

**Principios de ACT en psicósomática gastrointestinal  
asociada a la ansiedad**

**Estudio de caso**

Violeta Ruiz López

MPGS

Universidad Pontificia de Comillas



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

**Palabras clave:** ACT; síntomas gastrointestinales; ansiedad; estudio de caso.

### **Abstract**

This paper presents a case study illustrating the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) principles in a patient with gastrointestinal symptoms (nausea and vomiting) associated with anxiety. Initially, a theoretical introduction is provided on the relationship between gastrointestinal symptoms and anxiety, as well as the effectiveness of ACT in various issues. The evaluation methodology is then detailed, and the case is presented. In the initial evaluation, information was collected on areas such as family, social, personal areas, and significant events, as well as the patient's level of psychological flexibility. A case formulation was made using the six principles of psychological flexibility in ACT: acceptance, cognitive defusion, contact with the present moment, self as context, values, and committed action. The therapeutic intervention focused on addressing the most problematic principles using emotion diaries, metaphors, psychoeducation, and exposure to stressors. During the process, the patient's concern with body image was addressed. The intervention results showed the elimination of gastrointestinal symptoms, improved emotional acceptance, greater cognitive defusion, and clearer values and committed actions. Additionally, there was high subjective satisfaction with the therapy and a reduction in body dissatisfaction and distortion. The discussion highlights the study's limitations, such as the therapist's inexperience, lack of statistical analysis, and poor control over extraneous variables. Future research directions are suggested, focusing on the main issue and other important factors in psychotherapy, such as integration, alliance, and gender.

### **Resumen**

Este trabajo presenta un estudio de caso que ilustra la aplicación del principio de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una paciente con náuseas y vómitos relacionados con la ansiedad. Inicialmente, se proporciona una introducción teórica sobre la relación entre los síntomas gastrointestinales y la ansiedad, así como la eficacia de ACT en diversos problemas. Luego, se detalla la metodología de evaluación y se presenta el caso. En la evaluación inicial, se recopila información sobre áreas familiares, sociales, de pareja, personales y eventos significativos, además del nivel de flexibilidad psicológica de la paciente. Se realiza una formulación del caso utilizando los seis principios de flexibilidad psicológica de ACT: aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, contacto con los valores y acción comprometida. La intervención terapéutica se centró en trabajar los principios más problemáticos usando diarios de emociones, metáforas, psicoeducación y exposiciones a estresores. Durante el proceso, se abordó la preocupación de la paciente por su imagen corporal. Los resultados de la intervención mostraron una eliminación de la sintomatología gastrointestinal, mejor aceptación emocional, mayor defusión cognitiva, y mayor claridad en los valores y acciones comprometidas con ellos. Además, se observó una alta satisfacción subjetiva con la terapia y una disminución de la insatisfacción y distorsión corporal. En la discusión, se mencionan las limitaciones del estudio, como la inexperiencia de la terapeuta, la falta de análisis estadístico y el poco control sobre variables extrañas. Se sugieren líneas de investigación sobre la problemática principal y otros factores importantes en la psicoterapia, como la integración, la alianza y el género.

## **Introducción**

En este trabajo de fin de máster se expone el proceso terapéutico guiado por principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una paciente con síntomas psicósomáticos gastrointestinales asociados a la ansiedad. Asimismo, se tendrá en cuenta la perspectiva de género en el análisis y tratamiento del caso. Se expondrá la conexión entre la ansiedad y los síntomas gastrointestinales, las diferencias de género con respecto a la ansiedad, los principios esenciales de la ACT y su eficacia demostrada tanto para la ansiedad como para los síntomas somáticos. Asimismo, se expondrán los objetivos e hipótesis de este estudio.

### **Conexión entre la Ansiedad y los Síntomas Gastrointestinales**

La ansiedad es uno de los problemas mentales más prevalentes (Kessler et al., 2005) teniendo prevalencias mundiales entre 4% (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2020). Los síntomas típicos de la ansiedad son: nerviosismo, agitación, tensión; sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe; aumento del ritmo cardíaco; respiración acelerada (hiperventilación), sudoración; temblores; sensación de debilidad o cansancio; problemas para concentrarse; tener problemas para conciliar el sueño; padecer problemas gastrointestinales (GI); evitación de las situaciones ansiógenas (National Institute of Mental Health [NIMH], 2023). Dentro de los problemas gastrointestinales asociados a la ansiedad podemos encontrar las náuseas y los vómitos (American Psychological Association [APA], 2014). La náusea en específico suele ser uno de los principales síntomas gastrointestinales asociados a la ansiedad, siendo el vómito menos frecuente o en casos más extremos (IHME, 2020).

La asociación entre la salud gastrointestinal y la ansiedad ha sido ampliamente investigada. Esta relación entre ambos grupos de síntomas parece ser bidireccional ya que se ha encontrado que los individuos que experimentan tanto síntomas de ansiedad como mala salud gastrointestinal estarán mutuamente a mayor riesgo de experimentar cualquiera de ellos. (Program et al., 2022).

Se ha encontrado evidencia de la asociación tanto de síntomas psicológicos a los gastrointestinales como viceversa. De esta manera, se ha encontrado por un lado que diferentes problemas mentales como la ansiedad y la depresión contribuyen de manera significativa como factores de riesgo para diferentes síntomas gastrointestinales y dentro de estos la ansiedad se asocia con más fuerza que la depresión siendo la náusea el síntoma más relacionado con síntomas ansiosos (Haug et al., 2002a). Respaldando esta idea un estudio epidemiológico en Noruega encontró que la presencia de trastornos de ansiedad es el factor de riesgo más fuerte asociado a la náusea. (Haug et al., 2002b). Asimismo, en otro estudio se ha demostrado que el estrés psicológico y los procesos cognitivo-afectivos asociados son factores de riesgo para experimentar síntomas gastrointestinales en adultos. (Ross et al., 2020). Por otra parte, no solo el estrés situacional se ha asociado a los síntomas gastrointestinales sino también la ansiedad rasgo (Söderquist et al., 2020). Si nos enfocamos en la otra dirección de esta relación se ha observado que las personas con síntomas como náusea o vómito son proclives de experimentar síntomas psicológicos (Haug et al., 2002) a lo largo de su vida como episodios depresivos, trastornos de pánico y agorafobia (Walker et al., 1992), entre otros. En general esta relación bidireccional entre síntomas gastrointestinales y ansiedad se ha visto que tiene un impacto en la calidad de vida física y mental (Ross et al., 2020).

En el caso que vamos a exponer en este trabajo los síntomas gastrointestinales predominantes son las náuseas y vómitos funcionales. Los síntomas gastrointestinales funcionales hacen referencia a síntomas cuya causa no ha sido asociada a una razón médica concreta y podrían estar relacionados con la conexión entre el cerebro y el sistema digestivo (Di Lorenzo, 2022). La náusea en específico se considera como un mecanismo protector ya que funciona como una señal de peligro para que el organismo pueda evitar algo potencialmente tóxico. Resulta por lo tanto lógico pensar que cuando nos encontramos en situaciones de alto sufrimiento psicológico, como pueden ser situaciones ansiógenas, nuestro organismo busque sistemas de protección, como la náusea. Apoyando esta idea se ha observado que la náusea ha sido asociada a diversos problemas psicológicos que generan sufrimiento como la ansiedad ((Kovacic et al., 2014), depresión, dolor o TCA (Singh et al., 2016). Este síntoma gastrointestinal puede ser tan desagradable que lleva a las pacientes a sentir como si su propio cuerpo las odiara (Cole et al., 2020). Asimismo, se ha definido como

un precursor al acto de vomitar. Aunque la náusea ha sido más asociada a la ansiedad que el vómito, este síntoma sí que ha sido ligado en un estudio al estrés ambiental y a una alta ansiedad (Zhao et al., 2010). Parece ser que ante el malestar psicológico es más frecuente que se active la señal de peligro (nausea) y sólo ante alta intensidad emocional se produzca el síntoma de vomitar.

La ansiedad no solo se ha asociado a náuseas y vómitos, sino que es uno de los procesos psicológicos más relacionado con diversos síntomas somáticos. Los síntomas somáticos reflejan maneras de percibir e interpretar los estados corporales propios y son considerados manifestaciones físicas de la experiencia personal de sufrimiento psicológico (Fink & Schröder, 2010). En este sentido la ansiedad sirve como una señal de peligro biológica de estrés corporal y tiene un impacto significativo en diversos síntomas somáticos (Wong & Fong, 2015) mediante la activación del sistema nervioso simpático con la reacción conocida como “flight or fight” que ha sido asociada a síntomas gastrointestinales (Bhatia & Raesh, 2005).

Como se ha mencionado antes, muchos de los síntomas gastrointestinales funcionales tienen que ver con las conexiones que hay entre el sistema gastrointestinal y el sistema nervioso central (SNC) en el denominado “Gut-Brain Axis” (GBA). El rol del SNC es modular varias funciones del sistema digestivo, incluida la movilidad, secreción, flujo sanguíneo y funciones inmunitarias relacionadas con el sistema digestivo en respuesta a estresores psicológicos y físicos. (Rhee et al., 2009). La interacción bidireccional entre la microbiota intestinal y el cerebro afecta a varias actividades del SNC (respuesta al estrés, comportamiento o humor) y se ha visto que se ve modificada por estrés emocional y psicológico (Kim & Shin, 2018). Asimismo, hay evidencia tanto en modelos animales como en pacientes con síndrome de intestino irritable que una exposición larga a estrés psicosocial promueve la inflamación de la mucosa y disfunción de la barrera mediada por mastocitos, probablemente mediada por el factor liberador de la corticotropina periférico (Vicario et al., 2010). Por todas estas razones, parece lógico considerar que tanto problemas gastrointestinales pueden afectar a los psicológicos como que reacciones psicológicas como la ansiedad puedan afectar al sistema digestivo.

A pesar de toda esta evidencia relacionando síntomas gastrointestinales y síntomas mentales no se puede saber el sentido de la causalidad pudiendo existir dos posibles explicaciones (Haug et al., 2002): que la ansiedad sea el resultado de preocuparse por los síntomas gastrointestinales o que los síntomas sean una expresión de la ansiedad. Es decir, no está claro si los resultados representan una etiología primaria a la náusea o son consecuencia del estrés y la ansiedad en el tracto intestinal (Vicario et al., 2010). Por el momento está claro que existe una relación bidireccional entre ambas problemáticas.

### **Perspectiva de Género**

El análisis e intervención de este caso va a estar guiado por la perspectiva de género y por ello es importante destacar las diferencias de género que existen en la ansiedad y los síntomas somáticos.

