

Título de página: PROCESOS TERAPÉUTICOS Y FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Trabajo Final de Máster

Evolución de los componentes nucleares de cambio terapéutico de la flexibilidad psicológica: análisis preliminar con dos estudios de caso

Evolution of the nuclear components of therapeutic change of psychological flexibility: a preliminary analysis with two case study

Alumno: Javier Vela Pérez*

Facultad de Psicología, Universidad de Almería

Directora: Francisca López Ríos.

Máster: Investigación en Ciencias del Comportamiento.

Curso: 2017/18.

Convocatoria: Junio de 2018.

*Correo de contacto: javivela93@gmail.com

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Método.....	14
Resultados.....	21
Discusión.....	25
Referencias.....	34
Anexos.....	40

Resumen

Hoy en día existen multitud de terapias efectivas para la mejora del funcionamiento psicológico saludable. Una de estas es la terapia de aceptación y compromiso, que está basada sobre el contextualismo funcional y sobre la teoría del marco relacional, y que tiene su propio modelo de salud: la flexibilidad psicológica (FP). Actualmente existe una amplia evidencia sobre la eficacia del modelo a nivel molar pero se carece de información sobre el papel individual que tiene cada componente molecular. Por ello este trabajo busca establecer una metodología que permita registrar y estudiar la evolución de dichos procesos durante las sesiones clínicas. Además busca poner a prueba esta metodología con dos estudiantes universitarios en dos estudios de caso. Los resultados muestran que el sistema de registro tiene cierta fiabilidad y que las acciones valiosas, los valores vitales y la discriminación de patrones resultaron ser los componentes más relevantes. Por último, se discuten futuras investigaciones que incorporen mejoras en el sistema de registro.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso (ACT), flexibilidad psicológica (FP), procesos psicológicos, sistema de registro.

Abstract

There are nowadays a variety of psychotherapies that are effective to enhance the healthy psychological functioning. Acceptance and commitment therapy is one of those, which is based on functional contextualism and on relational frame theory and which has its own model of health: the psychological flexibility. There is a wide currently available evidence of the efficacy of the model in a molar level, nevertheless information about the individual role that every single molecular component plays is lacked. Thus, this work is aimed to stablish a methodology that would allow to record and study the evolution of such processes during the clinical sessions. Furthermore, it tests this methodology with two undergraduated students in two case study. Results show that the recording system has some reliability and that valued actions, vital values and discrimination of patterns were the most relevant components. Lastly, future research which include improvements in the recording system are discussed.

Key Words: acceptance and commitment therapy (ACT), psychological flexibility (PF), psychological processes, recording system.

Evolución de los componentes nucleares de cambio terapéutico de la flexibilidad psicológica: análisis preliminar con dos estudios de caso

Existen distintas formas de hacer terapia psicológica. Esto se puede observar tanto al comparar a dos personas que trabajan en la sesión clínica desde distintos modelos de psicopatología y de salud psicológica, como al comparar a dos personas que realizan su trabajo en sesión sobre la base de un mismo modelo psicológico. De hecho, estas variantes en la forma muestran ser eficaces para multitud de problemas psicológicos. De esta manera, como Pérez-Álvarez señala (2013), la cuestión no es encontrar si una terapia resulta ser eficaz o no, sino encontrar qué componentes activos son los responsables de dicha eficacia. El mismo autor plantea que existen similitudes entre las terapias contextuales con, respectivamente, el psicoanálisis, la terapia existencial, la terapia experiencial y la terapia estratégica (Pérez-Álvarez, 2001). De forma similar Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia (2006), muestran que existen puntos en común entre la psicología positiva y la terapia de aceptación y compromiso (ACT, *acceptance and commitment therapy*), aunque señalan que a pesar de existir similitudes también existen diferencias filosóficas en la base de ambas terapias. En la actualidad hay autores que están tratando de encontrar componentes inespecíficos o comunes a las distintas psicoterapias. Por ejemplo, a nivel empírico, el Krause et al. (2006) realizaron un estudio que muestra la existencia de procesos comunes entre la terapia psicodinámica-cognitiva, la terapia psicodinámica breve, la terapia construccionista-social familiar y la terapia de enfoque integrativo. Además este mismo trabajo estudió la evolución de dichos componentes a lo largo del avance de la terapia.

Es importante conocer cuáles son los *componentes activos o nucleares* que operan en el cambio psicológico de las personas que participan en el proceso de terapia, también llamados *consultantes*. Para ello es importante evaluar la evolución de esos componentes. Esto se debe a que el trabajo terapéutico basado en los componentes nucleares de cambio, permite mejorar la eficacia y la utilidad existentes en las actuales terapias. A su vez, permite que el trabajo terapéutico sea más eficiente al poder trabajar de forma más precisa y parsimoniosa. Por otro lado, este conocimiento podría orientar, en un segundo paso, la investigación en psicología básica al presentar los procesos relevantes para el cambio conductual (Hayes, Louma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) y al presentar las necesidades que se demandan desde el trabajo psicológico aplicado a la clínica. Así, conocer los componentes psicológicos conceptualizados en los “términos

medios” relevantes a nivel empírico durante la terapia, no solo facilitaría aplicar teorías complejas y abstractas durante la sesión clínica (Vilardaga, Hayes, Levin y Muto, 2009), sino que también permitiría empezar a ligar los componentes psicológicos básicos a la aplicación directa en la sesión clínica. Siguiendo esta línea, el presente trabajo busca establecer una metodología que permita analizar la evolución de los componentes terapéuticos que ocurren durante la sesión clínica, que sea de utilidad para el trabajo de terapia realizado con el modelo de la flexibilidad psicológica. Además busca realizar un estudio preliminar, mediante dicha metodología, sobre dos casos de terapia distintos.

El modelo teórico con el que aquí se trabaja es el de la flexibilidad psicológica (FP). La FP se asienta sobre la filosofía de la ciencia del contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, Hayes y Reese, 1988; Dymond y Roche, 2013; Vilardaga, Hayes, Levin y Muto, 2009). Entender qué es el contextualismo funcional facilita entender qué es la flexibilidad psicológica. El contextualismo funcional establece en sus premisas pre-científicas que para poder entender la conducta humana, se necesita atender a la historia de vida de la persona que actúa, al contexto en el que se encuentra dicha persona al actuar y a los cambios que ocurren en ese contexto. La conducta aparece ligada al contexto antecedente y al contexto consecuente, y cambia en función de cómo son los cambios contextuales que esta opera. Consecuentemente, la conducta es entendida como un proceso en constante cambio y evolución, cuyas variaciones dependen de las variaciones históricas del contexto.

Tan importante es el contexto en esta filosofía, que la metáfora con que esta filosofía de la ciencia mira al mundo es el “acto-en-contexto” (Hayes, 1993). No se puede separar la conducta del contexto en el que ocurre. Así, la principal unidad de análisis es la conducta de la persona en interacción con el contexto en el que tiene lugar, de una forma molar donde el todo es más importante que las partes. Solo se atienden a las partes para intentar comprender más eficazmente el funcionamiento global. Es importante señalar que cuando se habla de contexto se hace referencia a todo el conjunto de eventos, de mayor o menor complejidad, que vivencia la persona en un momento dado. Aquí se incluyen desde los aspectos físicos externos al individuo, como una habitación y como la iluminación, hasta aspectos cognitivos y emocionales propios de la persona, como sus emociones, pensamientos, expectativas, sensaciones corporales, etc.

El criterio de verdad que guía la construcción de conocimiento es la “acción exitosa”, que implica que una teoría psicológica ha de ser capaz, conjuntamente, de predecir y de alterar la conducta humana de una forma intencional (Hayes y Brownstein, 1986; Skinner, 1953; 1974). Dicho de otra manera, la teoría que se considera como “verdad” es aquella que resulta ser útil para conseguir unos objetivos específicos y concretos, para lo cual es necesario trabajar con premisas que permitan predecir y alterar la conducta de las personas. Además esta predicción e influencia de futuras conductas, ha de ser logrado de una forma precisa (parsimoniosa, que utilice el mínimo de premisas necesarias), amplia (que sea aplicable en la mayor cantidad posible de distintos contextos) y profunda (que sea coherente con los conocimientos que se trabajan en otras ciencias, especialmente con las que están en torno al ser humano) (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012).

Hay una característica del contextualismo funcional que es especialmente relevante tanto para el trabajo aplicado como para el de investigación. Esta es la perspectiva ideográfica de la conducta humana, que plantea que la conducta de cada persona es única debido a que cada persona vive circunstancias vitales distintas (Dougher y Hayes, 2000). Para entender la conducta de una persona se necesita atender a su historia vital única y al contexto actual en el que realiza la conducta. Consecuentemente, el análisis coherente con los planteamientos filosóficos del contextualismo funcional es el *estudio de caso único*, donde se analiza la evolución en el tiempo de un único sujeto.

Sobre la base de esta conceptualización filosófica, emerge la teoría del marco relacional (RFT, *relational frame theory*), que es una teoría sobre el lenguaje y la cognición humanas (Dymond y Roche, 2013; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Hayes y Quiñones, 2005; Törneke, 2010; Villate, Villate y Hayes, 2016). Esta teoría plantea que el lenguaje es un tipo de conducta operante y, como tal, evoluciona a lo largo del tiempo en un proceso interactivo con el contexto en el que se realiza la conducta verbal. Así, el lenguaje ocurre y varía en función de cómo interactúa con los antecedentes y con los consecuentes. La conducta verbal implica responder relacionamente, o sea, responder a un evento no solo debido a las particularidades de este, sino también por la relación que tiene con las particularidades de otros eventos. Por ejemplo, una persona puede ir a comprar un libro nuevo que no ha visto físicamente y sobre el que no ha leído ninguna reseña, pero que sabe que lo escribió el mismo autor

que escribió otros libros que sí le gustaron. Así, en este ejemplo, esta persona estaría respondiendo al libro nuevo por la relación que tiene con los otros libros del mismo autor.

El lenguaje implica un tipo de aprendizaje relacional, considerado como un subtipo dentro del aprendizaje operante. El aprendizaje operante relacional se distingue del operante respecto a dos características. La primera es que este tipo de aprendizaje necesita ser aprendido, lo cual ocurre mediante un aprendizaje operante con múltiples ejemplos dentro de una comunidad verbal. La segunda es que el lenguaje, una vez aprendido, altera el funcionamiento de todos los otros tipos de aprendizaje restantes. Esta segunda característica es la propiedad definitoria más importante de la conducta verbal, denominada transformación de funciones. Así una definición técnica de la conducta verbal centrada en la transformación de funciones es la que dan Luciano, Valdivia-Salas y Ruiz (2012), que plantea que el lenguaje es la habilidad de establecer relaciones arbitrarias entre distintos eventos, cuyo establecimiento de relaciones transforma las funciones psicológicas de los eventos relacionados. Además, las relaciones que se establecen y las funciones que son transformadas dependen de las claves contextuales presentes mientras se realiza la conducta verbal.

Las relaciones ya establecidas y las nuevas que se establecerán, tienden a formar redes relacionales coherentes (Hughes y Barnes-Holmes, 2013; Villate et al., 2016). Una red relacional es coherente cuando todos los elementos de la red se relacionan entre sí de una manera congruente con la historia de reforzamiento procurada por la comunidad verbal. Además, establecer una red relacional coherente resulta reforzante para la propia persona y, al contrario, establecer una red relacional incongruente resulta aversivo.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, *acceptance and commitment therapy*) se fundamenta en la filosofía de la ciencia del contextualismo funcional y en la teoría de psicología básica de la conducta operante relacional o conducta verbal. Así, esta terapia está centrada en los procesos verbales involucrados en cómo las personas se relacionan con el mundo (Dahl, Plumb, Lundgren y Stewart, 2009; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Wilson y Luciano, 2002). Sobre la base de estos dos fundamentos, se plantea el modelo de salud y de patología psicológicas de la flexibilidad psicológica. La FP es la habilidad de la persona de relacionarse con el mundo de manera en que ésta note las distintas experiencias involucradas en el contexto en el que actúa y que

responda de forma coherente con lo que es valioso para ella. Conceptualizado de forma más técnica (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2016), la flexibilidad psicológica supone establecer una relación jerárquica (o “integradora”) entre el deíctico “Yo” y las experiencias vividas por ese Yo. Esta forma de responder (con el Yo integrador) ante la propia respuesta (las experiencias vividas), reduce las funciones de control conductual de esas experiencias y facilita contactar con funciones psicológicas apetitivas establecidas verbalmente (augmentals) y realizar una conducta posterior que esté coordinada con dicha red verbal.

