, permite dar el seguimiento oportuno y detectar carencias para diseñar estrategias de acción adecuadas, orientadas a las necesidades y realidades de los usuarios (Rydel, 2015). En el caso de la telepsicología, algún estudio ha descrito un grado de satisfacción elevado con este tipo de intervenciones (Fonseca et al., 2021).

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención psicológica breve y en línea realizada durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra clínica española. La evaluación de la eficacia de un protocolo de intervención psicológica en línea con análisis pre y post-intervención permitiría aportar información estructurada y cuantificada sobre la eficacia de la tele-psicología en situaciones de crisis, detectar carencias y contribuir al desarrollo de protocolos futuros más específicos y orientados a las necesidades reales de los usuarios.

Método

Participantes

La muestra de participantes que componen el estudio fue incidental, no aleatoria. Los participantes fueron reclutados entre los usuarios atendidos por el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), dentro del dispositivo de atención psicológica en línea que se activó de forma especial y gratuita con motivo del confinamiento derivado del estado de alarma por la COVID-19. Este dispositivo se extendió entre los meses de marzo a junio del año 2020. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UNED. Los usuarios que solicitaron atención psicológica durante este periodo fueron invitados a participar de forma voluntaria en este estudio.

De los 124 adultos atendidos, 60 decidieron participar en la evaluación pretest-postest de la intervención y completaron todos los cuestionarios propuestos. El resto

($n = 64$; 51%) desistió en la cumplimentación de los cuestionarios mencionados.

La muestra final ($n = 60$) estuvo compuesta por un 70.4% de mujeres, con una edad promedio de 41.49 años, cuyo estado civil predominante era soltero/a (48.4%). La profesión mayoritaria fue la de estudiante (28%) con un nivel de estudios universitarios (48.2%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: ansiedad (70.1%) y bajo estado de ánimo (48%), seguidos de estrés situacional (29.1%) e insomnio (25.2%). Entre los antecedentes personales que se relacionaron con el motivo de consulta destacaban los problemas previos de salud mental (30.7%). La sub-muestra reclutada para el estudio no difirió ($p < .05$) de la muestra global respecto a las variables sociodemográficas antes mencionadas ni respecto de los motivos de consulta aludidos. Una información más detallada sobre el conjunto de estas variables se recoge en (Sierra-García et al., 2021).

Instrumentos de Evaluación

- *Registro de datos ad hoc diseñado por el SPA*. El registro consistía en una ficha de diferentes datos sobre los usuarios de carácter sociodemográfico, motivo de la consulta y antecedentes personales y familiares, que fueron cumplimentados por los terapeutas que atendían a los pacientes.

- *Listado de síntomas SCL-90 de Derogatis (versión abreviada, española, SA-45)*; (Sandín et al., 2008). Se utilizó la versión española validada por Sandín, et al. (2008) de la adaptación del *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45) de Davison et al. (1997). Es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de cinco ítems que se corresponden con las nueve dimensiones del SCL-90: hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Cada persona debe indicar el grado en que ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos desde 0 (“Nada en absoluto”) a 4 (“Mucho o extremadamente”). Las propiedades psicométricas del cuestionario son adecuadas en cuanto a la fiabilidad como a la validez.

- *Medida de resultados clínicos CORE-OM (versión abreviada española)*; (Feixas et al., 2012). Se aplicó la versión adaptada al español del CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*). Se trata de un autoinforme diseñado para la evaluación del cambio terapéutico y sus resultados. Para este estudio, solo se incluyó la escala de riesgo de seis ítems dirigida a evaluar ideación y planificación autolesivas y suicidas, amenaza, violencia y autolesión. Los estudios psicométricos realizados (Trujillo et al., 2016) indican que el instrumento posee una validez y fiabilidad adecuadas, así como una excelente aceptación y sensibilidad al cambio terapéutico.

- *Inventario de afrontamiento COPE-28*. Se utilizó la versión española del Brief COPE de Carver (1997) (Morán et al., 2010). El COPE-28 es un inventario multidimensional desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante

el estrés. Consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias relativas al afrontamiento centrado en el problema, en la emoción, en el afrontamiento evitativo y en la autocrítica. Cada una de las estrategias se evalúa mediante una escala Likert de 4 puntos (0 - 3) según el grado que mejor refleja la manera que el usuario tiene de enfrentarse a los problemas o dificultades de la vida. 0 “no lo refleja en absoluto”; 3 “lo refleja mucho o demasiado”.

- *Escala de resiliencia de Connor-Davidson, CD-RISK (versión abreviada, española)*. Se utilizó la versión española, (Soler Sánchez et al., 2016) derivada de la versión abreviada propuesta por Campbell-Stills y Stein (2007). Se trata de una escala unidimensional de 10 ítems con una adecuada consistencia interna (*alfa* de Cronbach .85) y adecuadas evidencias de validez de constructo, convergente y discriminante. Esta escala abreviada deriva, a su vez, de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISK) y fue diseñada como una herramienta para el ámbito clínico con la que poder identificar conductas resilientes y valorar las respuestas de los pacientes adultos a los tratamientos psicológicos (Connor y Davidson, 2003).

En Sierra-García et al. (2021) se recoge información más detallada sobre los coeficientes de fiabilidad de la muestra, para cada una de las dimensiones del SA-45, COPE, CORE-OM y CD-RISK.

- *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (versión adaptada al español, CSQ-8; Vázquez et al., 2019)*. Existen seis versiones: CSQ-3, CSQ-4, CSQ-8, CSQ- 18A, CSQ-18B y la versión completa de 31 ítems destinada exclusivamente a fines de investigación. La versión estándar breve es la CSQ-8 consta de ocho ítems con cuatro opciones de respuesta y una puntuación que va desde 8 a 32. La versión original de este cuestionario está en inglés, pero actualmente el CSQ-8 está disponible en más de 25 idiomas, entre ellos el español.

- *Item de Percepción de Eficacia de la Intervención Recibida (Elaboración ad hoc)*. El Cuestionario de Percepción de Eficacia de la Intervención Recibida, está constituido por un ítem (“valore la eficacia de la intervención recibida de 0 a 10”) acompañado de una escala Likert de 11 puntos (0-10).