Cuando hablamos de problemas de salud mental se observan prevalencias más altas en las mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales, esto se multiplica con la acumulación de las experiencias de desigualdad. Asimismo, los problemas psicológicos de las mujeres se medicalizan 1,75 veces más que los de los hombres (Bacigalupe et al., 2020).

En cuanto a la ansiedad es importante tener en cuenta que las mujeres reportan más síntomas de ansiedad y depresión y tienen prevalencias el doble de altas que los hombres (Altemus et al., 2014; Bacigalupe et al., 2020). De la misma manera las mujeres son más propensas a ser diagnosticadas con trastornos de ansiedad y a tener más condiciones comórbidas (Christiansen, 2015). Estos trastornos no solo son más comunes en mujeres, sino que son más probables de volverse crónicos, complicarse y estar asociados a un mayor deterioro funcional (Jalnapurkar et al., 2018). De la misma manera, se observa una mayor carga de la enfermedad en las mujeres con trastornos de ansiedad que en los hombres. Esto sugiere que los trastornos de ansiedad no solo son más prevalentes sino más incapacitantes para las mujeres (McLean et al., 2011).

Estas diferencias de género se empiezan a observar desde pequeñas ya que, a los seis años, las niñas ya son dos veces más propensas de experimentar trastornos de ansiedad que los niños, llegando a ser bastante evidentes en niñas de nueve a doce años (McLean & Anderson, 2009). También se observan diferencias de género en los síntomas gastrointestinales siendo más prevalentes en mujeres teniendo náuseas tres veces más que en

hombres (Haug et al., 2002). De manera complementaria se ha visto que los hombres sufren menos ansiedad que mujeres (Arcand et al., 2020) pudiendo estar relacionado con que las características masculinas se ha visto que predicen menor ansiedad y depresión (Arcand et al., 2020).

Existen diferentes hipótesis para explicar estas diferencias de género (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2007). Existe una hipótesis de exposición que argumenta que las mujeres son más expuestas a traumas relacionales (agresiones sexuales o violencia de género) que pueden ser más dañinos que los eventos potencialmente traumáticos que conocemos (McLean & Anderson, 2009). Además, existen diferencias de género en cuanto a la división del trabajo, el estatus socioeconómico y los roles sociales que pueden dejar a las mujeres más vulnerables a la ansiedad (Christiansen, 2015).

Otra hipótesis no excluyente es la del rol femenino que desanima características como la asertividad y comportamientos autosuficientes, animando por el contrario a responder a las situaciones con miedo e indefensión (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2007). Esto último está relacionado con una falta de afirmación de la identidad personal en donde el salir a explorar el mundo se puede considerar como fuera de las normas o lo aprendido. En contraposición los hombres son animados a confrontar los objetos temidos por lo que son más propensos a exponerse ante las situaciones y por consiguiente a extinguirse más esos miedos en comparación con las mujeres en las que se refuerza la evitación como respuesta a estresores (Christiansen, 2015).

Otro factor crucial para entender estas diferencias de género son los patrones sociales de refuerzo diferenciales para niñas y niños. Una teoría que explicita esto es la teoría de los roles de género de Bern (1981) que dice que los niños y las niñas son socializados para desarrollar comportamientos, características, habilidades e intereses prescritos socialmente y consistentes con su género. Por lo tanto, como la expresión de la ansiedad es inconsistente con el rol de género masculino comportamientos de miedo pueden ser menos tolerados en niños. Los cuidadores y otros agentes de socialización pueden animar comportamientos de género mediante el reforzamiento diferencial y la asertividad entre niños y los comportamientos ansiosos entre niñas.



Por otra parte, las madres son más propensas a discutir sus estados emocionales con sus hijas, mientras que son más propensas a discutir las causas y consecuencias de los sentimientos con los hijos. Por lo tanto, los niños son animados a enfocarse en solución de problemas y ganar control sobre la emoción, en vez de experimentarla como tal. Aprender a lidiar con la ansiedad desde una manera enfocada en la solución de problemas puede ayudar a equipar a los hombres con habilidades instrumentales que prevengan miedos excesivos u otros trastornos ansiosos. En contraste, un rol femenino tradicional desenfatisa autonomía y habilidad mientras promueve dependencia y expectativas de protección más compatibles con comportamientos evitativos (McLean & Anderson, 2009).

Es importante tener en cuenta todos estos factores que afectan en la expresión y el desarrollo de los problemas de ansiedad a lo largo del tratamiento para no incurrir en sesgos y dar una atención psicológica adecuada.

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

El enfoque que se va a utilizar para trabajar estas problemáticas es la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Esta terapia es una intervención psicológica englobada dentro de las terapias de tercera generación o contextuales. Su principal objetivo es mejorar la flexibilidad psicológica aumentando seis habilidades claves: aceptación (experimentar eventos internos agradables y desagradables en vez de evitarlos o controlarlos), vivir en el momento presente, defusión cognitiva (ver los pensamientos como representaciones de los procesos de pensamiento, observándolos sin juicio y no como verdades literales), yo como contexto (establecer una visión de uno mismo como observador de los pensamientos y sentimientos), establecer valores (determinar metas básicas y valores que guíen acciones significativas), realizar acciones comprometidas (poner en marcha acciones dirigidas a los valores establecidos) (Hayes, 2019).

Muchas veces los síntomas gastrointestinales, sobre todo cuando se dan asociados a la ansiedad, pueden ser una señal de no tolerar las emociones desagradables y pueden llevar a la evitación de situaciones y experiencias limitando la calidad de vida de las personas. Asimismo, se ha visto que muchas personas con trastornos de síntomas somáticos muestran

altos niveles de evitación empírica. Estos pacientes suelen describir sus experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones físicas, impulsos o recuerdos) como insoportables, e intentan evitarlas o reducir la intensidad de estas (Grossman, 2008). Para trabajar esa aceptación de las emociones y sensaciones desagradables y cambiar la evitación experiencial por acciones comprometidas con los valores, la ACT parece una terapia adecuada.

En cuanto a la eficacia la ACT se ha mostrado efectiva para la ansiedad y depresión en 35 revisiones sistematizadas y meta-análisis (Beygi et al., 2023). La ACT no solo se ha visto eficaz para ansiedad y depresión sino para problemas psicósomáticos mediante el trabajo de la flexibilidad en la imagen y la consciencia corporal (Givehki et al., 2018). Asimismo, en un ECA realizado en la Universidad de ciencias médicas de Kashan en Iran, se mostró la eficacia del ACT en síntomas psicósomáticos mediante la consciencia de las sensaciones y experiencias corporales (Sayyar et al., 2019).

Debido a la evidencia y la utilidad de la Terapia de Aceptación y Compromiso tanto para la ansiedad como para los síntomas psicósomáticos se considera adecuada para el tratamiento de la paciente en cuestión. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es aplicar los principios de la ACT en una paciente con síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos) asociados a la ansiedad. Se pretende dotar de mayor evidencia a este modelo terapéutico para su aplicación no solo en ansiedad o en síntomas psicósomáticos por separados, sino cuando están asociados. Asimismo, se busca mostrar posibles adaptaciones necesarias en este tipo de casos.

### Diseño

En este trabajo se realizó un diseño cualitativo de estudio de caso clínico consistente en el seguimiento y evaluación del proceso psicoterapéutico llevado a cabo en una paciente. La paciente seleccionada acude al centro Nara Psicología dónde la investigadora realiza prácticas curriculares correspondientes al Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas. Tanto la psicoterapia como la investigación se realizará en el mismo centro.

La investigadora llevaba dos casos clínicos de los cuáles se seleccionó uno de ellos en base a dos criterios:

- *Relevancia para la expansión del conocimiento tanto por la problemática como por el marco teórico y práctico.* La relevancia de la investigación es explorar si el uso de principios y técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso pueden ser útiles para disminuir o eliminar los síntomas gastrointestinales asociados a la ansiedad en pacientes con poca tolerancia al malestar emocional. El fin último es aportar datos para comprobar la efectividad de esta terapia en la problemática mencionada y mostrar posibles adaptaciones a pacientes con perfiles parecidos a la participante.
- *Previsión de continuidad durante todo el proceso terapéutico.* Se tuvo en cuenta para la selección del caso señales de adherencia al tratamiento y de bajo riesgo de abandono o absentismo.

Tras la selección del caso se hizo un seguimiento exhaustivo de las sesiones y del proceso teniendo claro los principios de la ACT durante la duración de la psicoterapia. Durante el proceso psicoterapéutico se tuvieron a la vez sesiones de supervisión por parte de dos profesionales del centro para asegurar la correcta realización de este. Asimismo, la terapia fue observada por una compañera con las mismas características que la terapeuta principal cuya función era tomar notas y supervisar el correcto desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Es importante resaltar que la investigadora y psicoterapeuta es una alumna de último año del Máster en Psicología General Sanitaria que cuenta con experiencia terapéutica en diferentes problemáticas durante la realización de diversas prácticas curriculares de grado y posgrado. Sin embargo, la experiencia en la aplicación de principios de la ACT es limitada.

Previo a la selección del caso se pidió el permiso correspondiente al centro y se pasó por el comité de la dirección del máster para su validación ética. Asegurando así el correcto cumplimiento de todos los procesos de anonimización y confidencialidad de los datos.

### **Metodología de evaluación**

La metodología de evaluación se realizó en dos grupos: medidas para facilitar la formulación y la comprensión del caso, y medidas para evaluar la efectividad del tratamiento.

Para la formulación y comprensión del caso se utilizaron:

- Genograma
- Línea de vida
- Entrevista clínica.

La efectividad del tratamiento se evaluó mediante las siguientes medidas:

- Registro del síntoma principal (vómitos o náuseas en momentos de ansiedad) durante todo el proceso psicoterapéutico. (Anexo 1)
- GAD-7: medida estandarizada de ansiedad realizada en tres momentos temporales al inicio, tras cumplir los primeros objetivos y al final. (Spitzer et al. 2006)
- GD-8: Medida cuantitativa y cualitativa para evaluar la satisfacción con el proceso terapéutico. (Larsen, 1979)
- Verbalizaciones concretas que indiquen cambios conceptuales en los principios de la ACT.

Asimismo, tras el cumplimiento de los objetivos principales se evaluó la imagen corporal para trabajarlo como objetivo secuencial posterior a finalizar los primeros mediante la adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (Campayo et al., 2003).