Desde el modelo de la flexibilidad psicológica se entiende que el funcionamiento psicológico saludable ocurre cuando se realizan aquellas conductas que están ligadas a los valores vitales de la persona que actúa. Dadas las características verbales del ser humano, es relativamente sencillo “quedarse atrapado” en un funcionamiento psicológico patológico (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Gómez, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2006). Por ello es muy importante que el trabajo terapéutico vaya orientado a reducir la influencia verbal allí donde haya un exceso y esta lleve al funcionamiento patológico, y orientado a fomentar la influencia verbal allí donde haya una carencia y esta pueda llevar a un funcionamiento saludable (Blackledge y Drake, 2013). Dicho de otra forma, lo que busca ACT con su modelo de la FP es flexibilizar los patrones conductuales regulados verbalmente, con la intención de que la persona pueda llevar una vida más satisfactoria.

El trabajo aplicado de la conceptualización más técnica ha probado cierta eficacia. Ruiz y Perete (2015), realizó una intervención de ACT que partió de una conceptualización de la flexibilidad psicológica planteada desde la RFT. Este estudio muestra eficacia tanto al acabar la intervención como 12 meses después de la intervención. En otro estudio, Luciano et al. (2011) trabajaron con un protocolo de *defusión* conceptualizado desde la RFT. Estos autores consiguieron que adolescentes mejoraran su conducta disruptiva, incluso meses después de la intervención. Además, un estudio posterior probó un protocolo similar a los dos anteriores mediante un experimento de laboratorio, observando que la intervención influyó en el desarrollo de mayor tolerancia al dolor (Gil-Luciano, Ruiz, Valdivia-Salas y Suárez-Falcón, 2017).

Sin embargo, es en su conceptualización en términos de nivel medio donde goza de mayor evidencia empírica hasta la fecha. Este modelo de salud psicológica ha probado su eficacia en multitud de los trastornos emocionales, como depresiones y

trastornos de ansiedad, y en trastornos de personalidad y de esquizofrenia (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). Además, algunos estudios muestran el papel mediacional de la flexibilidad psicológica en la mejora de algunas variables dependientes relevantes en la salud psicológica, de manera que previo a la mejora de esas variables de salud psicológica se encontró una mejora en la flexibilidad psicológica y una relación entre esta primera mejora con la mejora posterior (Twohig, Plumb-Villardaga, Levin y Hayes, 2015; Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer y Gloster, 2018). Incluso ha probado su eficacia en problemáticas no clínicas como el estigma y el prejuicio (Krafft, Ferrell, Levin, y Twohig, 2018). Estos estudios presentan cómo este modelo de salud, a nivel molar o global, muestra ser eficaz.

La visión molar de la salud psicológica que plantea este modelo y que es coherente con su filosofía de partida, puede ser descompuesta en varios componentes analizados a nivel molecular o particular. Esto, con la intención de conocer mejor el funcionamiento molar y con la intención de conocer qué procesos moleculares son los nucleares, o sea los que realmente están produciendo los cambios deseados. Es más, conocer qué procesos moleculares son los responsables de la mejora psicológica permite refinar el trabajo terapéutico, estableciendo un trabajo molar centrado en dichos procesos moleculares nucleares.

Los componentes moleculares del modelo de flexibilidad psicológica planteados por sus autores originales y en términos de nivel medio, son la aceptación psicológica, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, los valores vitales y las acciones valiosas (Hayes et al., 2012). Explicados de forma sencilla, la aceptación se refiere a estar en contacto con pensamientos y emociones negativos sin tratar de modificarlos. La defusión cognitiva se refiere a tratar a los pensamientos como lo que son y no como realidades físicas en sí mismas. El momento presente se refiere a notar los distintos tipos de experiencias vividas en cada momento. El yo como contexto se refiere a notar las experiencias vividas y observar que hay una parte de la persona que se mantiene constante pese a los cambios vitales. Los valores vitales se refieren a aquellas partes de la vida que la persona considera como más importantes. Y por último, las acciones valiosas se refieren a hacer aquello que es importante en la vida de la propia persona.

Al analizar teórica y críticamente estos componentes, se pueden plantear modificaciones. De hecho algunos autores referentes dentro de este modelo centran sus

investigaciones en la defusión, aceptación, valores y acciones valiosas (Villate et al., 2016), apartando el yo como contexto y el momento presente del análisis. Lo que aquí se plantea es que el contacto con el momento presente está incluido tanto en la aceptación psicológica como en la defusión cognitiva y, a la vez, carece del análisis funcional tan necesario en la evaluación patológica realizada desde el contextualismo funcional (Callaghan y Darrow, 2015). Por ello se considera necesario eliminar ese componente y añadir el componente de la discriminación de patrones, que sí que aporta la visión funcional. De forma similar se puede encontrar como el yo como contexto se solapa con la aceptación psicológica, con la defusión cognitiva y con la discriminación de patrones, por ello se quita del análisis de procesos que se propone en este texto. Como resultado quedan 5 componentes, considerados como los elementos moleculares a estudiar en la evaluación de los procesos nucleares: (1) defusión cognitiva, (2) aceptación psicológica, (3) discriminación de patrones de conducta, (4) valores vitales y (5) acciones valiosas. Cabe destacar que estos componentes son entendidos como procesos, como elementos que van evolucionando conforme avanza la intervención. Estos procesos psicológicos involucrados en la flexibilidad psicológica se presentan a continuación operacionalizados en términos de nivel medio:

(1) Defusión cognitiva: es la habilidad para notar los pensamientos, emociones, sensaciones corporales, cogniciones, etc. como los que son, y no responder a ellos como si fueran reglas de conducta de obligado cumplimiento.

(2) Aceptación psicológica: es la habilidad para notar los pensamientos, emociones, sensaciones corporales, cogniciones, etc. y estar en contacto con ellos sin tratar de cambiarlos en alguna de sus formas.

(3) Discriminación de patrones de conducta: es la habilidad para notar los cambios que ocurren en el contexto debidos a las acciones realizadas por la propia persona en dicho contexto. Así, es necesario atender a cómo es el contexto antes realizar la conducta y a cómo es después de dicha conducta.

(4) Valores vitales: son los aspectos de la vida de una persona que la propia persona considera como muy importantes, que son una fuente de motivación interna y que suponen una fuente de satisfacciones vitales.

(5) Acciones valiosas: son las conductas que se realizan de forma coherente con los valores vitales de la propia persona, o sea, de forma coherente con aquello que se considera importante para la vida de la propia persona.

Existen estudios que han evaluado el papel que juegan algunos de estos procesos moleculares o particulares dentro del cambio terapéutico. Concretamente, un estudio trabajó con la *evitación experiencial*, que es el proceso opuesto a la *aceptación psicológica*, o sea que este proceso hace referencia a cuando la persona hace conductas destinadas a modificar alguna de las experiencias personales que siente. Los resultados de este estudio mostraron que altos niveles de evitación experiencial interactuaba con los síntomas de estrés postraumático, de manera que personas con altos niveles de ambos tendían a realizar otras conductas problemáticas como consumir cannabis de forma abusiva (Bordieri, Tull, McDermott y Gratz, 2014). Por el contrario, personas con altos niveles de síntomas de estrés postraumático pero con bajos niveles de evitación experiencial (alta aceptación psicológica) no realizaban un consumo abusivo de cannabis. Respecto a las *acciones valiosas*, Wersebe et al. (2017) realizaron una intervención de ACT con personas con trastorno de pánico que habían participado en un proceso de terapia previo que había fracasado. Estos autores encontraron que conforme avanzaba la intervención y mejoraba el funcionamiento psicológico de los consultantes, a la vez estos realizaban mayor cantidad de acciones valiosas, mostrando una relación entre el funcionamiento psicológico saludable y la realización de acciones valiosas.

Además, otro estudio comparó dos protocolos de intervención planteados para mejorar el rendimiento académico. El protocolo que incluía una *clarificación de valores* resultó ser más efectivo que el protocolo donde no se trabajó con los valores vitales de los estudiantes (Chase et al., 2013). Aparte, otro estudio reciente muestra la relación negativa entre los valores vitales y la ideación suicida, de manera que las personas que vivían una vida más valiosa mostraban menor tendencia al suicidio (Roush, Cukrowicz, Mitchell, Brown y Seymour, 2018). Otro estudio empírico encontró que la aceptación y la defusión por un lado, y los valores y acciones valiosas por el otro lado, ambos se relacionaron con mejoras en la salud y funcionamiento psicológicos (Villate et al., 2016). Por último, en un estudio se encontró que la *discriminación de patrones*, tanto a nivel de experiencias personales vividas como a nivel de conductas orientadas a conseguir objetivos concretos, predijo bienestar incluso un año después de las medidas iniciales (Atkins y Styles, 2016).

Los cinco componentes presentados interactúan entre sí, produciendo en su conjunto un efecto más positivo en la salud psicológica. En cada caso de terapia se encuentran personas con distintas necesidades, unas personas tienen disponibles en su repertorio de conducta aprendida algunos de los componentes revisados y, a la vez, existirá una carencia de otros componentes. La solución de un caso será más compleja si existen carencias no sólo de un componente de la FP sino de varios o incluso de todos. De forma concordante con esto, un estudio empírico mostró un *efecto interactivo* entre *la fusión cognitiva* y *la evitación experiencial*, dando como resultado mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad (Bardeen y Fergus, 2016). Así, las personas con mayores niveles de fusión cognitiva y de evitación experiencial o, lo que es lo mismo, con menores niveles de defusión cognitiva y de aceptación psicológica, resultaron ser las más proclives a vivir malestar psicológico. En la misma línea, otro estudio encontró un efecto de interacción similar, donde mayores niveles de fusión cognitiva y de evitación experiencial se relacionaron con mayores niveles de autopercepción de ser una carga para otras personas (Hapenny y Fergus, 2017). Por el contrario, la solución de un caso será más sencilla cuando se encuentren varios componentes de la FP. De hecho, se espera que hacia el final de la terapia se encuentren casi todos o todos los componentes de la FP disponibles en el repertorio del consultante y, además, siendo usados por este.

A pesar de estos primeros hallazgos es necesario seguir trabajando para poder afirmar con certeza cuáles son los procesos nucleares dentro del funcionamiento global del modelo de la flexibilidad psicológica. Esto es debido a que ningún estudio presenta un análisis completo de todos los componentes del modelo aquí presentados, donde se pueda ver si unos tienen más peso que otros. Además todos los estudios presentados trabajan con una intervención de ACT, la cual trabaja de forma explícita con el modelo de la flexibilidad psicológica. Si los procesos de dicho modelo se plantean como los responsables del cambio terapéutico favorable, también han de estar presentes, aunque sea con otra conceptualización, en el trabajo realizado por otros modelos de salud psicológica. Para poder evaluar estos procesos se necesita establecer una metodología lo suficientemente potente, la cual no se ha encontrado en la actualidad.