Procedimiento

Los terapeutas explicaban los objetivos y metodología del estudio a los usuarios que contactaban con el SPA durante el confinamiento y les solicitaban la participación voluntaria y gratuita en el presente estudio. Aunque todos los usuarios recibieron la evaluación en línea y al protocolo de intervención, sólo participaron en el estudio los que dieron su consentimiento expreso.

Evaluación psicológica en línea. Tras la obtención del consentimiento informado, todas las pruebas de evaluación se administraron de forma individualizada, en el orden en el que se ha presentado en el apartado anterior, mediante un procedimiento en línea idéntico para todos los participantes. Para ello se utilizaba la plataforma QualtricsXM© (<https://www.qualtrics.com>) a través de un enlace que se enviaba a la cuenta de correo electrónico suministrada. En aquellos casos en los que la persona

no contaba con medios electrónicos, se ofrecía la posibilidad de cumplimentar la información solicitada mediante entrevista telefónica. En este caso, eran los propios terapeutas quienes incluían los datos resultantes de la entrevista en la plataforma electrónica QualtricsXM[®]. El tiempo medio en cumplimentar la evaluación fue de 50 minutos. Esta evaluación se realizaba tras un primer contacto telefónico en el que se realizaba una intervención de choque dirigida a atender la demanda inicial y, en los casos que se requería, a reducir la sintomatología en crisis. La evaluación, por tanto, estaba referida a la sintomatología previa a la intervención realizada.

Dispositivo de intervención en línea. El dispositivo de intervención consistió en la aplicación individualizada de un protocolo breve de una a tres sesiones, acorde a una intervención de emergencias, con los objetivos siguientes: (a) disminuir la sintomatología inicial mediante psicoeducación y ejercicios breves de regulación; (b) evaluar y valorar posibles riesgos situacionales o personales para su gestión futura, con especial atención a comportamientos autolíticos, y (c) potenciar las estrategias de afrontamiento y resiliencia. Adicionalmente se facilitó el acceso a múltiples recursos psicológicos en línea, que se podían realizar de forma gratuita y asíncrona, recogidos en (Sierra y Carrasco, 2021). El protocolo de evaluación e intervención se ajustó a la política de protección de datos de la UNED y a los requerimientos de consentimientos y confidencialidad asumidos por el SPA según la legislación vigente y el Código Deontológico.

A continuación, se detalla de forma esquemática el protocolo de atención en línea, estructurado y elaborado por el SPA que seguían los terapeutas previamente entrenados. El protocolo se compone de nueve pasos (ver Apéndice A: Registro de atención de llamadas):

- (1) *Recepción y encuadre:* compuesto por el saludo y presentación del terapeuta, recogida de información esencial, identificación del contexto y de los antecedentes esenciales.
- (2) *Escucha activa y atención,* con el objetivo de conectar, facilitando la expresión emocional, realizando validación y normalización, y una evaluación inicial.
- (3) *Desactivación/desescalada:* aplicar una técnica o técnicas combinadas breves y eficaces para reducir el nivel de activación. En caso de no conseguirse el objetivo, valorar riesgos y derivación a dispositivos de emergencia.
- (4) *Delimitación del problema y la reacción:* dividido en dos pasos:
 - (a) Ayudar a identificar la reacción en el triple sistema de respuesta: fisiológica/emocional, cognitiva y comportamental.
 - (b) Realización de un microanálisis funcional: identificación de disparadores, antecedentes y consecuentes.

En este paso se valoraba la ideación autolítica y las situaciones de riesgo: ataque de pánico, agresión, violencia de género o sexual y, en caso necesario, se activaba una llamada a emergencias por el usuario o el familiar de referencia.

- (5) *Valoración de áreas principales de funcionamiento.* Se evaluaban los hábitos saludables y la existencia de rutinas cotidianas para la organización del día, las relaciones sociales, las tareas de casa/teletrabajo y la disponibilidad de tiempo de ocio.
- (6) *Valoración de apoyos sociales* (amigos, vecinos, familia y pareja).
- (7) *Acción:* búsqueda de posibles soluciones y valoración de la existencia de estrategias de afrontamiento. En este paso se integraban las siguientes actuaciones:
 - (a) Conceder una pequeña explicación de su reacción, validando la reacción del usuario/a y dándole sentido a lo sucedido. A continuación, se exponía la cadena de comportamiento y se entrenaban diferentes estrategias de calma ante la presencia futura de los disparadores identificados. Ayudar a identificar pensamientos negativos, (dejándolos estar y archivar) y proponer pensamientos alternativos –menos sesgados, más flexibles y realistas– a modo de auto-instrucciones.
 - (b) Establecer la importancia de una rutina basada en autocuidado y hábitos saludables (sueño- alimentación – ejercicio- ocio y aseo).
 - (c) Transmitir autoeficacia y resaltar las fortalezas ante situaciones adversas pasadas.
 - (d) Transmitir y buscar el sentido a la situación: responsabilidad, civismo y altruismo.
 - (e) Proyección temporal.
 - (f) Bajar la autoexigencia.
 - (g) Facilitar orientaciones psicoeducativas.
- (8) *Despedida y cierre.* Síntesis de los puntos más importantes, valorar su malestar y autoeficacia y, transmitir esperanza y apoyo.
- (9) *Seguimiento:* tras evaluar si había existido desactivación y aumento de autoeficacia, se proponía según los mismos, servicio a demanda o seguimiento hasta disminuir el grado de malestar.

Evaluación de la eficacia y satisfacción de la intervención percibida por los usuarios. En las semanas posteriores a la intervención psicológica, se realizó un nuevo contacto con el usuario, para valorar la satisfacción y la calidad del servicio mediante la administración de las escalas ya citadas. Se dio la opción de rellenarlos por teléfono o mediante un enlace a su correo electrónico. El tiempo necesario, para completar los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos.

Análisis de datos

Los datos fueron anonimizados y se mantuvo la confidencialidad. Posteriormente se incorporaron a un fichero automatizado de datos de carácter personal del SPA de la UNED donde quedaron custodiados. A continuación, se procedió a su análisis estadístico, mediante el programa IBM SPSS versión 28.