### Presentación del caso

En este caso se va a realizar terapia individual, con frecuencia semanal en formato presencial, con una paciente mujer de 27 años con un perfil sociodemográfico medio-bajo a la que por confidencialidad denominaremos Irene. La paciente acude a consulta por molestias gastrointestinales (vómitos, náuseas, urgencia para defecar) en situaciones ansiógenas, en específico en conflictos interpersonales. Además, refiere ataques de ansiedad esporádicos que consisten en hiperventilación, sensación de falta de aire y espasmos musculares. Su petición principal es en relación con los síntomas gastrointestinales que refiere causan una gran interferencia en su vida ya que menciona la necesidad de estar siempre cerca de un baño por si acaso surgen sensaciones de ansiedad que desencadenan los síntomas estomacales.

La sintomatología inicial con la que acude en la primera consulta se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Sintomatología inicial de la paciente.*

Vegetativa o somática	-	Presenta ataques de ansiedad (parálisis, hiperventilación, sensación de dificultad para respirar)
	-	Problemas gastrointestinales asociados a la ansiedad (náuseas, necesidad de ir al baño, vómitos)
	-	Falta de apetito relacionada a los problemas gastrointestinales
	-	Posible bajo peso asociado a los problemas gastrointestinales
Cognitiva	-	Rumiaciones constantes ante los conflictos (con emoción de culpa)
	-	Preocupación por la imagen corporal
	-	Hipervigilancia de los síntomas físicos que indiquen ataque de pánico
Afectiva	-	Ansiedad
	-	Estado de ánimo bajo
Conductual	-	Evitación de situaciones potencialmente ansiógenas

Antes de la realización del tratamiento psicoterapéutico se pasó un consentimiento informado por parte del centro (Anexo 2) y un consentimiento específico para la realización del estudio (Anexo 3).

## **Evaluación inicial**

La evaluación inicial de la demanda de la paciente y su historia se realizó durante las primeras dos sesiones. En esta evaluación se siguió una entrevista semiestructurada con áreas importantes de exploración, pero con flexibilidad y adaptación en las preguntas. Asimismo, se pasó el GAD-7 para evaluar el nivel de ansiedad previo al inicio de la terapia y se comenzó un registro semanal del síntoma principal (malestar estomacal) por parte de la terapeuta.

En la exploración inicial se observó que los síntomas principales (náuseas y vómitos) ocurrían en todos los conflictos con su pareja actual y en algunas situaciones ansiógenas esporádicas (reuniones con amigos o desconocidos). En el GAD-7 se obtuvo una puntuación inicial de 12 concluyendo por tanto sintomatología ansiosa moderada.

Los antecedentes importantes para el análisis del caso se recopilaron mediante el uso de las herramientas clínicas como el genograma, la línea de vida y la entrevista clínica. Con estas se recopiló información importante sobre el área familiar, social y personal y los eventos significativos en la vida de la paciente. Por otra parte, en la evaluación inicial se analizaron los seis elementos claves de la flexibilidad cognitiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso para ver el punto de partida del tratamiento y a partir de esa información se pasó a la formulación del caso.

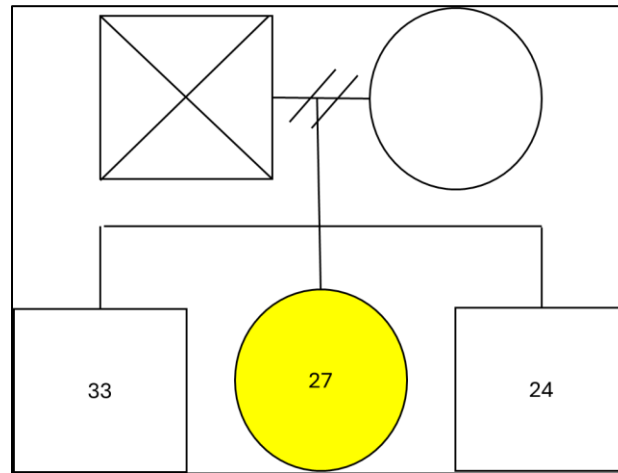
## **Antecedentes**

### **Área familiar**

Irene (identificada en amarillo en la Figura 1) proviene de una familia de padres divorciados (cuando ella tenía 8 años). La paciente refiere conflictos en el subsistema parental durante la infancia y un fin del contacto tras el divorcio. La paciente narra un consumo de alcohol excesivo por parte de la figura paterna, así como una ausencia en cuanto a cuidados y educación. Por otra parte, la figura materna se menciona como el principal referente parental, aunque igualmente se menciona cierta ausencia por motivos laborales. Las relaciones fraternales parecen conflictivas, especialmente con el hermano mayor. La paciente menciona recibir durante la adolescencia conductas agresivas hacia ella por parte del hermano mayor. Por otra parte, el hermano menor se describe como el elemento en el subsistema fraternal que mayor atención maternal recibió.

Parece que dentro de las relaciones familiares Irene ha tenido una relación cercana y satisfactoria con su madre en comparación con el resto de los miembros de la familia. El padre de Irene fallece cuando ella tenía 18 años.

**Figura 1.** Genograma



### Área social y de pareja

Irene menciona tener un círculo de amigas satisfactorio y de apoyo mutuo con compañeras de trabajo con las que también comparte piso. Ha recuperado amistades previas con las que también siente conexión y apoyo emocional.

En la actualidad tiene una relación no monógama consensuada con una chica. En esta relación han surgido conflictos principalmente basados en el establecimiento de límites y en el cuidado ante la rotura de estos. Estos conflictos han sido una preocupación constante en el proceso terapéutico. Previamente tuvo otra relación no monógama consensuada con una chica con la que menciona haber tenido una relación satisfactoria, aunque conflictiva al final. En la actualidad comparten perros y menciona que esta persona sigue siendo un vínculo importante en su vida.

Su apoyo emocional e instrumental se basa principalmente en la pareja, aunque ante conflictos en este vínculo sí que tiene un sistema social en el que apoyarse.

## Área personal

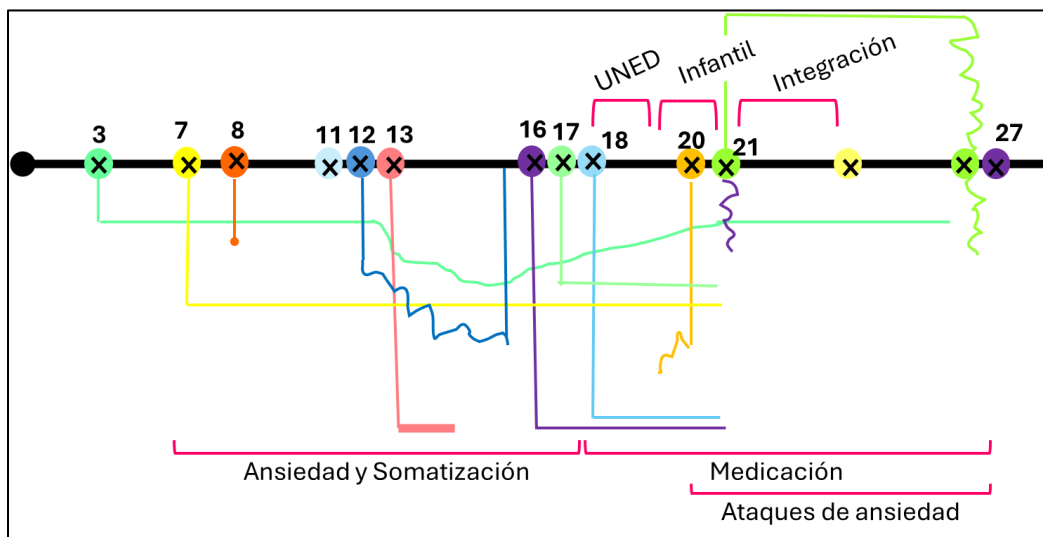
Irene vive en un domicilio con tres compañeras de piso con las que comparte un vínculo de amistad. Realiza un trabajo asalariado de educadora social los fines de semana principalmente. No suele tener una rutina diaria concreta, a excepción de los fines de semana. Sin embargo, menciona siempre realizar las metas diarias. Irene intenta tener una buena alimentación y autocuidado personal. Sin embargo, por su sintomatología muchas veces tiene falta de apetito e historial de bajo peso. Tiene dificultades de sueño esporádicamente.

La paciente tiene una buena introspección y capacidad de reflexión. Es participativa pero no complaciente. Se define como independiente, caótica (con connotación positiva), con buen sentido del humor y simpática. Le gusta pasar tiempo con amigas y pareja principalmente, así como ir al campo o a escalar. Tiene dos perros que son un foco importante de cuidado y atención en su vida. En cuanto a orientación sexual se identifica como bisexual.

## Eventos significativos

Los eventos significativos en la vida de Irene se han explorado a través de la línea de vida y se muestran en la Figura 2 (véase Anexo 4 para el original).

**Figura 2.** *Recreación de la línea de vida de Irene*



*Nota:* Se muestran en puntos los momentos importantes con la edad de Irene, las líneas por debajo y por encima de la línea muestran la intensidad del malestar experimentado en los diferentes eventos, así como su duración. Por debajo del todo se muestran la duración de los síntomas principales y el inicio del uso de medicación.



Los acontecimientos importantes que se muestran en la línea y narra Irene son:

- 3 años: Nace su hermano pequeño, no recuerda mucho, pero recuerda una preferencia de la madre por el hermano.
- 6 años: separación de los padres. Narra no recordar haber tenido una reacción emocional.
- 8 años: sus padres se divorcian, realiza la comunión y recuerda constantes peleas entre los padres.
- 11 años: viaje de fin de curso, primera vez que fue consciente de que si salía de casa podía vomitar, pero aun así fue a la actividad.
- 12 años: inició del instituto, refiere conductas agresivas hacia ella por parte de su hermano. Relata situación de aislamiento social por separación de sus dos amigas del colegio (migración a Ecuador de una y pérdida de comunicación con otra por ir a clases diferente).
- 13 años: aumentan las peleas con su hermano mayor.
- 13-16 años: menciona no tener muchos recuerdos, aunque relata que la situación familiar se mantiene (padre con problemas de consumo de alcohol y conductas agresivas por parte de su hermano).
- 16 años: última vez que vio al padre, escena traumática de encontrarle en situación insalubre y descuidada. Primer ataque de pánico.
- 17 años: Se dio cuenta de que no estaba bien, habló con un amigo que le dijo “no te rayes”. Recuerda sentirse muy aislada y sola.
- 18 años: muerte del padre. Se entera más tarde de la muerte de su padre cuando ya habían limpiado y recogido sus pertenencias lo que le causa mucha rabia. Salía con un chico que no la comprendía y la ignoraba. Tuvo 2 ingresos hospitalarios por bajo peso.

- 21-26 años: relación con Lucía. Relación intensa y conflictiva en la que vivieron juntas con el padre de Lucía. Irene comenta que era una mezcla entre su propio padre y su hermano mayor. Infidelidad por parte de Irene. Conflicto con una amiga en común. Problemas sexuales en pareja muy relacionados con los conflictos como pareja. Autolesión.
- 27 años: momento actual. Inició de una nueva relación.