Por ello el objetivo prioritario de este trabajo es establecer una metodología científica válida, que permita analizar el papel de los procesos moleculares para así poder estudiar cómo evolucionan a lo largo de la intervención y cuáles de esos procesos son los nucleares. A su vez, el trabajo trata de poner a prueba esta metodología que

evalúa la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica en el consultante durante las sesiones de terapia. Para ello se analizan dos estudios de caso por separado, uno trabajado con ACT y otro trabajado con la terapia gestalt. Los casos se estudian mediante una combinación de análisis cualitativo y de análisis cuantitativo que se explica en el apartado del método. Los objetivos concretos son:

- 1) Establecer una metodología válida para la evaluación de procesos moleculares de cambio terapéutico en el consultante durante las sesiones clínicas.
- 2) Estudiar cómo evolucionan los procesos moleculares a lo largo de la intervención clínica.
- 3) Estudiar si alguno de esos procesos moleculares son más relevantes que otros.

En línea con estos dos objetivos concretos se plantean las siguientes dos hipótesis:

- 1) La metodología usada por este estudio será útil para evaluar los procesos moleculares de cambio terapéutico en el consultante durante las sesiones clínicas.
- 2) Todos los componentes moleculares resultarán relevantes al observar el final de la terapia. Sin embargo, al principio de la terapia, debido a la idiosincrasia del consultante, unos componentes serán más relevantes que otros. Dicho de otra forma, unos componentes se mantendrán estables a lo largo de la intervención y otros mostrarán aumentos en la cantidad de veces que ocurren en sesión.

Método

Participantes

En este estudio preliminar participaron dos estudiantes de la Universidad de Almería (UAL), ambas mujeres con edades de 21 y 22 años, estudiantes de distintos grados universitarios y residentes en Almería capital. Ambas fueron atendidas en la Unidad de Atención Psicológica de dicha universidad y firmaron previamente el consentimiento informado permitiendo que los datos clínicos relevantes de sus casos pudieran ser utilizados con motivos formativos para estudiantes de la UAL y con motivos de investigación. El criterio de inclusión para este estudio fue que hubieran complementado los cuestionarios previos y posteriores a la intervención, y que se dispusiera de las grabaciones en vídeo de sus sesiones clínicas, materiales indispensables para la realización de los análisis que se plantean en este estudio. A

continuación se presentan brevemente las características clínicas de ambas participantes, donde algunos datos demográficos han sido alterados por motivos de confidencialidad.

Caso 1. Andrea es una mujer de 21 años que reside en Almería, quien se queja de sufrir ataques de ansiedad en distintos contextos de su vida, llegando esto a afectar en sus relaciones familiares y en sus estudios. Estos ataques empezaron cuatro años antes de acudir a terapia, coincidiendo con el momento en que sus padres se divorciaron. A. creció en un contexto familiar distante y poco afectivo, donde llegó a sentir odio hacia su padre. Recientemente se desmayó al sacar sangre y toma gotas de valeriana para reducir la ansiedad que siente. Además tiende a cuidar más de los demás, especialmente de su familia, antes que cuidarse a sí misma. Esto incluye estar dispuesta para todo lo que necesite su familia y hablar con ellos todos los días a la misma hora. Además, Andrea evita las situaciones que le provocan la ansiedad y, cuando esta aparece, tiende a hacer todo lo que está en sus manos para reducirla, lo cual la ha llevado a abandonar muchas de sus actividades cotidianas e, incluso, dejar de asistir a las clases de la universidad. Igualmente, trata constantemente de complacer a sus familiares, siguiendo de forma muy rígida la obligación de cuidarlos.

Caso 2. Beatriz es una mujer de 22 años que reside en Almería, quien se queja de no poder disfrutar de sus relaciones sexuales, así como no poder intimar con sus posibles parejas sexuales y amorosas. Nunca ha tenido una pareja estable y solo ha tenido alguna pareja ocasional con quien no disfrutó ni llegó a intimar demasiado. Incluso señala que tampoco siente placer con la masturbación. Cuando era una niña sus hermanos mayores la persuadían para tener relaciones sexuales, lo cual le provoca mucha tristeza y relaciona con su incapacidad para sentir placer sexual. Creció en una familia católica muy preocupada en guardar las apariencias a nivel social y cuyas relaciones entre los hijos y el padre era violenta. Además, Beatriz evita hablar mal de su familia, especialmente de sus hermanos, con quienes comparte una relación que en parte es agresiva emocionalmente. Asimismo se siente obligada a hablar bien de ellos, porque *“ellos son buenos”*.

Instrumentos y Variables

El presente estudio trabajó con los siguientes tres cuestionarios:

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). Este cuestionario mide la evitación experiencial, el control cognitivo y la aceptación psicológica, incluidas en el

modelo de flexibilidad psicológica (Bond et al., 2011). Se compone de 7 ítems de autorregistro y de tipo Likert que van de 1 “*nunca verdad*” a 7 “*siempre verdad*”. En la versión original tiene una consistencia interna de .84 y una confiabilidad de test-retest de .79, durante un periodo de 12 meses. Respecto a su validación al español, tiene una fiabilidad alta con una puntuación en el alfa de Crombach de .88 en la consistencia interna (Ruiz, Langer-Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

Experience of Self Scale (EOSS). Este cuestionario mide el grado de control de estímulos privados y de estímulos públicos sobre la experiencia del Yo (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001). Consta de 37 ítems de escala Likert con 7 categorías de respuesta, que van desde 1 “*nunca*” hasta 7 “*siempre*”. Estos están repartidos en cuatro bloques, distribuidos en función de la combinación de dos tipos de relación sociales: persona cercana emocionalmente vs distante, y persona presente físicamente vs ausente. Es su versión validada al español goza de una consistencia interna global muy elevada ($\alpha = .941$) y de una fiabilidad test re-test media alta ($r = .636$) (Valero- Aguayo, Ferro-García, López-Bermúdez y Selva-López, 2014).

Symptom Checklist-90-Revised (SLC-90-R). Este cuestionario mide el grado de malestar psicológico mediante distintos patrones de síntomas definidos sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos. Entre otros patrones de síntomas psicológicos, mide depresión, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, etc. En total consta de 9 dimensiones de sintomatología específica más otros tres de carácter general. Además, está compuesto por 90 ítems de escala Likert con 5 categorías de respuesta, que van desde 0 “*nada*” hasta 4 “*mucho*”. Goza de una fiabilidad adecuada con población española, con un *alfa* de Cronbach global de .97 y con una correlación test re-test de .69 (Carrasco-Ortiz, Sánchez-Moral, Ciccotelli y del Barrio, 2003).

Diseño de Caso Único

El presente estudio tiene un diseño de caso único (A-B) donde, siguiendo los planteamientos de Skinner (1953) y del análisis de conducta clínica (Dougher y Hayes, 2000), se evalúa la evolución ideográfica de la conducta de persona que se encuentra en estudio. Así, el análisis de caso único es el análisis más coherente con el marco filosófico y el modelo teórico sobre los que se basa este estudio. El diseño de caso único permite establecer el análisis más preciso posible y evitar los errores que aparecen al

trabajar con parámetros estadísticos de grupo, donde por definición se manejan datos que no son los que exactamente se han registrado para cada persona. Igualmente, como desventaja del estudio de caso, aunque se gane en precisión se pierde en amplitud, debido a que este tipo de análisis permite una generalización limitada. Por ello es necesario realizar multitud de estudios de caso, con personas con distintas características y pertenecientes a grupos diversos, para así poder asegurar que los efectos estudiados de forma precisa también resultan ser amplios y generalizables.

Así, aquí se utiliza el diseño de caso único, registrando los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica durante distintos momentos de las sesiones de terapia, para así poder analizar su evolución a lo largo del proceso terapéutico. Además, para poder relacionar la evolución de dichos componentes con la mejora de la intervención, es necesario conocer el efecto global que ha tenido la intervención (Hayes et al., 2006). Conociendo este efecto, se puede plantear que la mejora psicológica se relaciona con los componentes que han mejorado.

Procedimiento

Primero se atendió a las participantes del estudio en la Unidad de Atención Psicológica de la UAL. Se les explicó la confidencialidad que se guarda en dicha unidad sobre sus datos personales, firmaron el consentimiento informado y complementaron los cuestionarios correspondientes. Posteriormente una terapeuta ACT trabajó con una de las dos consultantes (Caso 1) y otro terapeuta gestalt trabajó con la otra consultante (Caso 2). Ambos terapeutas gozan de más de 20 años de experiencia en el trabajo clínico con su terapia de referencia. El Caso 1 tuvo un total de seis sesiones y el Caso 2 cinco sesiones. El final de ambas intervenciones se decidió conjuntamente entre consultante y terapeuta, cuando ambos entendieron que era adecuado. Debido a problemas técnicos se perdieron los datos de la primera sesión del segundo caso mencionado. Una vez completado el proceso de terapia, las dos consultantes completaron de nuevo los mismos cuestionarios que complementaron antes de empezar la terapia. Además se grabaron en vídeo las distintas sesiones del proceso terapéutico con dos cámaras de la marca y modelo Sony DCR-SR37, ambas situadas en un extremo de la habitación. La cámara grababa tanto a las consultantes como a los terapeutas, tanto con buena calidad de sonido como de imagen. Durante las sesiones estaba presente un estudiante en prácticas que se encargaba de vigilar que se grabaran correctamente las sesiones. Por último, dos observadores distintos visualizaron y registraron los

componentes que aparecían en las sesiones clínicas. Además, uno de los dos observadores realizó un segundo registro de los mismos dos casos, 3 meses después de realizar el primero.

Registro de Datos

Los registros de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica se realizaron mediante la observación de las grabaciones de las sesiones terapéuticas, lo cual facilita dicha labor de registro (Asan y Montague, 2014). Estas grabaciones cumplen con los requisitos necesarios a tener en cuenta a la hora de registrar los datos, para así responder a las necesidades de la investigación (Asan y Montague, 2014). Estos autores agrupan los requisitos en cinco grupos relacionados e interdependientes: (1) conceptualización del estudio, (2) consideraciones éticas y legales, (3) participantes y muestra, (4) registro y almacenamiento de datos, y (5) análisis de datos. El primero hace referencia a clarificar cuál es el objeto de estudio y si puede ser observado mediante las grabaciones de vídeo. El segundo hace referencia a las cuestiones de privacidad y confidencialidad de la persona que aparece en las grabaciones, con lo que se requiere de mucha responsabilidad por parte del investigador y se requiere el consentimiento informado del participante implicado. El tercero hace referencia a planear cuántas personas participarán en la investigación y qué roles tomarán, desde los consultantes hasta los terapeutas y los diversos observadores. El cuarto hace referencia a la grabación en sí misma, cuidando que las condiciones de grabación sean las más adecuadas, asegurando que se graben con calidad tanto la imagen como el audio y almacenando adecuadamente su contenido. Por último, el quinto hace referencia al análisis de los datos grabados en vídeo, de forma que se analice lo que es relevante para la investigación y se realice un primer estudio piloto para comprobar que la metodología funciona tal y como se ha planteado.

El primer punto queda respondido en los apartados de la introducción y el método. Cabe añadir que la operacionalización de los componentes teóricos a registrar es un elemento indispensable, debido a que es esta conceptualización la que va a guiar el criterio de la correspondencia teórica que se explica posteriormente. O sea, que dependiendo de cómo sea la operacionalización se registrarán unas u otras conductas. Dicho de otra forma, al trabajar con este tipo de diseños de caso único donde, a parte de utilizar análisis cuantitativos, se utilizan análisis cualitativos, es necesario trabajar con componentes adecuadamente operacionalizados desde un modelo teórico concreto

(Mitchell, 2010). Así, dependiendo de cómo se operacionalicen los componentes, se registrarán unas u otras conductas. Es más, esta delimitación teórica facilita la labor del registro de los componentes. En el caso de los componentes con los que aquí se trabajan, aparecen operacionalizados de forma enumerada en el apartado de la introducción. Dado a que ya aparecen en la introducción aquí solo se nombrarán: (1) defusión cognitiva, (2) aceptación psicológica, (3) discriminación de patrones de conducta, (4) valores vitales y (5) acciones valiosas.