El análisis de los datos se ajustó a un diseño pre-experimental pretest- post-test

sin grupo control. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes; y de las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para comparar las medias de dos series de mediciones relacionadas sobre las mismas unidades estadísticas se utilizó la prueba *t* de Student para dos muestras relacionadas. Un valor $p < .05$, indicó significación estadística. Para el cálculo del tamaño del efecto se utilizó *d* de Cohen. Se consideraron los tamaños del efecto pequeño *d* [.2, .3], mediano *d* [.5, .8], y grande, *d* [$> .8$] de acuerdo con (Cumming et al., 2012). Las diferencias por sexo se analizaron mediante análisis múltiple de la varianza (MANOVA) en el conjunto de dimensiones pertenecientes a un mismo instrumento. Cuando los contrastes multivariados fueron significativos se realizaron contrastes univariados tomando como factor la variable sexo y como variables dependientes, las diferentes dimensiones.

Resultados

Eficacia en la Disminución de la Sintomatología y Significación Clínica de los Usuarios

En la tabla 1, se muestran los contrastes univariados y las diferencias de medias y desviaciones tipo pretest-postest en cada una de las dimensiones del listado de síntomas SA-45 y CORE-OM-34.

Tabla 1
Análisis de las Diferencias Pre y Post Intervención en la Sintomatología Clínica Evaluada

	Pre-intervención	Post-intervención	<i>t</i>	Sig.	<i>d</i> Cohen
	Media (<i>M</i>)	Media (<i>Dt</i>)			
SA-45					
Hostilidad	6.68 (5.50)	3.65 (3.77)	5.51	.000*	.64
Somatización	9.68 (6.53)	5.28 (4.78)	6.73	.000*	.77
Depresión	12.82 (5.85)	7.32 (5.19)	8.85	.000*	.99
Obsesión-compulsión	10.02 (5.56)	6.21 (4.95)	7.17	.000*	.72
Ansiedad	13.96 (4.87)	6.88 (4.70)	10.67	.000*	.48
Sensibilidad interpersonal	9.23 (6.08)	5.37 (4.91)	6.44	.000*	.70
Ansiedad fóbica	8.67 (7.26)	5.19 (5.22)	5.38	.000*	.55
Ideación paranoide	7.86 (5.13)	5.19 (3.97)	6.02	.000*	.58
Psicoticismo	4.09 (4.09)	2.35 (2.92)	5.11	.000*	.49
CORE-OM-34					
Riesgo ideación autolesiva	1.16 (1.59)	.60 (1.10)	3.96	.000*	.41
Riesgo planificación suicida	0.61 (1.13)	.28 (.65)	3.59	.001*	.36
Riesgo amenaza	0.35 (0.74)	.19 (.52)	1.76	.083	.25
Riesgo violencia	0.81 (0.97)	.40 (.80)	2.45	.017*	.46
Riesgo ideación suicida	1.32 (1.60)	.68 (1.12)	4.56	.000*	.46
Riesgo autolesión	0.61 (1.05)	.25 (.54)	2.85	.006*	.43
Riesgo global	4.84 (5.85)	2.40 (3.41)	4.33	.000*	.51

Nota. *Dt* = desviación estándar; *M* = media; Sig = significación estadística, ($*p < .05$); *t* = *t* de Student.

Las diferencias entre las puntuaciones pretest y posttest mostraron una disminución significativa de la sintomatología en cada una de las dimensiones del SA-45 con tamaños del efecto d de Cohen que oscilaron entre valores medios (.48) y altos (.99). La sintomatología que presentó una mayor disminución tras la intervención fue la relativa a depresión, somatización y obsesión compulsión.

Cabe destacar que después de la intervención el riesgo global previamente estimado disminuyó de forma estadísticamente significativa ($p < .05$), con un tamaño del efecto mediano.

También se analizaron los niveles de rumiación (pre-intervención $M = 5.92$; $Dt = 2.32$ y post-intervención $M = 3.59$; $Dt = 2.29$, $t_{(56)} = 8.36$, $p = .000$, d de Cohen = 1.01) y los problemas de sueño (pre-intervención $M = 2.87$; $Dt = 1.36$ y post-intervención $M = 1.66$; $Dt = 1.36$, $t(56) = 7.57$, $p = .000$, d de Cohen = 0.87), que fueron estadísticamente significativos y con tamaño del efecto grande.

Modificación de las Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Resiliencia

En la tabla 2 se muestran las modificaciones en las estrategias de afrontamiento y resiliencia pre y post-intervención medidos mediante los instrumentos COPE-28 y CD-RISC.

Tabla 2

Análisis de las Diferencias Pre y Post Intervención en las Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia

	Pre- intervención	Post intervención			
	Media (M)	Media (Dt)	t	Sig.	d Cohen
COPE-28					
Afrontamiento activo	3.49 (1.66)	4.42 (1.58)	-4.16	.000*	-.57
Planificación	2.82 (1.67)	3.60 (1.49)	-3.43	.001*	-.49
Reinter. positiva	2.40 (1.69)	3.49 (1.76)	-4.68	.000*	-.63
Aceptación	2.86 (1.77)	4.05 (1.52)	-5.94	.000*	-.72
Humor	1.42 (1.64)	2.23 (2.03)	-4.11	.000*	-.44
Religión	1.82 (2.17)	2.02 (2.09)	-1.31	.194	-.09
Apoyo emocional	3.11 (1.82)	3.75 (1.92)	-3.09	.003*	-.34
Apoyo social	3.53 (1.84)	4.12 (1.62)	-3.05	.003*	-.34
Autodistracción	2.65 (1.75)	2.79 (1.70)	-.60	.551	-.08
Negación	1.81 (2.70)	1.60 (1.79)	.92	.362	.09
Desahogo	2.35 (1.77)	2.67 (1.64)	-1.68	.098	-.19
Uso de sustancias	1.21 (1.97)	0.77 (1.49)	2.22	.030*	.25
Desconexión	1.84 (1.92)	1.49 (1.69)	1.59	.117	.19
Autoculpa	3.09 (2.21)	2.63 (1.88)	2.12	.039*	.22
CD-RISK-10					
Resiliencia	18.28 (9.69)	23.39 (10.13)	-4.27	.000*	-.51

Nota: Reinter = reinterpretación; Dt = desviación estándar; M = media; Sig = significación estadística, ($p < .05$), $t = t$ de Student.