### **Formulación del caso**

La formulación del caso desde el modelo ACT se basa en analizar la flexibilidad psicológica como factor principal de tratamiento. En este trabajo se utilizó la guía proporcionada en el manual “Una Guía Práctica a la Terapia de Aceptación y Compromiso” (Hayes et al., 2022). La formulación se basa en analizar los seis principios de la flexibilidad psicológica de la ACT (aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, contacto con los valores y patrones de acción comprometida) a través de cinco áreas de análisis:

1. El alcance y la naturaleza del problema presente
2. Nivel de motivación de cambio
3. Factores que alejan de la flexibilidad psicológica
4. Factores que promueven la flexibilidad psicológica
5. Objetivos de tratamiento e intervenciones asociadas

En la tabla 2 se muestra el esquema de análisis de los seis principios a través de las 5 áreas.

**Tabla 2.***Matriz de análisis del caso de Irene.*

<b>Fuente de Flexibilidad Psicológica</b>	<b>Análisis del problema presente</b>	<b>Análisis de los factores motivacionales</b>	<b>Factores que alejan de la flexibilidad psicológica</b>	<b>Factores que promueven la flexibilidad psicológica</b>	<b>Objetivos de tratamiento e intervenciones asociadas</b>
Aceptación	Pelea con la ansiedad Evitación experiencial				
Defusión	Fusión Pensamiento dicotómico			Sentido del humor Momentos pasados en los	Comprensión emocional. Desesperanza creativa.
Contacto con el momento presente	Foco atencional en sensaciones físicas, pensamientos y situaciones pasadas	Evaluación positiva de los efectos a corto plazo de las estrategias de cambio que son inefectivas (Evitación experiencial)	Evitación experiencial Estrategias internas de control emocional Estrategias conductuales de control emocional Fusión cognitiva	que se ha tomado una dirección coherente con valores, aunque con emociones desagradables Apertura de análisis sobre su participación en el problema Confianza n la terapia	Exposición experiencial Contacto con el momento presente (mindfulness) Exploración de los valores Realizar acciones comprometidas a los valores.
Yo como contexto	Yo como contenido “soy ansiosa”				
Contacto con los valores	Metas rígidas Valores no clarificados Valores centrados en un área				
Acciones comprometidas	Evitación experiencial Acciones no claras				

### **Análisis del problema presente**

La aceptación parece el elemento de la flexibilidad cognitiva que más afectado se ve en este caso. La paciente viene con la demanda de “no quiero sentir ansiedad porque es la que me causa las ganas de vomitar”. Esta demanda en términos de la ACT se puede interpretar como una guerra con la ansiedad, no aceptando las experiencias emocionales en su totalidad (pensamientos, sensaciones, sentimientos). Por otra parte, en cuanto a los comportamientos de evitación experiencial, se observa que el mismo acto de vomitar previene que se produzca las sensaciones ansiosas llevando a la paciente posteriormente a un estado de calma que se produce tras los esfuerzos eméticos. Asimismo, la paciente evita situaciones potencialmente ansiógenas (conflictos con la pareja principalmente) o intenta que estas se produzcan cerca de un baño para poder escapar fácilmente de la situación, mediante el vómito, si le vienen sensaciones físicas de ansiedad.

En cuanto a la fusión cognitiva en Irene se observa un pensamiento caracterizado por dicotomías entre lo que está bien o mal y expectativas rígidas sobre como “debería” reaccionar a situaciones interpersonales. En este caso se nota un gran peso a la idea de que quisiera poder afrontar la vida de manera tranquila y sin sentir ansiedad u otra emoción desagradable. Por su historia de vida Irene tiene reglas verbales rígidas de “la ansiedad es dañina” y “las emociones desagradables (enfado o tristeza) son peligrosas”. Además, se observa una fusión entre el pensamiento y la experiencia. Cuando Irene piensa en una situación de posible conflicto la siente como real, generando la emoción de ansiedad con la misma intensidad que la situación real y, por tanto, generando los vómitos.

En Irene se observan dificultades para estar en el momento presente ya que suele irse a situaciones pasadas y/o futuras. Sin embargo, la principal dificultad para estar en el momento presente de Irene se da al poner el foco en sus sensaciones físicas, sobre todo en las estomacales o las que puedan ser señal de ansiedad. Asimismo, a veces se suele ir a unos pensamientos concretos (“ya tengo ansiedad otra vez” “porque soy así” “ya voy a vomitar”) en vez de estar presente en la situación en si misma.

Por otra parte, la paciente vive como Yo contenido y no como Yo contexto. En específico, se observa que Irene tiene una definición de si misma en base a lo que considera sus problemáticas: “soy ansiosa” “soy una persona que siempre vomita” “soy una persona que se raya”.

En relación con los valores, estos parecen centrados en un área únicamente, no se ha llegado a la conciencia de que sus acciones no la acercan a sus valores y parece que tiene más bien metas no examinadas que valores construidos. El área en la que su foco se basa principalmente es en la de pareja, para Irene es importante tener una pareja en la que se sienta “bien”. Con este “bien” se muestra que no es un valor construido y examinado si no una meta difusa y rígida que no permite el diseño de acciones hacia ella. Asimismo, no hay conciencia de que la evitación de situaciones de posible conflicto no le permite construir una relación satisfactoria que parece ser un valor importante para ella.

Como la definición de valores está difusa y centrada en un área únicamente las acciones comprometidas hacia esos valores no están establecidas ni se realizan. Asimismo, se realizan acciones que alejan de los valores por priorizar la evitación experiencial (evitar o huir de posibles conflictos que permitan construir la relación que quiere).

### **Factores motivacionales**

Según Hayes y Strosahl (2022) la motivación de cambio en la ACT se mide con el criterio de si la paciente está suficientemente abierta a aceptar que los comportamientos que esta realizando no están funcionando y pueda considerar probar alternativas de actuación diferentes. Asimismo, el autor menciona que problemas en la motivación al cambio pueden ser transversales a más de un principio

En Irene se observa un gran apego a la evitación de las situaciones potencialmente ansiógenas principalmente viéndolo como útil al menos a corto plazo ya que está satisfecha cuando no tiene ansiedad siendo ese su principal objetivo. De igual manera se observa un pensamiento basado en que las emociones desagradables (enfado, tristeza, ansiedad) son malas y estar bien implica no sentirlas.

### **Factores que alejan de la flexibilidad cognitiva**

Como se ha mencionado en el apartado de motivación, varios factores pueden afectar a varios elementos de la flexibilidad cognitiva y no ser exclusivos de uno solo.

En Irene se observan los siguientes factores que dificultan la flexibilidad cognitiva

- Evitación experiencial no aceptando eventos internos como emociones, pensamientos o sensaciones corporales.
- Estrategias internas de control emocional como una automonitorización excesiva de las señales de ansiedad o sensaciones corporales relacionadas al acto de vomitar.
- Estrategias comportamentales de control emocional como autolesiones (en una ocasión) y vómitos.
- Fusión con las ideas de evaluación (pensamientos, sensaciones o experiencias están bien o mal) y categorías conceptuales como una dominación de pensamiento dicotómico.

Todos estos factores se ponen en juego en la relación de pareja y en la evitación de expresión de sentimientos por miedo al conflicto y las emociones y sensaciones corporales que este traiga. Asimismo, la representación del conflicto con la pareja en Irene se ve guiada por una dicotomía de lo que está bien y mal sin tomar diferentes perspectivas de una situación. Además, la representación del conflicto de forma repetitiva muestra la fusión del pensamiento y la dificultad de estar en el momento presente.

### **Factores que promueven la flexibilidad psicológica**

Aunque Irene muestra diversas dificultades para alcanzar la flexibilidad psicológica, también tiene fortalezas que pueden promoverla. Algunos de los factores que se muestran en este caso para favorecer la flexibilidad psicológica son:

- Sentido del humor que permite reírse de si misma con humor e ironía disminuyendo la gravedad asociada a las situaciones.
- Momentos pasados en los que Irene ha tomado un curso de acción doloroso pero consistente con sus valores (abandonar relación previa).

- Apertura de analizar la implicación de sus comportamientos en el mantenimiento del problema.
- Confianza en la terapia, la terapeuta y el proceso favoreciendo probar formas de actuar y percibir las cosas diferentes.

### **Objetivos e intervenciones de tratamiento**

Se establecen unos objetivos de tratamiento basados en los principios ACT que se explican posteriormente a la paciente para llegar a metas compartidas. Aunque algunos objetivos parecen claramente alineados con un principio concreto de la flexibilidad cognitiva, todos están interconectados para el trabajo transversal, ya que, según los autores en la práctica clínica, se ha comprobado que trabajar uno de los aspectos suele activar los restantes (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

Los objetivos e intervenciones de tratamiento principales en el caso de Irene son:

- Comprensión emocional.
- Desesperanza creativa.
- Exposición experiencial a la naturaleza no tóxica de los eventos privados a través de la aceptación y la defusión
- Tener contacto con el momento presente (mindfulness)
- Exploración de valores
- Realizar acciones comprometidas basadas en los valores

### **Tratamiento y curso**

En este caso se realizó un proceso terapéutico basado en los principios de la Terapia De Aceptación Y Compromiso (ACT) que se ha mostrado efectiva para la ansiedad y depresión en 35 revisiones sistematizadas y meta-análisis (Beygi et al., 2023).

La psicoterapia basada en la ACT en este caso consistió en usar la formulación de caso para trabajar en los principios de aceptación, defusión, estar en el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida de manera transversal durante todo el proceso utilizando los contenidos que traía la paciente en cada sesión para favorecer la flexibilidad psicológica. Esto se hizo mediante diarios de emociones, metáforas, psicoeducación y exposiciones a estresores. Cabe mencionar que se trabajó en generar una buena alianza desde el principio y en cuidarla y mantenerla a lo largo de todo el proceso para generar el espacio seguro que permitiera todo el plan de tratamiento propuesto.

La estructura de la psicoterapia fue semanal de manera presencial. Paralelamente se dieron supervisiones semanales de la terapeuta, así como una observadora dentro de sesión para asegurar la calidad del proceso. El proceso terapéutico se llevó a cabo en 22 sesiones durante un periodo de 6 meses.

Los objetivos de tratamiento en términos ACT se han especificado en el apartado anterior de formulación de caso. Sin embargo, estos fueron reformulados y co-construidos junto con la paciente para favorecer la alianza y el compromiso con el proceso. Aun así, el fin que se busca es el mismo. Los objetivos acordados con la paciente fueron los siguientes:

- Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad
- Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones
- Aceptación de las emociones.
- Defusión de los pensamientos.
- Aclarar lo que es importante para ella (en cuanto a su relación con otros y ella misma)

En la Tabla 3 se puede observar más detalladamente los objetivos trabajados en cada sesión e información importante de ellas.