Los puntos dos, tres y cinco quedan respondidos en el método. Respecto al tercer punto, ya se han explicado los consultantes y los terapeutas. Solo resta por decir que los registros fueron realizados por dos observadores, que es la misma cantidad que la utilizada por Palm, Josephson, Mathiassen y Kjellberg (2016). Ambos eran estudiantes de la UAL, uno del grado de Psicología y otro del máster de Investigación en Ciencias del Comportamiento, y ambos con poca experiencia en el manejo práctico de la terapia de aceptación y compromiso.

Respecto al cuarto punto, se acotaron las sesiones en bloques de 10 minutos, registrando y almacenando los datos de la evolución de los componentes durante cada bloque por separado. Esto se realizó en la hoja de registros (ver Anexo 1). Además, para realizar el registro lo más adecuadamente posible, se siguieron los cuatro criterios planteados en el estudio de Krause et al. (2006): (1) correspondencia teórica, que se refiere a que el proceso registrado tiene que corresponder con alguno de los componentes previamente planteados y operacionalizados, que en este caso se encuentran en la introducción; (2) verificabilidad, que se refiere a que el proceso registrado tiene que poder observarse durante la sesión, ya sea porque ocurre *in situ* o porque, en el caso de que se diera fuera de la sesión, el consultante así lo expresara durante la misma; (3) consistencia, que se refiere a que el proceso registrado ha de ser coherente entre las observaciones verbales y las no verbales; (4) novedad, que hace referencia a que solo se registra el proceso observado cuando este ocurre por primera vez. Este último criterio tiene sentido en la evaluación de los indicadores genéricos dentro del modelo de las teorías subjetivas, donde se miden momentos de cambio terapéutico jerarquizados desde los cambios más simples hasta los más complejos e importantes. Sin embargo, este criterio no tiene el mismo sentido cuando se trabaja con el modelo específico de la flexibilidad psicológica, donde los distintos componentes interactúan pero no son codependientes ni se encuentran en una clasificación jerárquica.

En el caso de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, lo que interesa es evaluar cuántas veces ocurren, independientemente de su forma. Es más, aunque el consultante realice varias veces una conducta con la misma función psicológica (defusión, aceptación, etc.) se contabilizan todas las veces en que ocurre. Así, este criterio se utiliza en el registro de las conductas del consultante pero con la variación de que se contabilizarán las conductas objetivo que ocurran en momentos temporales distintos. Resumiendo, para registrar una conducta esta ha de cumplir los cuatro criterios mencionados de correspondencia teórica, verificabilidad, consistencia y novedad, con la salvedad de que este último se ha modificado en comparación con la definición original dada en el estudio de Krause et al. (2006).

Análisis de Datos

Este estudio combina el análisis cuantitativo y el cualitativo, el primero para evaluar la fiabilidad de la metodología del registro de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica y el segundo para evaluar la evolución de dichos componentes a lo largo del proceso terapéutico. Dentro de los análisis cuantitativos, se evaluó la fiabilidad intra e interjueces mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) con dos observadores fijados previamente, registrando las mismas sesiones, de tipo (3, 1), de modelo de dos factores con efecto mixtos y de consistencia (Koo y Li, 2016; Shrout y Fleiss, 1979). Este análisis estadístico es el más adecuado para evaluar la fiabilidad entre observadores cuando los datos registrados son de escala ordinal, como los utilizados en el presente estudio. Este análisis es similar al realizado por Xu, Chang, Faber, Kingma y Dennerlein (2011), quienes señalan que el parámetro del CCI muestra una fiabilidad adecuada entre observadores cuando este parámetro es mayor de .75, lo cual coincide, a su vez, con lo que presentan Koo y Li (2016). Ambos análisis sobre la fiabilidad entre observadores (intra e interjueces) se aplicaron a cada uno de los componentes registrados por separado. De esta forma se obtuvieron dos análisis por cada componente molecular de la flexibilidad psicológica, y en cada caso por separado. Todos los análisis cuantitativos se realizaron con el paquete de datos estadístico SPSS versión 21.

Concluyendo con los análisis de datos, se realizó un análisis cualitativo para estudiar la evolución de cada uno de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica. Para ello se sumó el total de veces que ocurrieron en cada sesión y se observó cómo cambiaban de sesión a sesión. Igualmente, se compararon las

puntuaciones pre y post intervención tomadas con los cuestionarios AAQ-II, EOSS y SCL-90-R, para conocer la evolución global de la intervención. Las gráficas utilizadas para los datos de la evolución de los componentes y de la comparación de las puntuaciones de los cuestionarios pre y post intervención se diseñaron con el Excel.

Resultados

En primer lugar el análisis de la fiabilidad entre observadores realizado con el *coeficiente de correlación intraclase* para el registro realizado con el *Caso 1*. Respecto al análisis *intra-jueces*, el componente de la *defusión* obtuvo $M = 1.33$, $DT = 1.583$, medidas individuales = .537 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .225$, $LS = .749$) y $p = .001$. Para el componente de *aceptación* los resultados fueron de $M = 2.10$, $DT = 2.551$, medidas individuales = .837 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .686$, $LS = .919$) y $p < .001$. Para las *acciones valiosas* $M = 2.97$, $DT = 3.124$, medidas individuales = .762 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .558$, $LS = .879$) y $p < .001$. Para los *valores vitales* $M = 3.10$, $DT = 3.397$, medidas individuales = .894 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .790$, $LS = .948$) y $p < .001$. Y, por último, para la *discriminación de patrones* $M = 5.25$, $DT = 3.010$, medidas individuales = .662 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .401$, $LS = .823$) y $p < .001$. Todos estos datos están recogidos en la tabla del Anexo 2.

En segundo lugar, respecto al análisis *inter-jueces*, el componente de la *defusión* obtuvo $M = 1.14$, $DT = 1.177$, medidas individuales = .042 (intervalo de confianza= 95%, $LI = -.331$, $LS = .403$) y $p = .415$. Para el componente de *aceptación* los resultados fueron de $M = 1.36$, $DT = 1.682$, medidas individuales = .196 (intervalo de confianza= 95%, $LI = -.185$, $LS = .525$) y $p = .155$. Para las *acciones valiosas* $M = 2.54$, $DT = 2.987$, medidas individuales = .799 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .611$, $LS = .902$) y $p < .001$. Para los *valores vitales* $M = 2.64$, $DT = 2.921$, medidas individuales = .700 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .447$, $LS = .849$) y $p < .001$. Y, por último, para la *discriminación de patrones* $M = 3.82$, $DT = 2.229$, medidas individuales = .432 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .076$, $LS = .690$) y $p = .010$ (véase Anexo 3).

Resumiendo los resultados del análisis de fiabilidad entre observadores del Caso 1. Respecto al análisis de fiabilidad intrajueces, los cinco componentes de la flexibilidad psicológica obtuvieron una fiabilidad o consistencia adecuada. Concretamente, la aceptación, las acciones valiosas y los valores vitales mostraron una fiabilidad alta con valores mayores de .75 para el CCI; y la defusión y la discriminación de patrones

mostraron una fiabilidad media, con valores del CCI entre .50 y .75 (Koo y Li, 2016). Por otro lado, respecto al análisis de fiabilidad interjueces y siguiendo las mismas indicaciones de Koo y Li sobre cuándo los valores del CCI son altos, los resultados mostraron que solo el componente de las acciones valiosas alcanzó una fiabilidad alta y solo el de los valores vitales alcanzó una fiabilidad media. Hay otro componente, el de la discriminación de patrones, que queda un poco por debajo del punto de corte de una fiabilidad media. Por último, los dos componentes restantes muestran una fiabilidad baja, cuya baja coincidencia pudo darse por azar al tener una $p > .150$ para ambos.

En tercer lugar, el análisis de fiabilidad entre observadores realizado con el *coeficiente de correlación intraclase* para el registro realizado con el *Caso 2*. Respecto al análisis *intra-jueces*, el componente de la *defusión* obtuvo $M = .61$, $DT = .916$, medidas individuales = .486 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .039$, $LS = .771$) y $p = .018$. Para el componente de *aceptación* los resultados fueron de $M = 2.11$, $DT = 1.367$, medidas individuales = .776 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .496$, $LS = .910$) y $p < .001$. Para las *acciones valiosas* $M = 2.78$, $DT = 3.135$, medidas individuales = .941 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .849$, $LS = .977$) y $p < .001$. Para los *valores vitales* $M = 2.06$, $DT = 1.211$, medidas individuales = .204 (intervalo de confianza= 95%, $LI = -.278$, $LS = .603$) y $p = .201$. Y, por último, para la *discriminación de patrones* $M = 2.83$, $DT = 1.886$, medidas individuales = .486 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .039$, $LS = .771$) y $p = .018$. Todos estos datos están recogidos en la tabla del Anexo 4.

Por otro lado, en cuarto lugar, respecto al análisis *inter-jueces*, el componente de la *defusión* obtuvo $M = 0.39$, $DT = 0.698$, medidas individuales = .536 (intervalo de confianza= 95%, $LI = .107$, $LS = .797$) y $p = .009$. Para el componente de *aceptación* los resultados fueron de $M = 1.44$, $DT = 1.199$, medidas individuales = .272 (intervalo de confianza= 95%, $LI = -.210$, $LS = .647$) y $p = .130$. En el caso de las *acciones valiosas* y de los *valores vitales*, la covarianza entre los elementos de ambos análisis es negativa y, por ello, no se cumplen los supuestos para el modelo de la fiabilidad. Por último, para la *discriminación de patrones* $M = 2.44$, $DT = 1.338$, medidas individuales = 0 (intervalo de confianza= 95%, $LI = -.456$, $LS = .456$) y $p = .500$ (véase la tabla del Anexo 5).

Resumiendo los resultados del análisis de consistencia entre observadores del *Caso 2*. Respecto al análisis de fiabilidad intrajueces, los componentes obtuvieron una fiabilidad media. Concretamente, la defusión y la discriminación de patrones obtuvieron una fiabilidad muy cercana de .50 en el CCI (.486), la cual señala una fiabilidad media.

La aceptación resultó tener una fiabilidad alta, con valores por encima de .75 en el CCI. Las acciones valiosas consiguieron una fiabilidad excelente ($CCI > .90$). Por último, los valores vitales obtuvieron una fiabilidad baja, con .204 y no estadísticamente significativa ($p = .201$) (Koo y Li, 2016). Por el otro lado, respecto al análisis de fiabilidad interjueces, dos componentes no cumplieron los supuestos para poder realizar el análisis del CCI (acciones valiosas y valores vitales), con lo que no muestran una fiabilidad adecuada. Otros dos componentes mostraron una fiabilidad baja (aceptación y discriminación de patrones). Y solo un componente obtuvo una fiabilidad adecuada, la defusión, con unos valores medios (.536) y con una significación de .009.

Respecto al análisis cualitativo de la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica sesión a sesión, en el Caso 1 se encontró lo siguiente: (1) la cantidad de veces que se observó la presencia de la defusión cognitiva fue similar en cada una de las seis sesiones (4, 2, 6, 2, 3 y 4). Además, tuvo su pico más alto en la Sesión 3, después de que mostrara una baja aceptación en la Sesión 2. Su evolución se puede apreciar en la gráfica de la Anexo 6. Igualmente, en esta misma gráfica aparecen el resto de componentes por separado. (2) El componente o proceso de la aceptación tuvo su mayor presencia en la Sesión 2, a partir de la cual fue disminuyendo. Concretamente sus puntuaciones sesión a sesión fueron de 1, 15, 7, 6, 2 y 2. (3) Las acciones valiosas mostraron los siguientes valores: 2, 10, 10, 6, 5 y 9. Con esto se puede observar una gran mejora al comparar la primera y la segunda sesión. Los valores disminuyen en la cuarta y quinta sesión y vuelven a aumentar en la sexta y última sesión. (4) En cuanto a los valores vitales, estos tienen cierta presencia desde la primera sesión y, de igual manera que con la aceptación y las acciones valiosas, aumenta de la primera a la segunda sesión, donde tiene su pico más alto (8, 20, 4, 6, 7 y 3). Durante las últimas sesiones desciende en comparación con la Sesión 2. (5) Por último, la discriminación de patrones tuvo los valores de 21, 20, 22, 9, 3 y 5. Lo cual muestra que la consultante tiene una gran discriminación de los patrones de su conducta. Esto se observa especialmente en las Sesiones 1, 2 y 3 e incluso en la Sesión 4. Todos estos resultados están presentados en una misma gráfica conjunta en el Anexo 7. Cabe mencionar que las dos últimas sesiones del Caso 1, la 5 y la 6, fueron la sesión final y, posteriormente, la sesión de seguimiento y duraron, respectivamente, 30 minutos y 18 minutos. Con lo que las observaciones de dichas sesiones se corresponden con una menor cantidad de tiempo.