Según los resultados pre-intervención del Inventario COPE-28, las estrategias de afrontamiento medido que más utilizaron los usuarios fueron la búsqueda de apoyo (social y emocional), el afrontamiento activo y la autculpa. En conjunto los datos pre-intervención mostraron un uso deficitario de estrategias de afrontamiento positivo. El análisis posterior a la intervención reveló mejorías estadísticamente significativas en la mayoría de las estrategias de afrontamiento. De todas ellas, destacaron el mayor uso de la aceptación, la reinterpretación positiva y el afrontamiento activo, cuyo incremento resultó estadísticamente significativo ($p < .05$) y con un tamaño del efecto grande. También se observaron mejorías con tamaño del efecto mediano, en las estrategias de afrontamiento referidas al humor, al apoyo (social y emocional) y la planificación.

De manera similar, tras la intervención los niveles de resiliencia evaluados mejoraron de forma estadísticamente significativa ($p < .05$) y con un tamaño grande del efecto.

Satisfacción y Eficacia de la Intervención Percibida por el Usuario

En conjunto, se informó una puntuación global alta en el Cuestionario de Satisfacción del Cliente con el Tratamiento con una media de 27.65 ($Dt = 4.35$) sobre una puntuación máxima de 32 así como en el ítem de Percepción de la Eficacia Recibida con una media de 8.64 ($Dt = 1.36$) sobre una puntuación máxima de 10.

Diferencias por Sexo en las Variables de Estudio

El estudio de los efectos por sexo e intervención se realizó mediante dos análisis multivariados de la varianza (MANOVA), uno para las variables relativas a la sintomatología (SA-45) y otro para las variables relacionadas con el afrontamiento (COPE-45). En relación con la sintomatología, los efectos multivariados para cada una de las variables no resultaron significativas ni para el sexo ($Wilks' Lambda = .735$, $F(9,43) = 1.723$, $p = .113$, $\eta^2 = .265$) ni para el sexo-intervención ($Wilks' Lambda = .778$, $F(9,43) = 1.364$, $p = .234$, $\eta^2 = .222$). La intervención si resultó significativa: ($Wilks' Lambda = .272$, $F(9,43) = 12.809$, $p = .000$, $\eta^2 = .728$) y se confirmó en todas las dimensiones del SA-45 en el análisis univariado ($p < .001$). Por lo tanto, la sintomatología entre hombres y mujeres resultó similar y no aparecieron diferencias entre sexos en función de la intervención recibida, ni en el análisis multivariado ni en el univariado ($p > .05$). Respecto al afrontamiento los efectos multivariados para cada una de las variables resultaron significativas para la intervención ($Wilks' Lambda = .381$, $F(14, 38) = 4.407$, $p = .000$, $\eta^2 = .619$) pero no para el sexo ($Wilks' Lambda = .637$, $F(14, 38) = 1.546$, $p = .142$, $\eta^2 = .363$). En las pruebas univariadas solo se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) tras la intervención recibida en las siguientes dimensiones: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, desconexión y apoyo emocional y social. Estas diferencias resultaron similares tanto para hombres como para mujeres.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la eficacia y calidad de la intervención psicológica en línea ofrecida por el SPA de la UNED durante el período de confinamiento debido a la pandemia por COVID-19. La evaluación psicológica de los usuarios se realizó de forma estructurada e individualizada, mediante una llamada telefónica inicial y la aplicación remota de instrumentos. El dispositivo estuvo basado en una intervención breve, consistente con lo indicado por Larroy et al. (2020), en línea y síncrona cuyos objetivos fueron disminuir la sintomatología inicial, potenciar estrategias de afrontamiento positivo y aumentar los niveles de resiliencia percibidos. Adicionalmente, se facilitó el acceso a recursos psicológicos en línea, para su realización asíncrona y gratuita a fin de prolongar y mantener los efectos de la intervención en el contexto cotidiano y habitual de los participantes. Complementariamente se evaluó la satisfacción y la percepción de eficacia del usuario de la intervención programada.

Los resultados de nuestro análisis son congruentes con otros estudios que valoran la eficacia de la telepsicología durante la pandemia de COVID-19. (Dominguez-Rodriguez et al., 2020; Paul et al., 2020; Wahlund et al., 2021; Wang et al., 2020; Wei et al., 2020). Los resultados de este estudio han sido coincidentes con los trabajos cuyos motivos de atención psicológica fueron similares: tamaños muestrales pequeños y reducción significativa de la sintomatología clínica tras la intervención. No obstante, hay que resaltar que existen diferencias en los métodos de evaluación (apreciación clínica versus uso de cuestionarios) y seguimiento o no de la intervención a los participantes.

Respecto a los resultados hallados en el estudio la comparación con otras investigaciones muestra algunas diferencias. Por ejemplo, el estudio de Muñoz-Violant et al. (2021) encontró en el análisis pre-intervención mayoritariamente estrategias de afrontamiento centradas en la evitación mientras que en el presente estudio destacaron como estrategias más utilizadas las centradas en el problema y la emoción. En cambio, después de la intervención los resultados fueron más similares, en ambos trabajos se observó una mejoría significativa en las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, como la reinterpretación positiva y la aceptación, las cuales se asociaron con mejores índices de salud mental y ansiedad. En cualquier caso, y a pesar de las diferencias halladas en variables particulares, resulta interesante destacar la adecuada eficacia de las intervenciones psicológicas en línea realizadas en periodos de confinamiento y, particularmente, las intervenciones breves y pautadas. Ello además pone en valor la eficiencia de estos recursos y su elevada versatilidad y accesibilidad necesarias en las condiciones de alerta sanitaria y confinamiento.

Escasos estudios recogen la percepción de satisfacción y eficacia por el usuario por lo que, en el caso particular de las intervenciones realizadas durante el confinamiento, estas medidas suponen una contribución. En este sentido, los resultados de nuestro estudio son congruentes con los reflejados en el de Fonseca et al. (2021), en

el que el grado de satisfacción con la intervención es muy elevado. Es importante señalar que la atención psicológica gratuita suministrada, así como la ausencia de servicios alternativos durante el periodo de confinamiento, ha podido contribuir a la satisfacción de los usuarios y a una percepción positiva de la misma influida por su agradecimiento y reconocimiento a la labor de estos Servicios.