**Tabla 3.***Sesiones, objetivos trabajados e incidencias relevantes.*

<b>Fecha</b>	<b>Objetivo trabajado</b>	<b>Técnica/contenido de las sesiones</b>
1 26/10/2023	Evaluación inicial Encuadre Inicio de vinculación	Descripción del motivo de consulta.
2 2/11/2023	Evaluación inicial Vinculación	Uso de la línea de vida para exploración de la historia personal y del problema.
3 10/11/2023	Devolución del problema Establecimiento de objetivos Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones Aceptación emocional	Preguntas sobre las emociones sentidas en las situaciones que narra (conflicto con la pareja)
4 17/11/2023	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas	Se expone la funcionalidad del vómito como evitación de la ansiedad Externalización de problema (bicho)
5 23/11/2023	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. No apegarse a la glorieta del pensamiento.	Trabajo sobre la identificación emocional en situación de conflicto interpersonal. Uso de metáforas de los pensamientos asociados a los momentos de ansiedad (glorieta)
6 01/12/2023	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aclarar valores. No apegarse a la glorieta del pensamiento.	Exposición a situación ansiógena (reunión social con gente desconocida). Psicoeducación de las emociones desagradables como parte de la experiencia humana. A pesar de que se permita sentir el enfado menciona no querer deshacerse de él. Mencionó su meta (horizonte) es respetarse a ella y sus emociones. Identificación emocional y de sensaciones corporales. Consciencia de la glorieta del pensamiento observándola sin juicio.

7	07/12/2023	<p>Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones.</p> <p>Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas.</p> <p>Clarificación de valores.</p> <p>No apegarse a la glorieta del pensamiento.</p>	<p>Trabajo sobre la identificación emocional en situación de conflicto interpersonal.</p> <p>Psicoeducación sobre el proceso emocional.</p> <p>Identificación de la creencia que comunicar las emociones desagradables es malo para los demás.</p>
8	14/12/2023	<p>Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones.</p> <p>Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas.</p> <p>Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad</p>	<p>Conflictos laborales que generaron ansiedad.</p> <p>Proceso de identificación y consciencia emocional mediante diario de las emociones.</p> <p>Reconocimiento de no evitación emocional sino de la consciencia de las emociones y la decisión consciente de qué hacer con ello.</p>
9	21/12/2023	<p>Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones.</p> <p>Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas.</p> <p>Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad</p> <p>Clarificación de valores</p>	<p>Clarificación de lo que es importante para ella en una relación.</p> <p>Identificación de la emoción en el cuerpo, pensamientos y conductas asociados a ella, y de la información que da en ese momento.</p> <p>Consciencia del aprendizaje a base de sentir emociones desagradables.</p>
10	18/01/2024	<p>Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones.</p> <p>Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas.</p> <p>Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad</p>	<p>Identificación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal sin evitarlo y comunicando lo que sentía.</p> <p>Identifica que el vómito por ansiedad ya no ha venido y en su lugar identifica el enfado.</p> <p>Se identifica un área problemática en la imagen corporal como consecuencia al síntoma principal.</p>
11	25/01/2024	<p>Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones.</p> <p>Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas.</p> <p>Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad</p> <p>Devolución de la problemática de la imagen corporal.</p>	<p>Identificación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal, pero evitando la comunicación de los sentimientos.</p> <p>Exploración de cómo siente el enfado y la tristeza (emociones desagradables que evita)</p>

12	1/02/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad.	Identificación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal sin evitarlo y comunicando lo que sentía. Fue consciente de la glorieta del pensamiento observándola sin juicio. Menciona una disociación durante el conflicto de pareja (forma de evitación emocional)
13	8/02/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Clarificación de valores	Exposición a situaciones ansiógenas sin pelearse con las sensaciones que desencadenan. Clarificación de los valores en el área de relaciones interpersonales de pareja.
14	15/02/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Clarificación de valores	Identificación emocional durante conflictos laborales. Clarificación de los valores en el área de relaciones interpersonales de pareja. Clarificar los límites dentro de la relación.
15	22/02/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Clarificación de valores.	Identificación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal. Clarificación de los valores en el área de relaciones interpersonales de pareja. Clarificar los límites dentro de la relación.
16	7/03/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad.	Periodo de mayor tristeza predominando la anergia y la abulia, así como pesadillas. Identificación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal.
17	14/03/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Aceptación de la imagen corporal	Falta de identificación de emociones desagradables. Trabajo sobre la imagen corporal explorando las asociaciones verbales con la palabra delgadez. Síntoma de mareo tras el trabajo de la imagen corporal.

18	21/03/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Aceptación de la imagen corporal Construcción de una visión integrada del cuerpo.	Identificación y aceptación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal. Trabajo sobre la imagen corporal dibujando un cuerpo para escribir la utilidad de las diferentes partes del cuerpo.
19	4/04/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Aceptación de la imagen corporal. Construcción de una visión integrada del cuerpo.	Identificación y aceptación de las emociones de miedo y ansiedad ante conflicto con vecinos. Menciona notar cambios en su forma de aceptar y gestionar las emociones. Identificación y aceptación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal.
20	11/04/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Aceptación de la imagen corporal. Construcción de una visión integrada del cuerpo.	Identificación y aceptación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal. Visión más integrada del cuerpo uniendo la funcionalidad del cuerpo con la estética.
21	18/04/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad.	Identificación y aceptación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal.
22	25/04/2024	Entender, escuchar e identificar mejor sus emociones. Aceptar sus emociones sin pelearse con ellas. Aprender a relacionarse de forma diferente con la ansiedad. Cierre del proceso	Identificación y aceptación del proceso emocional durante un conflicto interpersonal. Consciencia de los cambios realizados. Reconocimiento de su logro al relacionarse de forma diferente con sus procesos emocionales y cognitivos.

El principio fundamental que se trabajó fue la aceptación emocional, en específico de las emociones que la paciente había estado intentando evitar como es la ansiedad, el enfado y la tristeza. En segundo lugar, se trabajó la defusión cognitiva y el yo como contexto. Paralelamente se fue trabajando la clarificación de valores.

La aceptación emocional se inició con una psicoeducación de las emociones reformulándolas para quitar connotaciones positivas y negativas, pasando a describirlas como agradables o desagradables enfatizando la información que nos podían dar sobre nosotros mismos y su contribución en lo que nos hace humanos. Posteriormente, se inició a seguir un proceso de identificación emocional utilizando la metáfora de ser una investigadora de uno mismo, para esto se sugirió seguir un diario emocional donde se describiera de forma narrativa la emoción que estaba sintiendo, dónde se sentía en el cuerpo y qué información creía que podía dar. Este diario narrativo no se completó durante la duración de la terapia, sin embargo, el proceso de observación de las propias emociones sí que se produjo y se cambió la técnica por un descubrimiento en sesión de estas experiencias emocionales. Aun así, la paciente sí que escribió sus procesos emocionales cuando deseaba poderlos transmitir a un tercero, generalmente la pareja. De esta manera se fue explorando sesión a sesión los eventos de la semana y las emociones asociadas a estos, así como si se habían utilizado estrategias para evitarlas o si se habían escuchado y aceptado. Conforme avanzaron las sesiones se observó una mejora de la habilidad para detectar las emociones, una aceptación emocional y una relación con las emociones diferente (la paciente verbaliza “noto que gestiono mejor las emociones”).

La defusión cognitiva y el yo como contexto se trabajaron mediante el uso de una metáfora y la observación de esta sin juicio. La metáfora utilizada era de una “glorieta” que representaba cuando la paciente ante un disparador externo (enfado de la pareja) o interno (salivación, tensión muscular) salía del momento presente para meterse en una glorieta de pensamientos que se identificaron como “ya voy a vomitar” “todo es mi culpa” “ya tengo ansiedad otra vez” que la llevaba a otra de “¿por qué soy así?” “quiero vivir tranquila”. Una vez ilustrada la metáfora en un papel se pasó a la identificación de cuando se entraba en la glorieta en la vida cotidiana de Irene. Posteriormente se buscó el observar cuando se entraba en ella, pero sin juicio simplemente observando los pensamientos girar y amablemente traer

la atención al momento presente y lo que era importante para ella (mindfulness). En las sesiones 12 y 19 se menciona haber entrado en la glorieta, pero haber sido capaz de observarla simplemente.

La clarificación de valores se hizo en las sesiones 6, 7, 9, 13, 14 y 15. La clarificación de valores se hizo en torno a las relaciones sociales y de pareja ya que era el área de mayor relevancia para la persona. Sin embargo, en un futuro sería conveniente realizar este proceso en todas las áreas de su vida. Para clarificar lo que era importante para ella en las relaciones se empezó por delimitar lo que no quería en una relación, sus límites (Tabla 4). Posteriormente se concluyó que además de lo que no quería tenía claro que buscaba un vínculo con la que poderse sentir apoyada y entendida. Gracias a esto se pudo después entender que para poder llegar a esa meta era necesario no evitar las propias emociones ni las conversaciones difíciles que podrían generarlas ya que eso llevaba a relaciones basadas en el apoyo y la comprensión. Por lo tanto, se delimitó que las acciones comprometidas a esos valores eran la decisión consciente de expresar las emociones desagradables.

**Tabla 4.**

*Límites trabajados en sesión.*

Límites inquebrantables	Red flags (señales de alerta para plantearse si lo permito o no)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silencio como castigo</li> <li>• Agresiones físicas</li> <li>• Agresiones verbales: insultos</li> <li>• Agresiones psicológicas: cuestionar (¿qué dices? o está loca), invalidar, hacer luz de gas</li> <li>• Control absoluto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No compartir mis ideas</li> <li>• Que no le gusten los perros</li> <li>• Que pregunte mucho por lo que haces durante el día</li> <li>• Que critique a los demás (piense que lo que no está de acuerdo con ella está mal)</li> <li>• No ser feminista</li> </ul>

Una vez trabajados estos objetivos y a mitad del proceso en la sesión 10 surgió la demanda de trabajar la imagen corporal y su relación con el cuerpo, ya que menciona insatisfacción con la delgadez de su cuerpo. Por lo tanto, se evaluó esta área para comprender la problemática y se pasó la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (Campayo et al., 2003). Se llegó a la conclusión que la insatisfacción corporal venía por dos motivos.