Respecto a la evolución sesión a sesión de los procesos moleculares que componen la flexibilidad psicológica, en el Caso 2 se encontraron unos resultados globales similares al Caso 1 donde los valores más elevados de los componentes ocurrieron en las Sesiones 2 y 3, y posteriormente disminuyeron en el resto de sesiones. En este caso se disponen de los datos de todas las sesiones menos de la primera, así que aquí se presentan los datos de las Sesiones 2, 3, 4 y 5. La evolución de componentes del Caso 2 mostró: (1) la defusión tuvo valores bajos en todas las sesiones (1, 1, 2 y 1) y sin cambios de una sesión para otra. Estos datos aparecen en la gráfica de la Anexo 8, donde se presentan los valores obtenidos para cada componente por separado. (2) La mayor cantidad de veces que se observó la aceptación ocurrió en la Sesión 4 donde tuvo un valor similar a las dos sesiones anteriores, posterior a lo cual disminuyó (5, 5, 6 y 2). (3) Las acciones valiosas muestran una evolución similar a la aceptación, dado que en las primeras sesiones obtuvo valores más altos y estables, y en la última sesión estos valores disminuyeron (7, 8, 7 y 0). (4) Los datos de las observaciones de los valores vitales fueron de 3, 9, 4 y 1, lo cual muestra un aumento en el paso de la Sesión 2 a la Sesión 3. Después del pico de la tercera sesión los valores disminuyeron. (5) Por último, la discriminación de patrones obtuvo sus valores más elevados en la segunda y tercera sesión (8, 9, 5 y 2). Los valores de estas dos sesiones fueron semejantes entre sí y disminuyeron en la cuarta y quinta sesión. Todos estos datos están recogidos en una gráfica conjunta en el Anexo 9. Es importante mencionar que, de forma semejante al Caso 1, la última sesión del Caso 2 (Sesión 5) sirvió de cierre y seguimiento de la intervención, por lo que duró menos que el resto, concretamente duró 18 minutos.

Los resultados de las medidas de los cuestionarios para el Caso 1 fueron de 48 para el AAQ-II en la pre-intervención y de 22 para el post. En la medida del EOSS, fue de 100 en la pretest y de 66 en el post. En las distintas medidas del SCL-90-R en el pretest y posttest son, respectivamente, en las somatizaciones 66 y 36; en las obsesiones y compulsiones de 56 y de 39; en la sensibilidad interpersonal de 44 y de 41; depresión 56 y 29; ansiedad 64 y 37; hostilidad 58 y 33; ansiedad fóbica 60 y 45; ideaciones paranoides 41 y 37; psicoticismo 51 y 35; índice de severidad global 57 y 26; malestar psicossomático positivo 62 y 33; y síntomas positivos 53 y 28. Con esto se aprecia una mejora en el AAQ-II que mide la flexibilidad psicológica, en el EOSS que mide la experiencia saludable del Yo y en muchas de las medidas del SCL-90-R que incorpora varias medidas de los principales síntomas de malestar psicológico (véase el Anexo 10).

Respecto al caso 2, las medidas del pre y del post intervención del AAQ-II fueron de 41 y 24, del EOSS de 148 y 120. Respecto al SCL-90-R, las distintas medidas del pre y post-intervención son, respectivamente: somatizaciones 51 y 48; en las obsesiones y compulsiones de 63 y de 45; en la sensibilidad interpersonal de 68 y de 62; depresión 72 y 56; ansiedad 61 y 43; hostilidad 51 y 54; ansiedad fóbica 58 y 58; ideaciones paranoides 61 y 55; psicoticismo 77 y 54; índice de severidad global 63 y 51; malestar psicosomático positivo 57 y 42; y síntomas positivos 63 y 57. Así, de forma similar al Caso 1, muchas de las medidas mejoraron después de la intervención (véase el Anexo 11).

Discusión

Este estudio busca establecer un sistema de registro que permita evaluar la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica durante la sesión clínica, a lo largo del proceso de terapia, que aparecen en el consultante. De tal manera que esto sirva para estudiar la relevancia de cada componente particular y así poder mejorar la precisión, eficacia y eficiencia del trabajo psicológico aplicado en la clínica. Para ello se evaluó la metodología del registro con dos estudios de caso y se evaluó la evolución de los componentes registrados en dichos casos, atendiendo a la relevancia de cada uno de esto. Respecto al principal objetivo, al analizar la fiabilidad del registro de componentes del Caso 1 trabajado con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), se encontró que todos los componentes registrados en el análisis intrajueces obtuvieron una consistencia adecuada, variando entre valores medios y altos. Concretamente, la aceptación, las acciones valiosas y los valores vitales obtuvieron una consistencia alta y los dos restantes una media. Sin embargo, solo dos componentes obtuvieron una fiabilidad adecuada mostrando una consistencia media-alta, en el análisis de la fiabilidad interjueces. Estos fueron las acciones valiosas con una consistencia alta y los valores vitales con una media. Los componentes restantes obtuvieron consistencias bajas –defusión y aceptación- y una consistencia cercana a ser media -discriminación de patrones-.

Los resultados de la fiabilidad del Caso 2, trabajado con la terapia gestalt, fueron similares a los obtenidos en el Caso 1. Respecto a la consistencia entre las observaciones realizadas por la misma persona en dos momentos temporales distintos (fiabilidad intrajueces), los componentes mostraron una fiabilidad media-alta. Así, el registro del componente de las acciones vitales mostró una consistencia excelente, la

defusión y la discriminación de patrones mostraron una consistencia media, la aceptación una consistencia alta y, por último, los valores vitales obtuvieron una consistencia baja. Por otro lado, los resultados de la fiabilidad interjueces del registro de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, resultó ser baja e incluso dos componentes -las acciones valiosas y los valores vitales- mostraron una covariación negativa y no pudieron ser analizados con el coeficiente de correlación intraclase. De esta manera, la aceptación y la discriminación de patrones obtuvieron valores bajos y solo la defusión mostró unos valores adecuados, con una fiabilidad media.

En cuanto a la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, en el Caso 1, Andrea muestra una gran habilidad para discriminar los patrones de conducta al inicio de la intervención, lo cual es una fortaleza debido a que esta habilidad, planteada desde una perspectiva funcional, es crucial a la llevar un funcionamiento psicológico saludable (Atkins y Styles, 2016). Con ello, se puede predecir un buen resultado para la intervención. Por otro lado, en este mismo caso, la defusión mostró los mismos valores en la primera sesión y en la última. La última sesión fue de seguimiento y duró 18 minutos, que es menos de la mitad de lo que duró la primera sesión. Ello da la impresión de que la defusión estaba presente al final de la terapia con mayor facilidad de lo que lo estaba al principio. Además, se observa que Andrea realizó conductas psicológicamente flexibles en lo que respecta a los cinco componentes moleculares, los cuales tuvieron sus puntos más fuertes ya al principio de la intervención, principalmente en las Sesiones 2 y 3. De esta manera, es lógico que la intervención fuera breve y durara tan solo seis sesiones, debido al papel beneficioso de la defusión (Luciano et al., 2011) de la aceptación (Bordieri, Tull, McDermott y Gratz, 2014), las acciones valiosas (Wersebe et al., 2017), de los valores vitales (Chase et al., 2013; Roush et al., 2018) y de la discriminación de patrones (Atkins y Styles, 2016). Concretamente, en este caso los últimos cuatro componentes mencionados aparecen como más relevantes que el restante -la defusión- al ocurrir con mayor frecuencia durante las sesiones. Es más, se puede afirmar que, a nivel cualitativo, la intervención supuso una mejora en el funcionamiento psicológico de la consultante, debido a que en la mayoría de medidas de los cuestionarios hubo cambios positivos entre el pretest y el postest. Así, se puede afirmar que los componentes resaltados se relacionan con la mejora en producida por la intervención.

Siguiendo con la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, en el Caso 2, los picos más altos en la cantidad de veces que se observaron estos componentes fueron entre la tercera y cuarta sesión. Concretamente, la defusión y la aceptación mostraron mayor ocurrencia en la Sesión 4 y los tres componentes restantes en la Sesión 3. Después de esos picos, todos los componentes disminuyen, sin embargo esto puede deberse a que la última sesión (Sesión 5) supuso el cierre de la intervención y duró menos que el resto de sesiones. Con lo cual se dan menos oportunidades para que cualquiera de los componentes registrados ocurra durante la sesión. Por otro lado, hay tres componentes que se encuentran más presentes que el resto, estos son las acciones valiosas, los valores vitales y la discriminación de patrones. Dado a que se puede observar que las medidas de los cuestionarios mostraron mejoras en el funcionamiento psicológico de la persona, se puede decir que los tres últimos componentes mencionados tuvieron un papel relevante en dicha mejora e incluso más relevante que los otros dos componentes. Esto coincide con otros artículos donde se encontró que las acciones valiosas (Wersebe et al., 2017), los valores vitales (Chase et al., 2013; Roush et al., 2018) y la discriminación de patrones (Atkins y Styles, 2016) son procesos psicológicos que se relacionan con un funcionamiento psicológico saludable. Además, aunque de forma más reducida, la consultante también mostró habilidades de aceptación, lo cual es igualmente relevante para el funcionamiento psicológico saludable (Bordieri, Tull, McDermott y Gratz, 2014).

De forma crítica, observando los resultados del análisis de fiabilidad de manera global, se puede afirmar que los registros de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, registrados por el mismo observador en dos momentos temporales distintos con tres meses de diferencia entre ambos momentos, muestran una consistencia entre media y alta. Con ello, resultan ser adecuados para la realización de un análisis preliminar de la evolución de componentes a lo largo de las sesiones clínicas. Por el contrario, la fiabilidad entre distintos observadores es baja e inadecuada. Estos resultados globales coinciden tanto para los obtenidos en el Caso 1 como para los obtenidos en el Caso 2. De esta manera, los resultados de la consistencia intrajueces indican que el sistema de registro tiene puntos fuertes, debido a que la consistencia de las observaciones es media-alta para el registro de ambos casos. Es más, los registros de los componentes tanto de las acciones valiosas como de la aceptación obtuvieron niveles altos de fiabilidad en el registro de ambos casos. Sin embargo, los resultados de

la consistencia interjueces muestran que el sistema de registro tiene puntos débiles, debido a que en el Caso 1 solo las acciones valiosas y los valores vitales mostraron una fiabilidad adecuada, y en el Caso 2 solo la defusión mostró buena fiabilidad.

Estos puntos débiles en el sistema de registro, quizás se deban a que este no registra conductas con formas o topografías concretas, sino que trata de registrar funciones o procesos psicológicos que pueden presentarse con distinta topografía. Un mismo proceso o función psicológica puede presentarse con una misma topografía en distintos momentos temporales, o presentarse con formas distintas, o incluso se pueden encontrar dos conductas que son topográficamente iguales pero que, debido al contexto en el que ocurren, representan procesos psicológicos distintos. Esto hace que sea muy complicado delimitar de forma precisa, clara y útil cómo se ajustan los componentes a los criterios a seguir para realizar un registro cualitativo de forma adecuada. Los cuatro criterios para el registro de componentes que sigue el presente estudio son los utilizados por Krause et al. (2006): correspondencia teórica, verificabilidad, consistencia y novedad. Concretamente, los criterios que resultaron más complicados de cumplir fueron el de la correspondencia teórica y el de la novedad. El primero debido a la dificultad de discriminar cuándo ocurren y cuándo no ocurren los procesos moleculares de la flexibilidad psicológica. El segundo debido a la dificultad de discriminar cuándo empieza y cuándo acaba el componente a registrar.