A pesar de los resultados positivos y su elevada consistencia con estudios previos, el presente trabajo presenta ciertas limitaciones. Primero, la muestra del estudio es pequeña y no aleatoria, compuesta en su mayoría por estudiantes universitarios españoles, bajo una situación de confinamiento generalizado por emergencia sanitaria, lo que impide su generalización a otras poblaciones o a situaciones diferentes. En este sentido, los resultados deben suscribirse al tipo de muestra y las condiciones particulares en las que la intervención tuvo lugar. Segundo, es posible que los datos obtenidos como resultado de la investigación puedan estar sesgados al tratarse de un diseño pre-experimental sin grupo control de comparación, ni asignación aleatoria. Este tipo de diseños no permite llegar a conclusiones robustas por su escaso control y suponen solo una primera aproximación al objeto de estudio. Tercero y en línea con lo anterior, al no existir grupo control es difícil conocer con exactitud si fue la intervención la responsable de la mejora o el efecto de otras variables asociadas al control pandémico y la evolución-adaptación de los participantes al confinamiento.

Aun así, nuestros resultados apuntan a una elevada eficacia de las intervenciones psicológicas en línea ante situaciones de emergencias sanitarias. Eficacia que debiera ser confirmada mediante estudios futuros controlados y aleatorizados que permitan conocer el alcance real de este tipo de intervenciones. A pesar de esta limitación, no menor, nuestro estudio contribuye modestamente a aportar información estructurada y cuantificada sobre la modificación de variables psicológicas, con análisis pre y post-intervención, mediante tests validados. Además, añade información sobre la percepción de satisfacción y eficacia del usuario de este tipo de intervenciones. Igualmente cabe destacar, la propuesta de intervención estructurada en un protocolo breve aplicable en línea, cuyos resultados tuvieron un efecto inmediato positivo en la sintomatología y el bienestar de los usuarios. Estudios futuros podrían centrarse en obtener evidencia del uso estandarizado de la telepsicología y en la realización de protocolos de atención psicológica más especializados a través de diseños de mayor control.

Referencias

- Argüero-Fonseca, A., Cervantes-Luna, B. S., Martínez-Soto, J., de Santos-Ávila, F., Aguirre-Ojeda, D. P., Espinosa-Parra, I. M. y Beltrán, I. L. (2021). Telepsicología en la pandemia Covid-19: una revisión sistemática. *Uaricha*, 18, 1-10.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions [Una revisión exhaustiva y un metanálisis de la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en Internet]. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>

- Campbell-Stills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor---Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience [Análisis psicométrico y refinamiento de la Escala de Resiliencia de Connor---Davidson (CD-RISC): Validación de una medida de resiliencia de 10 ítems]. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief Coping [Quiere medir el afrontamiento pero su protocolo es demasiado largo: considere Brief Coping]. *International journal of behavioral medicine, 4*(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cheng, P., Xia, G., Pang, P., Wu, B., Jiang, W., Li, Y. T., Wang, M., Ling, Q., Chang, X., Wang, J., Dai, X., Lin, X. y Bi, X. (2020). COVID-19 Epidemic peer support and crisis intervention via social media [Apoyo de pares ante la epidemia de COVID-19 e intervención en crisis a través de las redes sociales]. *Community Mental Health Journal, 56*(5), 786-792. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00624-5>
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) [Desarrollo de una nueva escala de resiliencia: La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)]. *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cumming, G., Fidler, F., Kalinowski, P. y Lai, J. (2012). The statistical recommendations of the American Psychological Association publication manual: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis [Las recomendaciones estadísticas del manual de publicación de la Asociación Estadounidense de Psicología: tamaños del efecto, intervalos de confianza y metanálisis]. *Australian Journal of Psychology, 64*(3), 138-146. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00037.x>
- Dominguez-Rodríguez, A., de la Rosa-Gómez, A., Hernández Jiménez, M., Arenas-Landgrave, P., Martínez-Luna, S. C., Álvarez Silva, J., García Hernández, J. E., Arzola-Sánchez, C. y Acosta Guzmán, V. (2020). A self-administered multicomponent web-based mental health intervention for the Mexican population during the COVID-19 pandemic: Protocol for a randomized controlled trial [Una intervención de salud mental basada en la web multicomponente autoadministrada para la población mexicana durante la pandemia de COVID-19: Protocolo para un ensayo controlado aleatorio]. *JMIR Research Protocols, 9*(11), e23117. <https://doi.org/10.2196/23117>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Á., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia, 23*(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fonseca, A., Ojeda, A., Patricia, D., González, R., Ulises, O. y Pérez, G. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con satisfacción de la atención a pacientes con COVID-19. *Psicología Iberoamericana, 29*(3), e293325-e293325. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D. J. y Nelson, E.-L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs [Encuesta de prácticas de salud teleconductual de psicólogos: uso de tecnología, cuestiones éticas y necesidades de capacitación]. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*(3), 205-219. <https://doi.org/10.1037/pro0000188>
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. y del Olmedo, M. (2017). Use of information and communication technologies by Spanish psychologists, and their needs [Uso de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades]. *Clínica y Salud, 28*(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Hidalgo, M. D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Santed, M. Á., Padilla, J. L. y Gómez-Benito, J. (2020). The psychological consequences of covid-19 and lockdown in the Spanish population: An exploratory sequential design [Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento en la población española: un diseño secuencial exploratorio]. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D. y Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai [Intervención de crisis psicológica durante el período de brote de nueva neumonía por coronavirus a partir de la experiencia en Shanghái]. *Psychiatry Research, 286*, 112903. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
- Larroy, C., Estupiña, F., Fernández, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M. y Crespo, M. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19*. Universidad Complutense-Colegio Oficial de Psicólogos Madrid.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S. y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak [Servicios de salud mental en línea en China durante el brote de COVID-19]. *The Lancet Psychiatry, 7*(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

- Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J. y Liu, X. (2011). Relations of sars-related stressors and coping to chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing sars epidemic [Relaciones de los factores estresantes relacionados con el sars y adaptación psicológica de los estudiantes universitarios chinos durante la epidemia de sars en Beijing de 2003]. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 410-423. <https://doi.org/10.1037/a0023632>
- Martin, J. N., Millán, F. y Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps [Práctica de Telesicología: Cartilla y primeros pasos]. *Practice Innovations*, 5(2), 114-127. <https://doi.org/10.1037/pri0000111>
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Muñoz-Violant, S., Violant-Holz, V., Gallego-Jiménez, M. G., Anguera, M. T. y Rodríguez, M. J. (2021). Coping strategies patterns to buffer the psychological impact of the State of Emergency in Spain during the COVID-19 pandemic's early months [Patrones de estrategias de afrontamiento para amortiguar el impacto psicológico del Estado de Alarma en España durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19]. *Scientific Reports*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03749-z>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Panel de control de la enfermedad por coronavirus de la OMS (COVID-19)]*. <https://covid19.who.int>
- Paul, M., Bullock, K. y Bailenson, J. (2020). Virtual reality behavioral activation as an intervention for major depressive disorder: Case report [Activación conductual de realidad virtual como intervención para el trastorno depresivo mayor: Reporte de caso]. *JMIR Mental Health*, 7(11), 1-13. <https://doi.org/10.2196/24331>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain [Impacto psicológico y factores asociados durante la etapa inicial de la pandemia por coronavirus (COVID-19) en la población general en España]. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Rydel Niski, D. (2015). *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención: basado en el autoreporte de los usuarios* [Tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8336>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in spanish people during the mandatory national quarantine [Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en los españoles durante la cuarentena nacional obligatoria]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/RPPC.27569>
- Sierra-García, P. y Carrasco, M. A. (2021). *Recursos psicológicos para tiempos de confinamiento y pandemia*. Sanz y Torres.
- Sierra-García, P., Saúl, L. Á., Carrasco, M. Á. y González-Brignardello, M. P. (2021). Perfil de usuarios de una clínica universitaria durante el estado de alarma sanitaria COVID 19. *Acción Psicológica*, 18(1), 11-26. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29867>
- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M. y García Izquierdo, M. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the 10-item Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) in a sample of workers [Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de Connor-Davidson de 10 ítems (CD-RISC de 10 ítems) en una muestra de trabajadores]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>
- Telepsychology Task Force. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology [Pautas para la práctica de la telesicología]. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation – outcome measure [Propiedades psicométricas de la versión en español de los resultados clínicos en la evaluación de rutina – medida de resultado]. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Wahlund, T., Mataix-Cols, D., Olofsdotter Lauri, K., De Schipper, E., Ljótsson, B., Aspvall, K. y Andersson, E. (2021). Brief online cognitive behavioural intervention for dysfunctional worry related to the COVID-19 pandemic: A randomised controlled trial [Breve intervención cognitiva conductual en línea para la preocupación disfuncional relacionada con la pandemia de COVID-19: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), 191-199. <https://doi.org/10.1159/000512843>

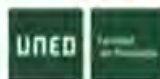
- Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu, L., Yao, Y. y Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China [Asistencia psicológica durante el brote de la enfermedad del coronavirus 2019 en China]. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 733-737. <https://doi.org/10.1177/1359105320919177>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G. y Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance [Telepsicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada: Impacto en la alianza de trabajo]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Wei, N., Huang, B., Lu, S., Hu, J., Zhou, X., Hu, C., Chen, J., Huang, J., Li, S., Wang, Z., Wang, D., Xu, Y. y Hu, S. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19 [Eficacia de la intervención integrada basada en Internet sobre los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19]. *Journal of Zhejiang University: Science B*, 21(5), 400-404. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010013>

Apéndice A: Registro de atención de llamadas

 	
ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19	
RÉGISTRO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS	
DATOS DEL TERAPEUTA	
Nombre:	Apellidos
Fecha:	Hora
Motivo de llamada	
DATOS DEL PACIENTE Y DEL PROCESO DE ATENCIÓN	
1. RECEPCIÓN Y ENCUADRE	
Nombre:	Teléfono:
Email:	
-Identificar contexto: Lugar en el que se encuentra: Personas que le acompañan:	
-Identificar antecedentes esenciales: Patología previa y/o tratamiento psicológico previo: Tratamiento psiquiátrico previo: Motivo de tratamiento previo:	
2. ESCUCHA Y ATENCIÓN= CONECTAR	
-Expresión y ventilación emocional: "Cuénteme que le ocurre"	
-Evaluación Inicial: ¿Cuál es su grado de malestar en estos momentos de cero a diez?	



SEPA - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA



ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

3. DESACTIVACIÓN/DEESCALAR***Técnica/estrategia aplicada:**

- Respiración lenta y suave
- Ejercicios de calma (ver podcasts y guías de Blanca)
- Redirección de la atención a una parte del cuerpo y acompasar la respiración
- Reconocer y aceptar la reacción:
 - Observa tu reacción
 - Poner un adjetivo o un color
- Instaurar un patrón de identificación (Ver material de Marcela)
- Contacte con su entorno inmediato:
- Apoye los pies en el suelo y apriete, note su contacto
- Repiquetee con los dedos o las manos en el regazo.
- Observe elementos neutros de su entorno (cuadro, ventana...) describanoslo.
- Paseo lento por el entorno inmediato

Otras (Describir)

Valorar riesgos en caso de no disminuir la activación:

- Contacto con persona de apoyo
- Contacto con emergencias



SEPE - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA



ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

4. DELIMITAR EL PROBLEMA Y LA REACCIÓN*

Ayudar a identificar la reacción en el triple sistema de respuesta:

¿Qué sientes físicamente?

¿qué emoción crees que estás sintiendo?

¿qué pasa por tu cabeza? ¿qué estás pensando? ¿qué te preocupa en estos momentos?

¿qué haces ante esta emoción o pensamiento?

Micro-análisis funcional: indagar los disparadores/antecedentes y los consecuentes:

-Cuénteme qué ha pasado antes de tener esa reacción (dónde, con quién, cuándo)

- ¿Hay algo que haya disparado ese malestar o reacción?

- ¿Ha intentado hacer algo para sentirse mejor antes de llamar?

- ¿Qué ha pasado después de su reacción?

***Valorar Riesgos:**

Resistencia Ideación autolítica ataque de pánico agresión

violencia de género Violencia sexual

Otras (anotar):

5. VALORAR ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO (0-10)

-Hábitos saludables: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Relación Familia/pareja 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Relación con Amigos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Hábitos tele-trabajo/tareas de casa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Tiempo para actividades de ocio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Rutina y organización del día 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



INSTITUTO ESPAÑOL DE PSICOLOGÍA APPLICADA



ATENCIÓN ONLINE EN CRISIS ALERTA SANITARIA COVID-19

6. VALORAR APOYOS

- Amigos/vecinos: "tienes algún amigo/a especial con quien contactar"
- Familia/pareja: "tienes algún miembro de tu familia con quien poder hablar y a quien pedir ayuda"

7. ACCIÓN: BÚSQUEDA DE SOLUCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

Describir la acción aplicada:

*Valorar si hay riesgos por escasez de recursos de afrontamiento

8. DESPEDIDA Y CIERRE

-Valorar su malestar y su autoeficacia:

- ¿Cuál es tu grado de malestar en estos momentos de cero a diez?
- ¿Cómo de capaz te sientes para afrontar/llevar esta situación?.....