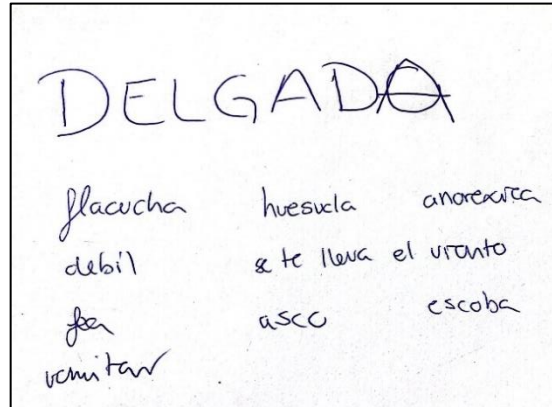
Por un lado, encontramos el miedo a volver a estar en una situación de malestar emocional y físico como cuando tuvo que ingresar por infrapeso tras la muerte de su padre (véase apartado de antecedentes). Cabe aclarar que este ingreso no fue por conductas de un trastorno de la conducta alimenticia sino por los vómitos involuntarios debido a la ansiedad que le generó el duelo. Esta relación con el vómito ha generado una asociación entre el mismo y la emoción de asco. Por otro lado, la insatisfacción corporal se relaciona con un deseo de sentirse querida y deseada por otros teniendo la creencia de que si tuviera un cuerpo normativo esto ocurriría. Se hizo la devolución de estas hipótesis en la sesión 11 y se establecieron dos objetivos:

- Aceptación corporal
- Construcción de una visión integrada del cuerpo.

Con estos objetivos se buscaba llegar a la aceptación del cuerpo propio teniendo una visión integrada del mismo no sólo basada en la estética sino en la funcionalidad de este. Este trabajo se inició en la sesión 17. Se comenzó con una psicoeducación de las presiones culturales estéticas y de la irrealidad del amor completo por el cuerpo en la sociedad en la que vivimos, desgranando los mandatos exigidos tanto por la cultura occidental hegemónica como por el movimiento “body positive”. En esta parte del tratamiento fue muy importante la perspectiva de género para poder poner sobre la mesa las exigencias que sufren las mujeres con respecto al canon de belleza. Tras esto se concluyó en buscar una aceptación del cuerpo sin connotaciones positivas o negativas viéndolo en su totalidad. Para esto se inició con escribir en un papel todas las palabras que le vinieran a la paciente en relación con el término “delgada” y así poder observar las verbalizaciones asociadas a ese concepto (Figura 2).

**Figura 2.**

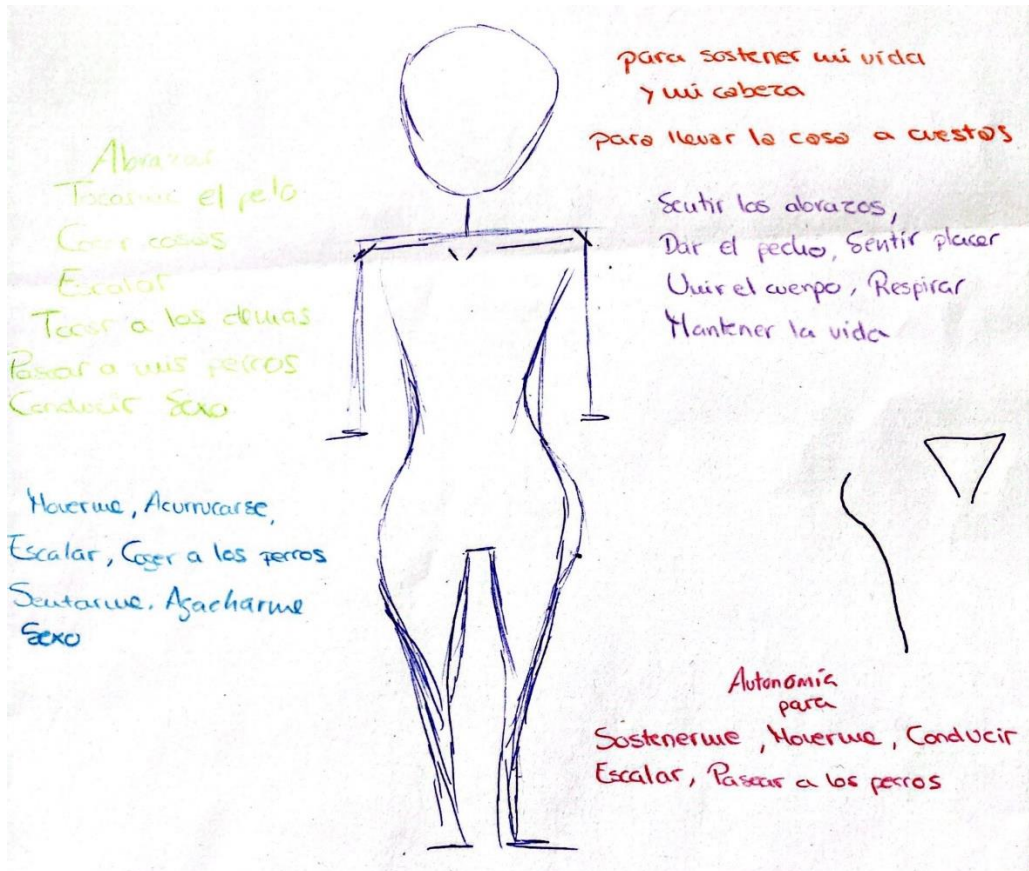
*Ejercicio de asociación de palabras al concepto delgada*



Posteriormente, se realizó un dibujo por la propia persona de su cuerpo en el que se fueron describiendo las funciones de las distintas partes del cuerpo (Figura 3).

**Imagen 3.**

*Ejercicio de dibujar el cuerpo y ver la funcionalidad.*





Tras esto la paciente menciona llegar a la conclusión de “Me gusta ver y enfocarme en la utilidad de mi cuerpo, pero sigue sin gustarme”. Por consiguiente, se volvió a reflexionar sobre la idea de que el ejercicio no buscaba un cambio en la valoración del cuerpo si no en ampliar las características que vemos de él. Sesiones posteriores menciona haber visto un vídeo suyo haciendo escalada y recuerda verse con aceptación e incluso con valoración positiva por ver la fortaleza de sus brazos durante la actividad.

Debido a la duración del proceso terapéutico se concluyó en este punto el trabajo con la imagen corporal. Sin embargo, el plan de tratamiento era una vez que se ha conseguido una imagen más integrada del cuerpo pasar a un ejercicio experiencial basado en el masaje del cuerpo para entrar en contacto con las sensaciones de asco, transitarlas y aceptarlas sin juicio y poder pasar luego a enfocarse en las sensaciones placenteras o neutras del tacto en las diferentes partes del cuerpo. Para futuras intervenciones se recomienda la continuación para que el trabajo no se quede sólo en lo cognitivo, sino que pase a una aceptación real y completa del cuerpo.

Por último, en la sesión 22 se realizó un cierre dónde se analizaron los cambios realizados en el proceso terapéutico. Asimismo, se pasaron los cuestionarios del GAD-7 y el GD-8. El GAD-7 para ver los cambios en ansiedad y el GD-8 para analizar la satisfacción personal de la paciente con el proceso terapéutico.

### **Resultados del tratamiento**

Los resultados del proceso terapéutico se registraron con las siguientes medidas:

- Medida del síntoma principal (molestias gastrointestinales asociadas a la ansiedad) por medio de un registro ad hoc realizado por la terapeuta en cada sesión con preguntas concretas a la paciente. (Tabla 5)
- Medida pre y post de ansiedad mediante el cuestionario GAD-7 (Anexo 4)
- Medida de la satisfacción subjetiva del proceso mediante el cuestionario GD-8 una vez terminado el proceso (Anexo 6)
- Medida de cambios en los principios de la ACT mediante las verbalizaciones de la paciente en sesión (Tabla 7).

**Tabla 5.***Registro de los síntomas gastrointestinales asociados a la ansiedad.*

Sesión dónde narra la situación	Situación	¿Ha habido ansiedad?	¿Ha habido síntoma gastrointestinal?	¿Qué síntomas gastrointestinales se han producido?
1. 26 de octubre de 2023	Conflicto con la pareja	Sí	Sí	Náuseas y vómito.
2. 2 de noviembre de 2023	Conflicto con la expareja	Sí	Sí	Náuseas y vómito.
3. 10 de noviembre de 2023	Conflicto con la pareja	Sí	No	No
4. 17 de noviembre de 2023	Conflicto con la pareja	Sí	No	No
5. 23 de noviembre	Conflicto con la pareja	Sí	No	No
6. 01 de diciembre de 2023	Situación interpersonal de reunión social con personas desconocidas	Sí	No	No
7. 07 de diciembre de 2023	Estar en la casa de la persona con la que su pareja compartió un beso	Sí	Sí	Salivación previa al vómito.
8. 14 de diciembre de 2023	Conflictos laborales	Sí	No	No
9. 21 de diciembre de 2023	Conflicto con la pareja	Sí	No	No
10. 18 de enero de 2024	Conflicto con la pareja	No, enfado	No	No
11. 25 de enero de 2024	Conflicto con la pareja	No, enfado	No	No
12. 1 de febrero de 2024	Conflicto con la pareja	No	No	No
13. 8 de febrero de 2024	Mudanzas y cambios en el domicilio	Sí	No	No
14. 15 de febrero de 2024	Conflicto laboral	No	No	No
15. 22 de febrero de 2024	Conflicto de pareja	No	No	No
16. 7 de marzo de 2024	Conflicto de pareja	No	No	No
17. 14 de marzo de 2024	Trabajo en sesión de la imagen corporal	Sí	Sí	Mareo
18. 21 de marzo de 2024	Conflicto de pareja	Sí	No	No
19. 4 de abril de 2024	Conflicto con vecinos	Sí	No	No
20. 11 de abril de 2024	Conflicto de pareja	Sí	No	No
21. 18 de abril de 2024	Conflicto de pareja	No	No	No
22. 25 de abril de 2024	Conflicto de pareja	No	No	No

En cuanto a la medida del síntoma principal como se puede observar en la Tabla 5, a partir de la sesión 3 ya no se ha producido síntomas gastrointestinales como las náuseas y los vómitos que eran la demanda con la que la paciente acude a psicoterapia. Aun así, se observa que en la sesión 17 tiene un mareo coincidiendo con el inicio del trabajo con la imagen corporal. Como bien se sabe, el proceso terapéutico no es lineal y era esperado que pudiera volver el síntoma con otros estresores. Sin embargo, es positivo que, aunque apareciera el mareo no se llegara al vómito.