Estos componentes, entendidos como procesos, pueden ocurrir en las sesiones de forma más evidente o de forma más sutil. Siendo que la terapia de aceptación y compromiso trabaja de forma explícita con el modelo de la flexibilidad psicológica, es de esperar que el consultante muestre conductas que de forma más evidente se correspondan con los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica. Sin embargo, la terapia gestalt trabaja con un modelo de corte existencial distinto al de la flexibilidad psicológica, que es de corte contextual funcional. Por ello, es de esperar que la consultante del caso trabajado con la terapia gestalt no muestre de forma evidente los componentes de la flexibilidad psicológica. De forma coherente con esto, la mayor consistencia entre los distintos observadores en el caso trabajado con ACT indica una mayor facilidad para registrar los componentes de la flexibilidad psicológica, frente a una mayor dificultad para su registro en el caso trabajado con la terapia gestalt.

Por otra parte, para poder afirmar que estos componentes aparecen o no en la terapia gestalt, se necesita de un registro consistente entre distintos observadores que

muestren una escasa o nula ocurrencia. Sin embargo, en este punto a nivel empírico, dado a la consistencia media de la fiabilidad intrajueces y a la baja en la fiabilidad interjueces, no se puede considerar que estos componentes no aparecen en la terapia gestalt, sino que es difícil registrarlos. Así, estos componentes podrían estar presentes, o no, en la terapia gestalt o en otras terapias que no trabajan con el modelo de la flexibilidad psicológica. En todo caso, aunque su registro sea más dificultoso, los resultados apuntan a que los procesos moleculares de la flexibilidad psicológica sí que ocurren en el proceso de terapia gestalt.

Una forma de solucionar estos problemas es trabajar con la precisión con la que se ajusta la operacionalización de los componentes con los criterios del registro. Y otro punto fundamental, relacionado con el primero, es realizar un entrenamiento previo al registro que se vaya a tener en cuenta para el estudio, procurando que las observaciones sean lo más adecuadas posible.

Es importante añadir una advertencia. Es posible que estén ocurriendo unos mismos procesos en terapias psicológicas distintas, pero es necesario atender a la base filosófica y a la base de los procesos psicológicos básicos para poder entender las diferencias que hay entre las distintas terapias. Estas diferencias filosóficas y de psicología básica suponen que las similitudes aparentes a nivel teórico-empírico, se encuentren en lugares diferenciados o incluso opuestos (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia, 2006). Además, es muy importante atender a la filosofía de la ciencia que subyace en el quehacer terapéutico, porque esta filosofía es el punto de partida desde el que se da sentido a los datos obtenidos tanto en las propias sesiones de terapia como en las investigaciones. Consecuentemente no valdría hacer uso de un eclecticismo que simplemente incorporara técnicas de distintas corrientes terapéuticas, sino que para incorporar técnicas de otras terapias es necesario integrarlas de forma coherente con la base filosófica de partida, y aplicarla en línea con esa integración filosófica coherente. Incluso cuando se estudian procesos comunes desde una óptica inespecífica, como en el estudio de Krause et al. (2006), se miran a estos factores comunes desde un modelo concreto; que en el caso de estas autoras es el modelo de teoría subjetiva o de la narrativa interna, de corte psicoanalítico.

Por otro lado, y continuando con la visión crítica de los resultados, respecto a la evolución de los componentes a lo largo de las sesiones clínicas de ambos casos, señalar que este registro tiene en cuenta los componentes moleculares de la flexibilidad

psicológica, pero no registra sus opuestos. Por ejemplo, registra la defusión cognitiva, que es la habilidad para notar los pensamientos, emociones, etc. como lo que son y sin necesitar responder ante ellos; pero no registra la fusión cognitiva, que es responder a los pensamientos, emociones, etc. como si fueran reglas de conducta de obligado cumplimiento. Una persona puede mostrar conductas tanto de defusión como de fusión cognitiva, dependiendo del contexto vital en el que se encuentre. Lo que se esperaría es que al principio de la intervención, los componentes en su versión negativa (fusión cognitiva, evitación experiencial, etc.) estuvieran muy presentes y que estos disminuyeran conforme avanza la terapia. Y lo contrario, que los componentes en su versión positiva (defusión, aceptación, etc.) tuvieran poca presencia y que estos aumentaran conforme avanza la terapia. Sin embargo, el registro aquí utilizado solo permite considerar la evolución de los componentes en su dimensión positiva. De esta forma, es posible que durante la terapia se produzcan mejoras que no queden registradas, como ocurriría en caso de que la fusión cognitiva, la evitación experiencial, etc. disminuyeran durante las sesiones clínicas.

Además no se identifican las técnicas trabajadas por los terapeutas, con lo que no se puede comparar la presencia de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica con el trabajo realizado por los terapeutas y analizar cómo estos interactúan. Es esperable que si un componente molecular de la flexibilidad psicológica que no estaba presente durante las primeras sesiones, sí que aparece en las sesiones posteriores, esto se deba al trabajo realizado por el terapeuta. Así, deberían poder relacionarse los procesos psicológicos trabajados por el terapeuta con los procesos psicológicos saludables que empezara a utilizar el consultante. Es más, conocer este proceso interactivo entre la conducta del consultante y la conducta del terapeuta es una clave necesaria de tener en cuenta para estudiar en profundidad la conducta clínica o funcionamiento psicológico (in)saludable (Froján-Parga, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira y Ruiz-Sancho, 2011; Froján-Parga y Ruiz-Sancho, 2013).

Como último comentario crítico, la valoración cualitativa del efecto de la intervención quizás no sea lo suficientemente válida para poder afirmar con certeza el efecto positivo, neutro o negativo de la intervención. Debido a que se comparan los resultados de las distintas medidas de los cuestionarios de forma cualitativa, atendiendo a si se dan diferencias o no, no se puede afirmar con gran validez interna que realmente el efecto de las intervenciones sea el que se ha planteado. Pese a ello, algunas de las

diferencias encontradas al comparar las medidas previas con las posteriores a las intervenciones, fueron bastante grandes, indicando la posibilidad de que un análisis cuantitativo mostrara resultados consistentes con los cualitativos. Este análisis cuantitativo facilitaría el relacionar una evolución concreta de los componentes de la flexibilidad psicológica con un efecto global positivo de la intervención. Igualmente, en caso de encontrar que no hubiera efecto por parte de la terapia, este mismo podría relacionarse con otras formas concretas de la evolución de los componentes objeto de estudio.

De esta manera, trabajar con los casos de terapia donde se consiguen mejoras, permite asegurar que los procesos que se analizan son los involucrados en la mejora psicológica. A la vez, es igualmente importante estudiar los procesos nucleares de cambio terapéutico en casos de terapia donde no se consigan mejoras, para así analizar los procesos moleculares que se hipotetizan como los más relevantes o nucleares para la mejora psicológica, y ver si, como sería coherente, estos no aparecen en dichos casos. Así, se espera que los componentes nucleares de cambio terapéutico estén presentes en los casos donde se producen mejoras y, por el contrario, que no estén presentes en los casos donde no se producen mejoras en el funcionamiento psicológico.

Resumiendo estas limitaciones, se puede decir que la validez interna de este estudio es media. Esto difiere de la mayoría de estudios de caso único, los cuales suelen tener una validez interna muy elevada como ventaja principal. Así, esto se debe a que la fiabilidad del sistema de registro es media-alta para la consistencia entre observadores a nivel intrajueces, pero no es adecuada a nivel interjueces. Además los distintos observadores fueron fijados por los autores del estudio y no aleatoriamente. También, pierde validez interna al analizar el efecto de la intervención de forma cualitativa. Igualmente, el sistema de registro tiene la carencia de no registrar los componentes negativos u opuestos de la flexibilidad psicológica, ni registra las técnicas utilizadas por los terapeutas. Por otro lado, es necesario mencionar que la validez externa del estudio es baja, debido a contar únicamente con el análisis de dos estudios de caso que, a pesar de que fueron trabajados con dos tipos de terapias distintas, no son suficientes para generalizar los resultados de este estudio al resto de población y de terapias. Debido a esto, es necesario realizar este mismo estudio con multitud de personas con distintas características tanto clínicas como no clínicas, y con intervenciones realizadas desde distintos modelos terapéuticos, para así poder obtener resultados generalizables.

Pese a las limitaciones aquí presentadas, tanto respecto a la fiabilidad entre observadores y el sistema de registro como respecto a los componentes psicológicos y las técnicas psicológicas no registradas, se recomienda utilizar este tipo de registros que permitan evaluar a cada componente por separado tal y como ocurren en sesión y no mediante medidas de cuestionarios que nos son capaces de recoger de forma precisa lo que realmente ocurre en la sesión clínica. Por ello, futuros trabajos de investigación deberían continuar con el análisis de componentes psicológicos utilizando un diseño similar al aquí presentado y que, a la vez, supliera y mejorara las limitaciones del mismo.

Consecuentemente, investigaciones futuras centradas en el análisis de los procesos psicológicos particulares que componen el modelo de la flexibilidad psicológica, deberán integrar un entrenamiento con el uso del sistema de registro para asegurar su fiabilidad, deberán trabajar con el ajuste entre los componentes de la flexibilidad psicológica y los criterios para el registro cualitativo de dichos componentes, especialmente con los criterios de correspondencia teórica y de novedad. Además, sería recomendable añadir varios observadores para aumentar la validez interna del análisis de fiabilidad del sistema de registro, de manera que varios observadores realicen los registros y que se seleccione aleatoriamente cuáles de esos registros se utilizaran en el análisis del coeficiente de correlación intraclase (CCI), pasando del análisis del CCI de tipo (3, 1) al análisis del CCI del tipo (2, 1) (Koo y Li, 2016; Shrout y Fleiss, 1979). Igualmente, futuros pasos deberán incluir en el registro a los componentes de la inflexibilidad psicológica y a las técnicas aplicadas por los terapeutas, ambas cosas empleadas con una variedad de casos y con una variedad de terapias. Incluso, una vez avanzados estos análisis de la evolución de procesos operacionalizados en términos medios, sería conveniente dar un siguiente paso y analizar los procesos particulares de la flexibilidad psicológica, usando términos operacionalizados desde la psicología básica, concretamente desde los planteamientos de la teoría del marco relacional sobre el lenguaje y la regulación verbal de la conducta.

Asimismo, debido a la importancia que tiene conocer el efecto global de la intervención para poder relacionarlo con formas concretas en que evolucionan los procesos de la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006), investigaciones futuras necesitaran evaluar el efecto de la intervención a nivel cuantitativo. Para ello se puede utilizar el coeficiente no paramétrico de *Tau-U*, utilizado en los estudios de Ruiz y

Perete (2015) y de Villate et al. (2016), que es útil para calcular el tamaño del efecto en estudios de caso único. Para poder realizar dicho análisis es necesario realizar varias medidas en distintos momentos temporales previos a la intervención y, nuevamente, tomar las mismas medidas en distintos momentos temporales posteriores a la intervención. Esto aporta información sobre la estabilidad del funcionamiento tanto previo como posterior a la intervención y, además, permite comparar ambos conjuntos de datos y obtener una medida sobre el tamaño del efecto conseguido por el proceso de terapia. Así, futuros estudios deberán recoger varias medidas previas y posteriores a la intervención.