9. SEGUIMIENTO

- Sin seguimiento
- Seguimiento: "¿me autoriza a contactar con usted (vía teléfono o email) para ver cómo continúa mañana?"

Anotar el tipo de seguimiento pautado (vía y periodicidad)

.....

.....

RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

ATAJANDO LA DIVISIÓN ENTRE CLÍNICA E INVESTIGACIÓN: OUTCOME MEASURES AND EVALUATION IN COUNSELLING AND PSYCHOTHERAPY

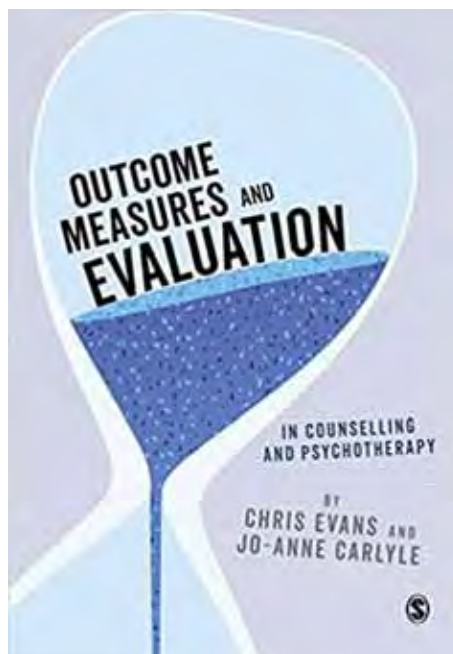
Tackling the Divide between Research and Clinical Practice: Outcome Measures and Evaluation in Counselling and Psychotherapy

Chris Evans and Jo-anne Carlyle

SAGE Publications Ltd

Páginas: 184

Fecha de publicación: Octubre 2021



Pablo Sabucedo Serrano

University of Liverpool. Reino Unido
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7932-0311>

Palabras clave: *Cuestionario, test, resultado terapéutico, psicometría*

Keywords: *Questionnaire, inventory, therapeutic outcomes, psychometry*



La fragmentación disciplinar es una amenaza tangible para la psicología. Un ejemplo clásico, dentro de la psicología clínica, es la desconexión entre orientaciones terapéuticas. Sus resultados son claramente visibles en la profesión: desde los “pseudoconflictos” entre orientaciones (Hughes, 2018), en base a premisas filosóficas no clarificadas, al aislacionismo dogmático de algunos modelos. Una falla profesional menos implícita, pero igual de significativa, es aquella que divide lo aplicado de lo académico o al terapeuta del investigador. Varios países llevan años formando a sus psicólogos clínicos según el modelo del “científico aplicado”: el ideal de un terapeuta que ejerce de forma efectiva mientras es capaz de conocer, utilizar e interpretar (e incluso realizar por sí mismo) la investigación empírica en su ámbito (Shapiro, 2002; Petersen, 2008). Parece, sin embargo, que la tensión existente entre clínica e investigación no ha hecho sino aumentar durante las últimas décadas (Leahey, 2000; Yanchar y Slife, 1997).

Por una parte, muchos terapeutas tienden a desconfiar (o incluso ignorar) la investigación empírica, creyendo que no tiene relevancia (o la necesaria profundidad u holismo) en su trabajo diario. De ello se deriva el riesgo de que la práctica clínica acabe ignorando evidencia respecto a aquellas intervenciones que pueden ser iatrogénicas. Por otra parte, con frecuencia algunos académicos todavía entienden la investigación como un proceso unidireccional o jerárquico (de los datos al investigador, del investigador al terapeuta), casi exclusivamente experimental, que tiende a no prestar la debida atención a la complejidad humana a la que está expuesto el psicólogo (o psicóloga) que ejerce de forma independiente. Una de las alternativas a este conflicto, la investigación basada en la práctica, busca atajar estas diferencias mediante el análisis de la práctica psicoterapéutica in situ: la recogida de datos desde la consulta misma del terapeuta, aliado con una red de compañeros profesionales en ejercicio clínico, que son luego analizados con la ayuda de un centro de investigación que colabora con dicha red (véase Margison et al., 2000).

Es en este contexto donde el libro en cuestión, *Outcome measures and evaluation in counselling and psychotherapy*, cobra especial importancia. Chris Evans, catedrático, así como médico psicoterapeuta jubilado, y Jo-anne Carlyle, psicóloga clínico-forense de orientación psicoanalítica, unen fuerzas en esta introducción a lo que denominamos en castellano con varios nombres: cuestionarios psicológicos, test o pruebas psicométricas, o medidas de evaluación de resultados. Su libro es el manual que me habría gustado descubrir mientras estudiaba la carrera: una introducción práctica, crítica e intuitiva a lo que el clínico debe saber sobre la medición psicométrica del cambio terapéutico. Nuestra principal oportunidad de cerrar la mencionada brecha pasa por hacer a la investigación más accesible (y sensible) a los terapeutas, pero también por facilitar el análisis de los resultados de la aplicación de la psicoterapia a pie de calle. El libro se dirige, por tanto, a los terapeutas (o psicólogos, o psiquiatras) que buscan una respuesta a la pregunta: ¿se ha producido un cambio medible en mi paciente a lo largo del proceso terapéutico?