Por otro lado, se tomó una medida cuantitativa mediante el cuestionario estandarizado y validado en España GAD-7 (Spitzer et al. 2006) en dos momentos temporales, al inicio de la terapia (pre) y al final (post) la medida pre (1º sesión) en el GAD-7 era de 12 mientras que en el post (22º sesión) era de 4 habiendo una diferencia de 8 puntos y pasando de una sintomatología ansiosa moderada a no tener sintomatología ansiosa según los puntos de corte (Tabla 6).

**Tabla 6.**

*Puntuaciones del GAD-7 de Irene.*

Pre	Post	Diferencia
12	4	8
Síntomas moderados	No se aprecian síntomas	Paso de moderado a sin síntomas

Con respecto a la satisfacción personal se utilizó el cuestionario GD-8 ya que muestra una medida cuantitativa y cualitativa de esta variable. La puntuación cuantitativa fue de 31 en una escala de 8 a 32 mostrando una muy alta satisfacción subjetiva con el proceso. Por otra parte, en la parte cualitativa del cuestionario consta de aspectos positivos del servicios y aspectos a mejorar (Anexo 6). Se puede ver por los comentarios positivos que la paciente está satisfecha principalmente con la calidad, cercanía y precio de la intervención. Por otro lado, los aspectos a mejorar muestran un deseo por una mayor variedad de servicios para elegir y una mayor experiencia de la terapeuta.

Para analizar el trabajo realizado en los principios de la flexibilidad cognitiva se han seleccionado algunas verbalizaciones de la paciente que muestran una consciencia de cambio en los objetivos principales del proceso. Estas verbalizaciones se muestran en la Tabla 7 con el número de sesión y el principio que está cambiando o trabajándose.

**Tabla 7.**

*Verbalizaciones de la paciente.*

Sesión	Verbalización	Principio
6	“Muy cansado luchar contra nosotras mismas” “A veces no me permito sentir”	Aceptación
9	“Estoy aprendiendo mucho de mi misma a base de shocks (situaciones que le causan emociones desagradables)” “No podemos controlar que pasen situaciones complicadas, pero si como las enfrentamos”	Aceptación
12	“No me quede en ningún bucle, los pensamientos venían, pero luego se iban, no entre en la glorieta”	Defusión cognitiva
19	“me vino la glorieta de pensamientos, pero no me agobie, la vi con tranquilidad” “no me atoro tanto con los pensamientos”	Defusión cognitiva Aceptación Yo como contexto

Cuando se inició el trabajo con la imagen corporal como objetivo secuencial al proceso principal se pasó la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner (Campayo et al., 2003). En esta escala se mide la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal. Se paso la escala en dos momentos cuando se inició el trabajo de imagen corporal (sesión 17) y al final del proceso (sesión 22). Los datos se muestran en la tabla 8. La escala está compuesta de 13 figuras teniendo la central una puntuación de 0, las de la izquierda van de -6 a -1 y las de la derecha de 1 a 6. Para sacar los índices de insatisfacción y distorsión se hace una resta de puntuaciones. En concreto para el de insatisfacción se resta la imagen deseada de la percibida mientras que en la de distorsión se resta la percibida por el evaluador de la percibida por la paciente. Por lo tanto, los índices van de 0 a 12, sienta 0 nula insatisfacción o distorsión y 12 máxima insatisfacción y distorsión. En este caso, aunque no se parte de una insatisfacción y distorsión muy alta ya que están cercanas a 0, sí que se observa una disminución dejando de haber distorsión y manteniéndose una ligera insatisfacción, aunque inferior a la inicial.

**Tabla 8.***Índices de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal de Irene.*

	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
Insatisfacción	3	2
Distorsión	1	0

### **Discusión**

En este estudio se ha mostrado la aplicación de un proceso psicoterapéutico basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en una paciente con síntomas gastrointestinales asociados a la ansiedad. Los objetivos del estudio era ejemplificar por un lado la eficacia de la intervención y por otro la aplicación de manera práctica de los principios de la ACT en una paciente concreta que no sólo tuviera ansiedad, sino que tuviera un síntoma somático asociada a ella.

En cuanto al primer objetivo como se puede ver en los resultados se han mostrado cambios en los diversos focos de intervención. En primer lugar, ha habido una desaparición de los síntomas gastrointestinales que se asociaban a la ansiedad. En segundo lugar, ha habido un cambio cuantitativo en la sintomatología ansiosa. Por último, se ha producido un cambio en la manera de relacionarse con las emociones contado por la propia persona y observado por la terapeuta y la observadora. Sin embargo, estos resultados deben ser analizados con cautela ya que varios de ellos son cualitativos u observacionales (análisis de los cambios en los principios de la ACT) y los cambios cuantitativos no se pueden concluir que hayan sido producidos por el modelo terapéutico en sí o por factores comunes a las psicoterapias (vínculo o espacio de reflexión) o extraterapéuticos.

En relación con el segundo objetivo del estudio, se espera que las descripciones tanto de la formulación del caso como del proceso psicoterapéutico sirvan para mostrar información descriptiva de un proceso que se guía por el modelo de terapia ACT. Asimismo, se ha mostrado no solo el modelo sino su aplicación real y práctica en un caso con unas características concretas no expuesto en la literatura actual, ya que encontramos generalmente evidencia para ansiedad únicamente (Beygi et al., 2023) o síntomas somáticos solos (Givehki et al., 2018) y no ambos en conjunto. Asimismo, la paciente ha mostrado una satisfacción subjetiva positiva del proceso. Sin

embargo, esta información descriptiva también ha de ser analizada con cautela ya que se trataba de una terapeuta novata en el inicio de su carrera profesional y con un conocimiento práctico y teórico de la ACT limitado, aunque suficiente.

Aunque ya se han mencionado algunas limitaciones a la hora de considerar los resultados del presente estudio, existen otros en referencia al proceso terapéutico y al desarrollo del estudio. En primer lugar, la selección del caso del presente estudio se realizó de una muestra de dos pacientes y posteriormente al inicio de la psicoterapia. Esto pudo generar sesgos en la selección, así como en el análisis del proceso. En segundo lugar, la terapia se llevó a cabo en un centro integrador por lo que las supervisiones y la visión terapéutica fue más amplia que la tenida en cuenta por una terapeuta con enfoque exclusivamente ACT. Este hecho puede haber distorsionado los resultados del proceso ya que había muchas variables de otros enfoques terapéuticos durante el tratamiento que no se han registrado o tenido en cuenta. Por último, el análisis de los resultados de la eficacia del tratamiento fue realizada por la misma persona que hizo la intervención pudiendo haber introducido sesgos en este análisis.

Por último, es importante mencionar que, aunque no se haya detallado específicamente se ha tenido en cuenta la perspectiva de género a la hora de analizar y formular el caso, y estructurar y planificar el tratamiento. Ha sido esencial durante el proceso tener en cuenta los factores sistémicos y sociales que pueden entrar en juego en la problemática de las pacientes para no caer en revictimizaciones o refuerzos de los mandatos de género perjudiciales. En este caso en específico fue importante tener en cuenta el rol de cuidadora y los mandatos de género que existen sobre el cuidar y la expresión de ciertas emociones, y las exigencias sobre el cuerpo. Parte del trabajo terapéutico ha sido explicitar en diferentes sesiones estos mandatos para que pudieran ser cuestionados e integrados en la historia de la paciente. Sin embargo, es necesaria más investigación sobre la función, mecanismos y resultados de la perspectiva de género en psicoterapia.

A pesar de todas estas limitaciones, se puede considerar este estudio como una descripción de un proceso llevado a cabo desde el enfoque ACT en una problemática poco estudiada con la metodología de estudio de caso como son las náuseas y vómitos relacionados con ansiedad. Por lo tanto, este estudio puede ayudar a aumentar las vías de investigación en esta línea. Sin embargo, para futuras investigaciones se recomienda la utilización de psicólogos clínicos expertos tanto por

experiencia profesional como por conocimientos teóricos respecto al modelo ACT. Asimismo, futuras vías científicas podrían beneficiarse de un mejor registro y análisis de datos cuantitativos para darle potencia a las conclusiones dadas. Además, podría ser interesante analizar todas las variables que entran en juego cuando se aplica un modelo concreto que son compartidos por otros modelos como la alianza terapéutica.

### Referencias

- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. In *Frontiers in Neuroendocrinology* (Vol. 35, Issue 3, pp. 320–330). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.
- Arcand, M., Juster, R. P., Lupien, S. J., & Marin, M. F. (2020). Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. *Anxiety, Stress and Coping*, 33(6), 661–674. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1774560>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 34, pp. 61–67). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bekker, M. H. J., & Van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment. In *GENDER MEDICINE* (Vol. 4).
- Bern, S. (1981). Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing. In *Psychological Review* (Vol. 88, Issue 4).
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., & Mahboobizadeh, M. (2023). An Overview of Reviews on the Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression and Anxiety. In *Iran J Psychiatry* (Vol. 18, Issue 2).
- Bhatia, V., & Raesh, T. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20, 332–339. <https://doi.org/10.1111/j.1400-1746.2004.03508.x>
- Campayo, A. R., Beato Fernández, L., Rodríguez Cano, T., Martínez-Sánchez, F., & Martínez-Sánchez, F. (2003). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. In *Actas Esp Psiquiatr* (Vol. 31, Issue 2).
- Christiansen, D. M. (2015). Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders. In *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. InTech. <https://doi.org/10.5772/60662>
- Cole, M. A. T., Qu'd, D., Wild, M. G., Russell, A. C., Caillet, A. R., & Stone, A. L. (2020). “My Body Hates Me”: A Qualitative Analysis of the Experience of Functional Nausea in Adolescent Girls and Their Mothers. *Children*, 7(8). <https://doi.org/10.3390/children7080083>



- Di Lorenzo, C. (2022). Functional Nausea Is Real and Makes You Sick. In *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 10). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.848659>
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004>
- Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Eduard Scheidt, C., Omid, A., & Davoudi, M. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electronic Physician*, 10(7), 7008–7016. <https://doi.org/10.19082/7008>
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 64, Issue 4, pp. 405–408). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.001>
- Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). *The prevalence of nausea in the community: psychological, social and somatic factors*.
- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). *Are Anxiety and Depression Related to Gastrointestinal Symptoms in the General Population?*
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y Práctica del Cambio Consciente (Mindfulness)* Desclee de Brouwer. Bilbao, Spain.
- Hayes, S. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226–227. <https://doi.org/10.1002/wps.20625>
- Hayes, S., Strosahl, K., Smith, A. y Luoma, J. (2022) Formulación de casos desde ACT. Una *Guía Práctica a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. ABA España. 61-76.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2020) *GBD Results. Health data*. Recuperado el 10 de enero de 2024 de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex Differences in Anxiety Disorders: A Review. *Psychiatry, Depression & Anxiety*, 4, 1–4. <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>
- Kessler, R. C., Tat Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. E. (n.d.). *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*.