Como principal implicación práctica, los resultados de este estudio indican es conveniente que la labor clínica se centrar en tres componentes nucleares, que son las acciones valiosas, los valores vitales y la discriminación de patrones. Además, este estudio presenta un método de registro y de evaluación de la evolución de los procesos psicológicos particulares, con el que los profesionales clínicos pueden estudiar que procesos psicológicos trabajan con mayor facilidad y cuáles les suponen mayores dificultades, durante el propio trabajo que desempeñan durante las sesiones clínicas. Este registro incluso permite evaluar el trabajo desempeñado por otros compañeros clínicos y así realizar de forma más precisa, eficaz y eficiente el trabajo de supervisión profesional. Todo esto beneficiaría la calidad de las intervenciones clínicas.

Para finalizar, los resultados principales de este estudio plantean que la metodología presentada del registro de componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, entendiendo dichos componentes como procesos, tiene unos niveles aceptables para analizar la evolución y relevancia de estos componentes. Además, los resultados obtenidos mediante el análisis de la evolución y relevancia de los procesos psicológicos que componen la flexibilidad psicológica, indican que los componentes más relevantes del cambio terapéutico encontrados en ambos estudios de caso, fueron las acciones valiosas, los valores vitales y la discriminación de patrones. A lo cual hay que añadir que la aceptación también apareció como un componente relevante en el Caso 1. De todas formas, es necesario ser cauteloso sobre estos resultados principales debido a que la validez interna del estudio no es muy elevada y a que los análisis únicamente se aplicaron con dos casos únicos y con dos modelos terapéuticos distintos.

Referencias

- Asan, O. y Montague, E. (2014). Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *Informatics in Primary Care, 21(4)*, 161-170.
- Atkins, P. W. B. y Styles, R. G. (2016). Measuring self and rules in what people say: exploring whether self-discrimination predicts long-term wellbeing. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5(2)*, 71-79.
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology, 5*, 47-57.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S. C. (2004). Relational frame theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International journal of psychology and psychological therapy, 4(2)*, 355-375.
- Bardeen, J. R. y Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5(1)*, 1-6.
- Blackledge, J. T. y Drake, C. E. (2013). Acceptance and commitment therapy: empirical and theoretical consideration. En S. Dymond y B. Roche (Eds), *Advances in relational frame theory: research and application* (pp. 219-252). Oakland: Context Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.
- Bordieri, M. J., Tull, T. T., McDermott, M. J. y Gratz, K. L. (2014). The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3(4)*, 273-278.

- Callaghan, G. M. y Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioural interventions: foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64.
- Carrasco-Ortiz, M. A., Sánchez-Moral, V., Ciccotelli, H. y del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 2(2), 146-161.
- Chase, J. A., Houmanfar, R., Hayes, S. C., Ward, T. A., Plumb-Villardaga, J. y Follete, V. (2013). Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3), 79-84.
- Daugher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior tanalysis* (pp. 11-25). Reno, NV: Context Press.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Lundgren, T. y Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Dymond, S. y Roche, B. (2013). *Advances in relational frame theory: research and application*. Oakland: Context Press.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A. C. y Ruiz-Sancho, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Froján-Parga, M. X. y Ruiz-Sancho, E. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1), 72-92
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S. y Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9.
- Gomez, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2006). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International journal of clinical and health psuchology*, 7(2), 491-507.

- Hapenny, C. E. y Fergus, T. A. (2017). Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, and their Interactive Effect: Examining Associations with Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 35-41.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: a postskinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer.
- Hayes, S., C., Barnes-Holmes, D. y Wilson, K., G. (2012). Contextual behavioral science: creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of the contextual behavioral science*, 1, 1-16.
- Hayes, S., C. y Brownstein, A., J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The behavior analyst*, 9, 175–190.
- Hayes, S., C., Hayes, L., J. y Reese, H., W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's world hypotheses. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 50, 97–111.
- Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., C. y Quiñones (2005). Características de las operantes relacionales. *Revista latinoamericana de psicología*, 37, 277-289.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change (2Ed)*. New York: Guildford Press.
- Kanter, J. W., Parker, C. R. y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 198-211.

- Koo, T. K. y Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*, 155-163.
- Krafft, J., Ferrell, J., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2018). Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *Journal of Contextual Behavioral Science, 7(1)*, 15-28.
- Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38(2)*, 299-325.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud, 17(3)*, 339-356.
- Luciano, C., Ruiz, F., 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(2)*, 165-182.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S. y Ruiz, F. (2012). The self as the context for rule-governed behavior. En L. McHugh e I. Stewart (Coords.), *Self and Perspective Taking* (pp. 143-159). Oakland, CA: New Harbinger.
- Mitchell, A. (2010). Multidimensional Analysis: A Video Based Case Study Research Methodology for Examining Individual Dance/Movement Therapy Sessions. *Master Theses*.
- Palm, P., Josephson, M., Mathiassen, S. E. y Kjellberg, K. (2016). Reliability and criterion validity of an observation protocol for working technique assessments in cash register work. *Ergonomics, 59(6)*, 829-839.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International journal and health Psychology, 1(1)*, 1-15.

- Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica contemporánea*, 4(1), 5-28.
- Roush, J. F., Cukrowicz, K. C., Mitchell, S. M., Brown, S. L. y Seymour, N. E. (2018). Valued living, life fulfillment, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The mediating role of thwarted interpersonal needs. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7(1), 8-14.
- Ruiz, F. J. (2010). Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer-Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, F. J. y Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children. *Psicothema*, 27(2), 114-119.
- Shrout, P. E. y Fleiss, J. L. (1979). Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Skinner, B. F. (1953/1971). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B. F. (1974/1994). *Sobre conductismo*. (About behaviorism). Barcelona: Planeta De Agostini.
- Törneke, N. (2010). Learning RFT. *An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. B. (2016). Relational frame theory for clinical practice: three core strategies in understanding and treating human suffering, En Zettle, Hayes, Barnes-Holmes y Biglan (Eds). *The wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). Chichester: Wiley Blackwell.

- Twohig, M. P., Plumb-Villardaga, J. C., Levin, E. M. y Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science* (4), 196-202.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A. y Selva-López, M. A. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26(3), 415-42.
- Villardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E. y Muto, T. (2009). Creating a Strategy for Progress: A Contextual Behavioral Science Approach. *The behavior analyst*, 32, 105-130.
- Villate, J. L., Vilargada, R., Villate, M., Plumb-Villardaga, J. C., Atkins, D. C. y Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 77, 52-61.
- Villate, M., Villate, J. L. y Hayes, S. C. (2016). *Mastering clinical conversation: language as intervention*. Ney York: Guildford Press.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P. y Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 18, 60-68.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H. U. y Gloster, A. T. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 63-70.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Xu, X., Chang, C., Faber, G. S., Kingma, I. y Dennerlein, J. T. (2011). The Validity and Interrater Reliability of Video-Based Posture Observation During Asymmetric Lifting Tasks. *Human Factors and Ergonomics Society*, 53(4), 371-382.

Anexo

Anexo 1. Sistema de registro de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica durante la sesión clínica

Este documento anexo presenta el cuadro de registro de los componentes terapéuticos que ocurren durante la sesión, conceptualizados desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). El registro parte del modelo de la flexibilidad psicológica para intentar evaluar la evolución de los componentes moleculares que tienen lugar durante la sesión de trabajo clínico

El registro se compone de cinco componentes diferenciados para registrar los procesos que ocurren con el consultante. Estos, con su correspondiente nomenclatura, aparecen recogidos en la siguiente tabla:

Tabla

Componentes de la flexibilidad psicológica y su nomenclatura

	Defusión	Aceptación	Acción Valiosa	Valores Vitales	Discriminación de Patrones
Procesos Consultante	D	A	AV	VV	DP

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 1 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 2 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 3 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 4 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 5 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 6 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 7 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 8 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Registro de Procesos Terapéuticos: Intervalo 9 (del minuto al minuto).

	D	A	AV	VV	DP
Procesos Consultante					

Comentarios sobre el registro del intervalo:

Anexo 2. Tabla sobre la fiabilidad intrajueces del registro del Caso 1

	Media	DT	M. I.	IC 95%		p
				L. I.	L. S.	
Defusión	1.33	1.583	.537	.225	.749	.001
Aceptación	2.10	2.551	.837	.686	.919	.000
Acciones V.	2.97	3.124	.762	.558	.879	.000
Valores V.	3.10	3.397	.894	.790	.948	.000
D. Patrones	5.25	3.010	.662	.401	.823	.000

Nota. Acciones V. = acciones valiosas; Valores V. = valores vitales; D. Patrones = discriminación de patrones; DT = desviación típica; M. I. = medida individual; IC = intervalo de confianza; L. I. = límite inferior; L. S. = límite superior.

Anexo 3. Tabla sobre la fiabilidad interjueces del registro del Caso 1

	Media	DT	M. I.	IC 95%		p
				L. I.	L. S.	
Defusión	1.14	1.177	.042	-.331	.403	.415
Aceptación	1.36	1.682	.136	-.185	.525	.155
Acciones V.	2.54	2.987	.799	.611	.902	.000
Valores V.	2.64	2.921	.700	.447	.849	.000
D. Patrones	3.82	2.229	.432	.076	.690	.010

Nota. Acciones V. = acciones valiosas; Valores V. = valores vitales; D. Patrones = discriminación de patrones; DT = desviación típica; M. I. = medida individual; IC = intervalo de confianza; L. I. = límite inferior; L. S. = límite superior.

Anexo 4. Tabla sobre la fiabilidad intrajueces del registro del Caso 2

	Media	DT	M. I.	IC 95%		p
				L. I.	L. S.	
Defusión	.61	.916	.486	.039	.771	.018
Aceptación	2.11	1.367	.776	.496	.910	.000
Acciones V.	2.78	3.135	.941	.849	.977	.000
Valores V.	2.06	1.211	.204	-.278	.603	.201
D. Patrones	2.83	1.886	.486	.039	.771	.018

Nota. Acciones V. = acciones valiosas; Valores V. = valores vitales; D. Patrones = discriminación de patrones; DT = desviación típica; M. I. = medida individual; IC = intervalo de confianza; L. I. = límite inferior; L. S. = límite superior.

Anexo 5. Tabla sobre la fiabilidad interjueces del registro del Caso 2

	Media	DT	M. I.	IC 95%		p
				L. I.	L. S.	
Defusión	0.39	0.698	.536	.107	.797	.009
Aceptación	1.44	1.199	.272	-.210	.647	.130
Acciones V.	-	-	-	-	-	-
Valores V.	-	-	-	-	-	-
D. Patrones	2.44	1.338	0	-.456	.456	.500

Nota. Acciones V. = acciones valiosas; Valores V. = valores vitales; D. Patrones = discriminación de patrones; DT = desviación típica; M. I. = medida individual; IC = intervalo de confianza; L. I. = límite inferior; L. S. = límite superior. Este signo - indica que no se cumple el supuesto estadístico de la covariación positiva.

Anexo 6. Gráficas individuales de la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica del Caso 1



Figura. Perfiles de la evolución de procesos en el Caso 1, donde se representa la cantidad de veces que se ha observado la ocurrencia de cada componente molecular de la flexibilidad psicológica, distribuida sesión a sesión. Dis. Patrones = Discriminación de Patrones.