Tras una breve introducción al uso de los cuestionarios en psicoterapia, y a

la psicometría en sí, la segunda parte del libro explora sus diversas facetas: los diferentes tipos de cuestionarios en uso (e.g., ideográfico o nomotético, general o específico), cómo juzgar la calidad de un cuestionario, o cómo analizar los datos que emergen de su uso en psicoterapia. Para el terapeuta que se adentra en este mundo por primera vez, por tanto, el libro le ayudará a responder preguntas cómo: ¿me será suficiente un único cuestionario para evaluar mis procesos terapéuticos, o necesitaré más de uno dependiendo del problema que trate? ¿cómo sé si un cuestionario tiene la suficiente calidad para los propósitos que tengo en mente? ¿cómo puedo utilizar los resultados cuantitativos que obtendré para escribir un estudio de caso, presentar en una conferencia, o evaluar los resultados obtenidos en mi centro? ¿cómo puedo analizar los datos obtenidos con un grupo específico de pacientes? La tercera parte, por último, se adentra en los distintos contextos en que se utilizan cuestionarios de cambio terapéutico: su uso en diseños de investigación, su uso por parte de terapeutas en ejercicio independiente de la profesión, o su uso dentro de centros o instituciones concretas.

El libro va, sin embargo, más allá de los aspectos prácticos a los que nos enfrentamos al utilizar cuestionarios en sesión, explorando también cuestiones como: (a) la preocupación de algunos terapeutas de que los cuestionarios sean sólo apropiados para otra orientación (habitualmente la cognitivo-conductual) en lugar de la suya propia (sea sistémica, psicodinámica, o humanista), (b) el error de quien santifica los datos cuantitativos como supuestas medidas “objetivas” de la compleja interacción humana que es la psicoterapia, o (c) las presiones socio-políticas a las que se puede ver presionado el terapeuta al utilizarlos. Me quedo, entre todo ello, con la brillante defensa que hacen los autores de la necesidad mantener el equilibrio entre dos riesgos: la pretensión positivista de que no hay grandes diferencias entre la medición cuantitativa en las ciencias naturales versus la medición de la mente (o la conducta) humana que implica la psicología, por una parte, junto con el extremo rechazo de cualquier metateoría o método cuantitativo desde algunas posiciones constructivistas, por otra parte. En sus propias palabras (Evans y Carlyle, 2021, pp.8-12):

Intentamos ni idealizar ni rechazar las ciencias ‘naturales’. Tales disciplinas tienen muchos métodos que no podemos, ni deberíamos, usar, incluyendo algunos que se utilizan actualmente en demasía en nuestro ámbito. Pero también disponen de métodos que pueden ser realmente útiles para nosotros: que pueden iluminar la forma en que entendemos nuestro trabajo [...]. Nos gustaría adoptar el pragmatismo de la mayoría de las ciencias naturales sin pretender que tenemos acceso a esas formas de medir, sin perder la fe en que la experiencia humana (en lugar de entes no-vivos) es el corazón de nuestro campo.

Referencias

- Evans, C. y Carlyle, J. (2021). *Outcome measures and evaluation in counselling and psychotherapy* [Medidas de resultado y evaluación en asesoramiento y psicoterapia]. SAGE.
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology [La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica]. En S.C. Hayes y S.G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp.23-44). Context Press.
- Leahey, T. H. (2000). *A history of psychology: Main currents in psychological thought* [Una historia de la psicología: Principales corrientes en el pensamiento psicológico]. Prentice-Hall.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K. y Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence [Medición y psicoterapia: práctica basada en la evidencia y evidencia basada en la práctica]. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 123-130. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.123>
- Petersen, C. A. (2007). A historical look at psychology and the scientist-practitioner model [Una mirada histórica a la psicología y al modelo científico-practico]. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 758-765.
- Shapiro, D. (2002). Renewing the scientist-practitioner model [Renovando el modelo científico-practico]. *The Psychologist*, 15(5), 232-235.
- Yanchar, S. C. y Slife, B. D. (1997). Pursuing unity in a fragmented psychology: Problems and prospects [En busca de la unidad en una psicología fragmentada: problemas y perspectivas]. *Review of General Psychology*, 1(3), 235-255. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.1.3.235>

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 33, Number 121, July, 2022 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

LA TERAPIA CONTEXTUAL: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Contextual Therapy: Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Adrián Barbero Rubio
(Coordinador)

EDITORIAL

MONOGRAFICO SOBRE LA TERAPIA CONTEXTUAL:
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)
Adrián Barbero-Rubio

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN
Y COMPROMISO
Robyn D. Walser y Manuela O'Connell

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN NIÑO CON
CELOS Y RUMIA DISFUNCIONALES
Ángel Alonso, Adrián Barbero-Rubio,
Francisco J. Ruiz y Bárbara Gil-Luciano

UNA EVALUACIÓN DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE DE LA
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN
PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN TRASTORNO POR
PÁNICO

Derly J. Toquica-Orjuela, Ángela M. Henao,
Miguel A. Segura-Vargas y Francisco J. Ruiz
Jiménez

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN EL
PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO PARA EL DUELO POR
RUPTURA COMPLICADA: UNA EVALUACIÓN ALEATORIA DE
LÍNEAS DE BASE MÚLTIPLES

Diana P. Medina-Reina y Francisco J. Ruiz

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
CENTRADA EN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN
FIBROMIALGIA: UN DISEÑO DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE
ALEATORIZADO

Leidy Estefany López-Palomo, Juan C. Vargas-Nieto
y Francisco J. Ruiz

UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BREVE DE TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO

David Arjol y Adrián Barbero-Rubio

—Artículos de Libre Acceso—

IMPORTANCIA DE LA DESPEDIDA EN EL PROCESO DE DUELO
Marisa Magaña Loarte, José Carlos Bermejo,
Valentín Rodil y Marta Villacieros

SALUD ESPIRITUAL, CLIMA ORGANIZACIONAL Y
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Carlos Marcelo, Lucio Abdiel Olmedo Espinosa,
Víctor Andrés Korniejczuk, Moisés Manzano
González,
Nadia Elizabeth Blanco Angulo y
Elmi Yasmín Morales Vázquez

CO-CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN
MUJERES JÓVENES CON INTENTO SUICIDA. ANÁLISIS
DISCURSIVO DEL DIÁLOGO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE
CASO

Bernardo Enrique Roque Tovar,
Edgar Antonio Tena-Suck y Antonio Sánchez Antillón

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN
LÍNEA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Marcela Paz González-Brignardello, Teresa Olea
Tejero,
Miguel Ángel Carrasco, Luis Angel Saúl y
Purificación Sierra

— Recensión —

ATAJANDO LA DIVISIÓN ENTRE CLÍNICA E INVESTIGACIÓN:
OUTCOME MEASURES AND EVALUATION IN COUNSELLING
AND PSYCHOTHERAPY

Pablo Sabucedo Serrano