- Kim, Y.-K., & Shin, C. (2018). The Microbiota-Gut-Brain Axis in Neuropsychiatric Disorders: Pathophysiological Mechanisms and Novel Treatments. *Current Neuropharmacology*, 15. <https://doi.org/10.2174/1570159x15666170915141036>
- Kovacic, K., Miranda, A., Chelimsky, G., Williams, S., Simpson, P., & Li, B. U. K. (2014). Chronic idiopathic nausea of childhood. *Journal of Pediatrics*, 164(5), 1104–1109. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.046>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197–207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 29, Issue 6, pp. 496–505). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2023). *Anxiety Disorders*. Recuperado enero de 2024 de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- Program, D., Eubanks, R., Gharbian, G., Garbanati, J., & Labrie, R. (2022). *The Connection Between Mental Health Symptoms And Gastrointestinal Symptoms, As Moderated By Attachment Style Dissertation Presented to the Faculty of the Clinical Psychology Psy*.
- Rhee, S. H., Pothoulakis, C., & Mayer, E. A. (2009). Principles and clinical implications of the brain-gut-enteric microbiota axis. In *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* (Vol. 6, Issue 5, pp. 306–314). <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2009.35>
- Ross, E. J., Vivier, H., Cassisi, J. E., & Dvorak, R. D. (2020). Gastrointestinal health: An investigation of mediating effects on mood and quality of life. *Health Psychology Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/2055102920974524>
- Sayyar, S., Ghanbari, M. R., Omid, A., Eduard Scheidt, C., Giveki, R., & Mohammadian, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. *Practice in Clinical Psychology*, 79–86. <https://doi.org/10.32598/jpcp.7.2.79>
- Singh, P., Yoon, S. S., & Kuo, B. (2016). Nausea: A review of pathophysiology and therapeutics. In *Therapeutic Advances in Gastroenterology* (Vol. 9, Issue 1, pp. 98–112). <https://doi.org/10.1177/1756283X15618131>

- Söderquist, F., Syk, M., Just, D., Kurbalija Novicic, Z., Rasmusson, A. J., Hellström, P. M., Ramklint, M., & Cunningham, J. L. (2020). A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults. *BMC Psychiatry*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02940-2>
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006) A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* *166*(10), 1092–1097
- Vicario, M., Guilarte, M., Alonso, C., Yang, P., Martínez, C., Ramos, L., Lobo, B., González, A., Guilà, M., Pigrau, M., Saperas, E., Azpiroz, F., & Santos, J. (2010). Chronological assessment of mast cell-mediated gut dysfunction and mucosal inflammation in a rat model of chronic psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, *24*(7), 1166–1175. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.06.002>
- Walker, E. A., Katon, W. J., Jemelka, R. P., Roy-Byrne, P. P., & Seattle, W. (1992). *Comorbidity of Gastrointestinal Complaints, Depression, and Anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*.
- Wong, J. Y. H., & Fong, D. Y. T. (2015). Anxiety mediates the impact of stress on psychosomatic symptoms in Chinese. *Psychology, Health and Medicine*, *20*(4), 457–468. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.951372>
- Zhao, Y., Ke, M., Wang, Z., Wei, J., Zhu, L., Sun, X., & Zhang, J. (2010). Pathophysiological and Psychosocial Study in Patients With Functional Vomiting. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, *16*(3), 274–280. <https://doi.org/10.5056/jnm.2010.16.3.274>



## Anexo 2. Consentimiento informado para la realización de la psicoterapia

**NARA PSICOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS**

D./Dña. [REDACTED] mayor de [REDACTED] de edad, con domicilio en [REDACTED] CP [REDACTED] con NIF [REDACTED]

**MANIFIESTO**

Que he solicitado por libre voluntad los servicios profesionales de **asesoramiento psicológico**, llevado a cabo por, psicólogas en prácticas del 2º año del Máster de Psicología General Sanitaria y supervisado por las psicólogas sanitarias Inés Alonso, colegiada m-31730 e Isabel Trasobares, colegiada m-29971

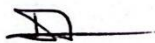
Asimismo, he sido informado/a/e de que la información aportada a las psicólogas durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que he sido informado/a/e que las psicólogas está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para mí mismo/a/e, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, la psicóloga estará obligada a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.


Que tengo la libertad de decidir no continuar con el proceso de asesoramiento psicológico cuando lo considere oportuno, sin que ello suponga ningún coste económico para mí, asumiendo la responsabilidad de dicha decisión.

Asimismo, me comprometo a comunicar con un mínimo de 48 horas la cancelación de una cita. En caso contrario, manifiesto conformidad con la finalización del asesoramiento psicológico en el caso de incumplimiento de este compromiso en tres ocasiones. También en caso de retraso en horario de llegada informaré a la psicóloga y acepto que la cita acabará a la hora anteriormente acordada.

En Madrid, a 26 de OCTUBRE de 2023

Firma:  Nombre: [REDACTED]

## Anexo 3. Consentimiento informado para la realización del estudio de caso.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Datos del paciente: Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos), con DNI  
\_\_\_\_\_

Declaro que:

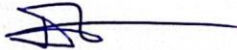
- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón, sin tener que dar explicaciones, y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro


DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Y para que conste, firmo el presente documento en MADRID, con fecha 1/12/23

Firma del participante: 

Firma del investigador: 

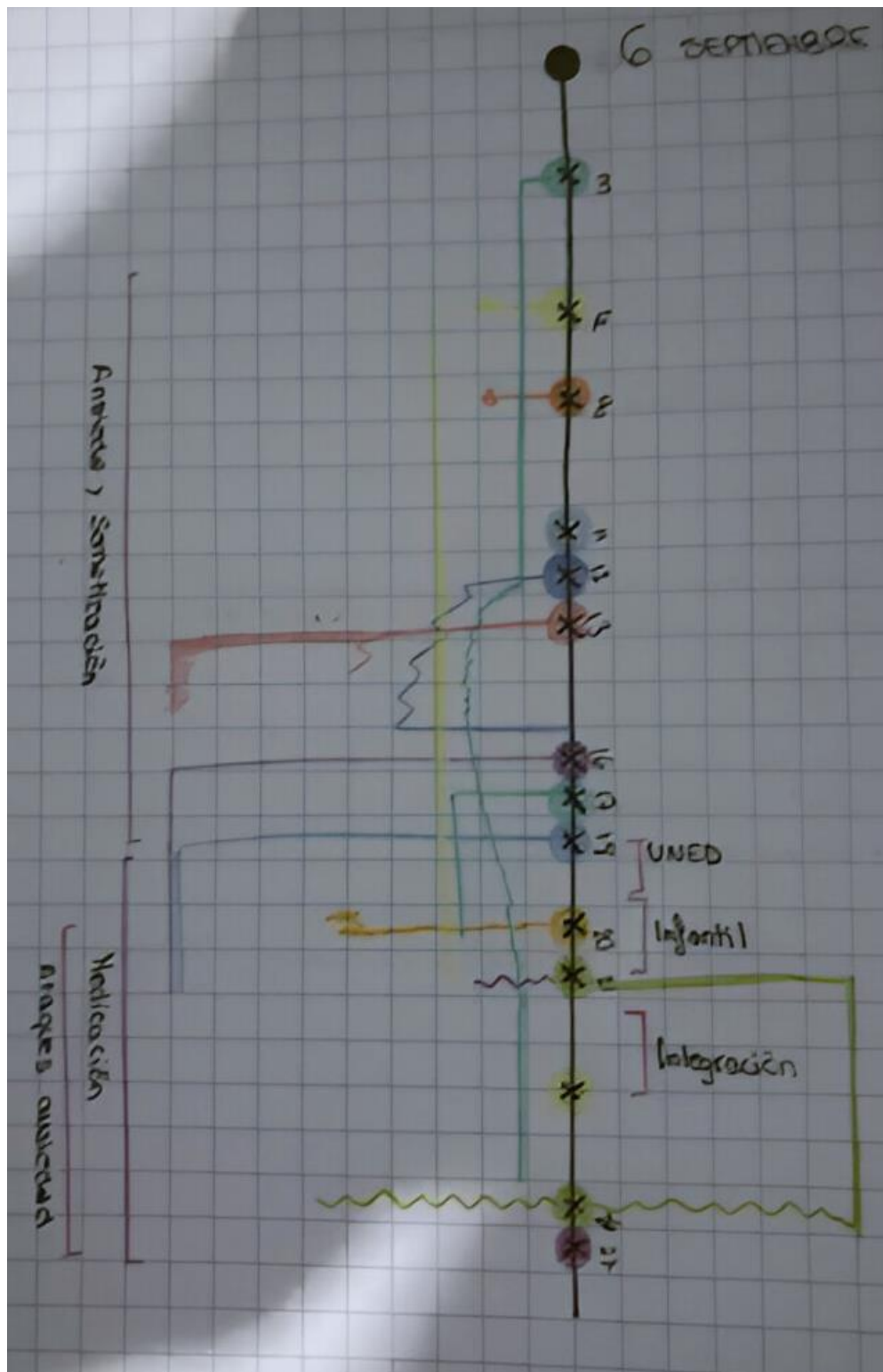
Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: Violeta Ruiz López

**Cláusula de protección de datos**

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

Anexo 4. Imagen original de la Línea de vida de Irene.



Anexo 5. Medidas pre y post del GAD-7

Pre

GAD-7				
En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
<i>(Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	1	2	(3)
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	(2)	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	(3)
4. Tener problemas para relajarse	0	1	(2)	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	(0)	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	(1)	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	(1)	2	3
<b>(For office coding: Total Score T <u>12</u> = ___ + ___ + ___)</b>				

Post

GAD-7				
En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
<i>(Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	(1)	2	3
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	(1)	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	(1)	2	3
4. Tener problemas para relajarse	(0)	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	(0)	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	(1)	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	(0)	1	2	3
<b>(For office coding: Total Score T <u>4</u> = ___ + ___ + ___)</b>				



## Anexo 6. Medida de la satisfacción subjetiva del proceso mediante el cuestionario GD-8

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4 <input checked="" type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input checked="" type="radio"/>
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4 <input type="radio"/>	3 <input checked="" type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input checked="" type="radio"/>
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input checked="" type="radio"/>
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4 <input checked="" type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4 <input checked="" type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input checked="" type="radio"/>
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

La calidad y cercanía de las terapeutas y el precio, que es lo que ha hecho que durante este tiempo me pudiera permitir una terapia de calidad y constante.

Creo que se tendría que mejorar:

Estoy satisfecha, pero estaría bien que se ofrecieran terapias de bajo coste en todos los lugares y no solo como practica para estudiantes de master.