Anexo 7. Gráfica conjunta de la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica del Caso 1

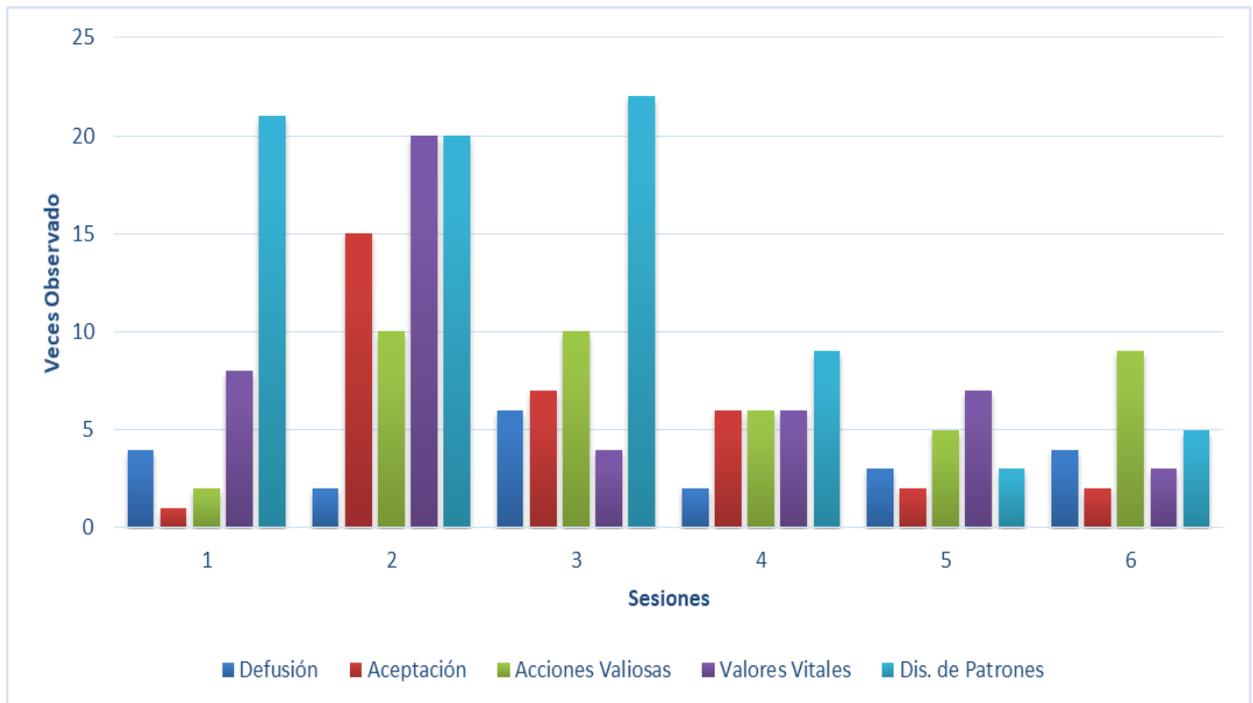


Figura. Gráfica donde se aparecen todos los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, representados conjuntamente y sesión a sesión, del Caso 1. Dis. Patrones = Discriminación de Patrones.

Anexo 8. Gráficas individuales de la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica del Caso 2

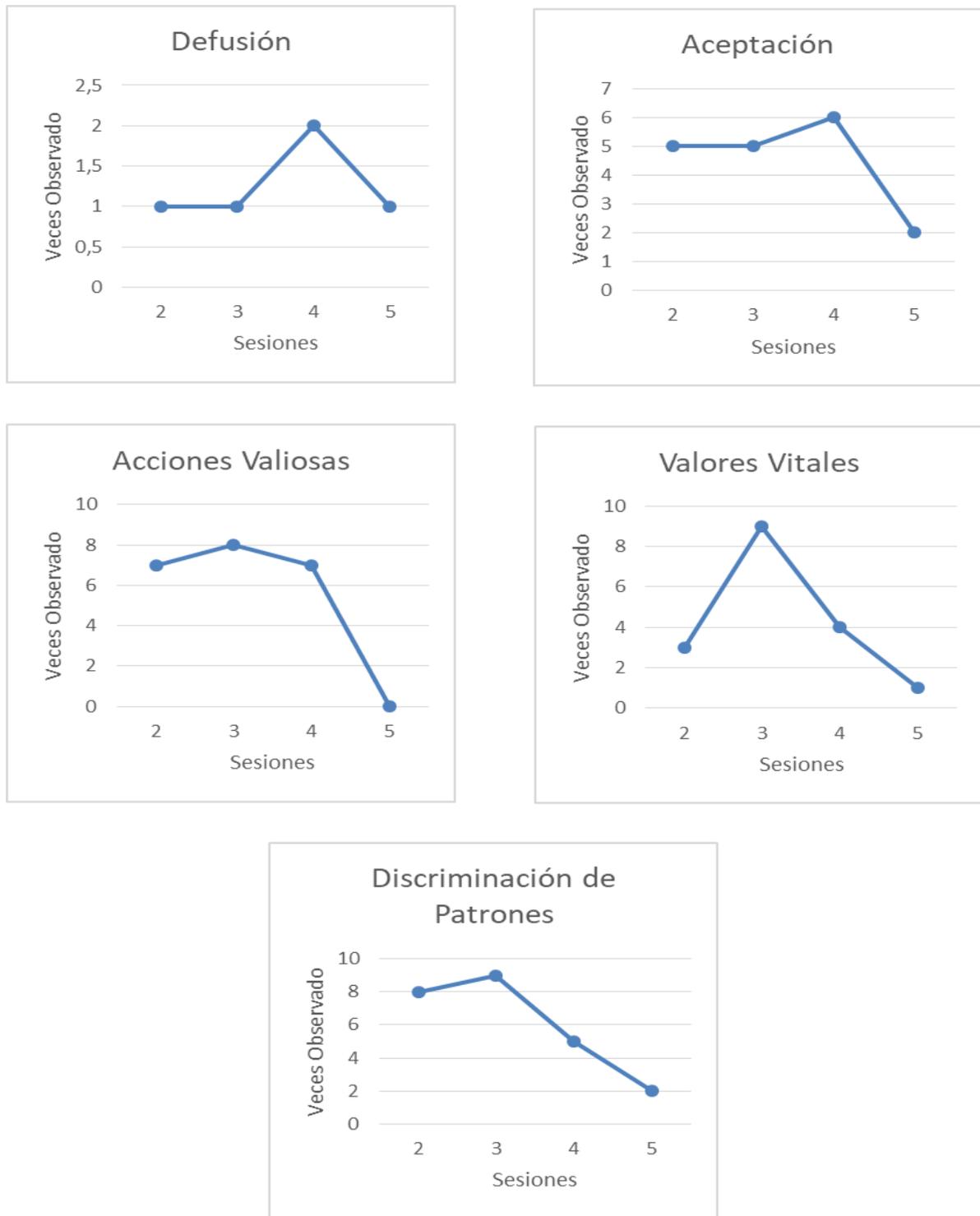


Figura 2. Perfiles de la evolución de procesos en el Caso 1, donde se representa la cantidad de veces que se ha observado la ocurrencia de cada componente molecular de la flexibilidad psicológica, distribuida sesión a sesión. Dis. Patrones = Discriminación de Patrones.

Anexo 9. Gráfica conjunta de la evolución de los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica del Caso 2

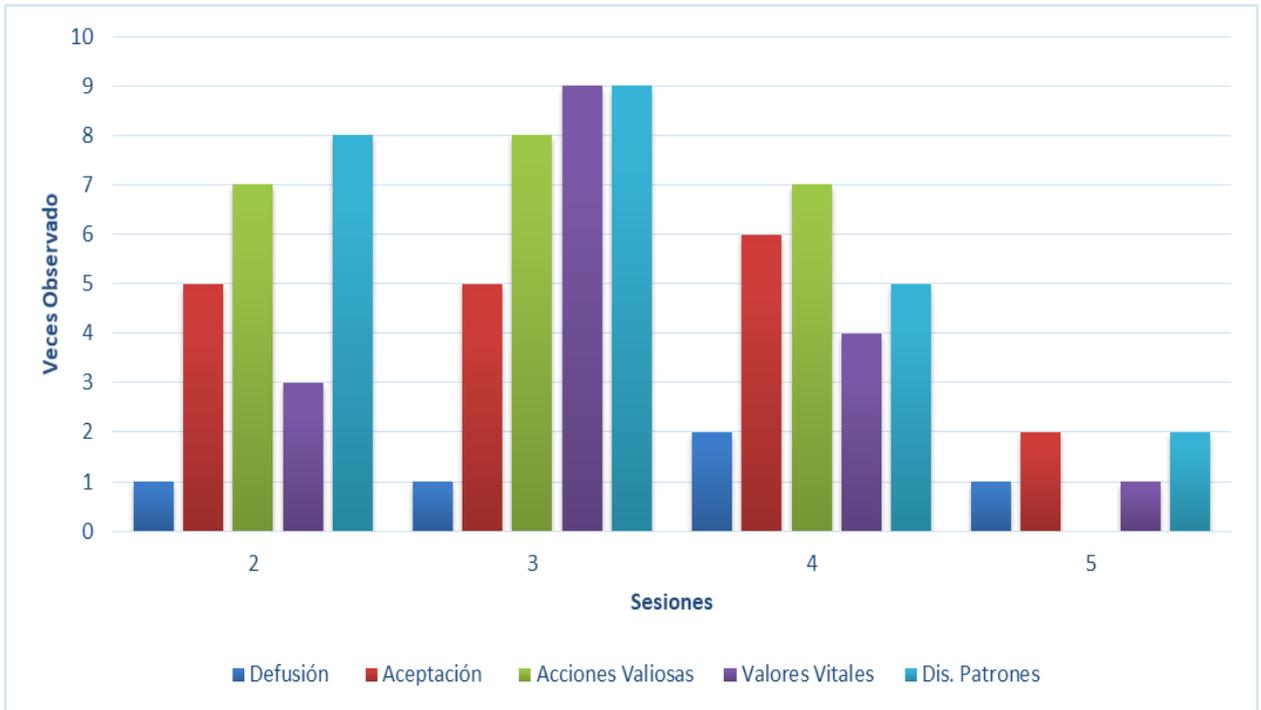


Figura. Gráfica donde se aparecen todos los componentes moleculares de la flexibilidad psicológica, representados conjuntamente y sesión a sesión, del Caso 2. Dis. Patrones = Discriminación de Patrones.

Anexo 10. Medidas pre y post intervención de los cuestionarios AAQ-II, EOSS y SLC-90-R del Caso 1

Medidas de los cuestionarios del Caso 1 previas y posteriores a la intervención

	AAQ-II										EOSS										SLC-90-R									
	Total	S. I	S. II	S. III	S. IV	Tot.	Som.	O. C.	S. I.	S. I.	Dep.	Ans.	Hos.	A. F.	I. P.	Psic.	ISG	P. Po.	S. Po.											
Pretest	48	19	20	32	29	100	66	56	44	56	64	58	60	41	51	57	62	53												
Postest	22	14	11	11	30	66	36	39	41	29	37	33	45	37	35	26	33	28												

Nota. S. I = sección I; S. II = sección II; S. III = sección III; S. IV = sección IV; Tot. = total; Som. = somatizaciones; O. C. = obsesiones y compulsiones; S. I. = sensibilidad interpersonal; Dep. = depresión; Ans. = ansiedad; Hos. = Hostilidad; A. F. = ansiedad fóbica; I. P. = ideaciones paranoicas; Psic. = psicoticismo; ISG = índice de severidad global; P. Po. = psicósomático positivo; S. Po. = síntomas positivos.

Anexo 11. Medidas pre y post intervención de los cuestionarios AAQ-II, EOSS y SLC-90-R del Caso 2

Medidas de los cuestionarios del Caso 1 previas y posteriores a la intervención

	AAQ-II					EOSS					SLC-90-R							
	Total	S. I	S. II	S. III	S. IV	Tot.	Som.	O. C.	S. I.	Dep.	Ans.	Hos.	A. F.	I. P.	Psic.	ISG	P. Po.	S. Po.
Pretest	41	31	48	30	39	148	51	63	68	72	61	51	58	61	77	63	57	63
Postest	24	28	15	30	47	120	48	45	62	56	43	54	58	55	54	51	42	57

Nota. S. I = sección I; S. II = sección II; S. III = sección III; S. IV = sección IV; Tot. = total; Som. = somatizaciones; O. C. = obsesiones y compulsiones; S. I. = sensibilidad interpersonal; Dep. = depresión; Ans. = ansiedad; Hos. = Hostilidad; A. F. = ansiedad fóbica; I. P. = ideaciones paranoicas; Psic. = psicoticismo; ISG = índice de severidad global; P. Po. = psicósomático positivo; S. Po. = síntomas positivos.

