

Proposta d'intervenció per als Trastorns Adaptatius basada en Psicologia Positiva i Teràpia d'Acceptació i Compromís

*Treball Final de Grau: Disseny d'Intervenció en
Psicologia Clínica i de la Salut*

Nom Estudiant: Maria Latorre Royán
Pla d'estudis: Grau de Psicologia

Nom Consultor: Francisco José Eiroá Orosa

Data Lliurament: 29 de maig del 2020



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Copyright © 2020 Maria Latorre Royán.

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.3 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.

A copy of the license is included in the section entitled "GNU Free Documentation License".

© Maria Latorre Royán

Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

FITXA DEL TREBALL FINAL DE GRAU DE PSICOLOGIA

Títol del treball:	<i>Proposta d'intervenció per als Trastorns Adaptatius basada en Psicologia Positiva i Teràpia d'Acceptació i Compromís</i>
Nom de l'autor:	<i>Maria Latorre Royán</i>
Nom del consultor:	<i>Francisco José Eiroá Orosa</i>
Data de lliurament (mm/aaaa):	<i>05/2020</i>
Àmbit del Treball Final:	<i>Psicologia Clínica i de la Salut: Teràpies de Tercera Generació</i>
Titulació:	<i>Grau en Psicologia</i>

Resum del Treball (màxim 250 paraules):

Els Trastorns Adaptatius (TA) són uns dels trastorns més diagnosticats en clínica per psicòlegs i psiquiatres. Provoquen un elevat grau de sofriment i interferència en la vida de les persones, a més de pèrdues econòmiques i una important despesa sanitària. No obstant això, no hi ha un tractament d'elecció per als TA basat en l'evidència científica.

La nostra proposta és posar a prova una combinació de Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) i Psicologia Positiva (PsP) per al tractament dels TA. Des d'aquest enfocament pretenem que els pacients aconseguisquen superar l'esdeveniment estressant a partir d'orientar-se cap als seus objectius vitals i conrear les seues fortaleses i virtuts.

Amb aquesta finalitat, seleccionem una mostra de 68 subjectes diagnosticats de TA i la dividim aleatòriament en dos grups. El grup experimental serà sotmès al tractament basat en tècniques i estratègies d'ACT i PsP mentre que l'altra meitat actua com a grup control per a comparar l'eficàcia de la intervenció. Esperem que els resultats mostren una millora en les variables mesurades durant l'avaluació pre i posttractament en el grup experimental en comparació amb el grup control i que aquests resultats es mantinguen 6 mesos després d'haver finalitzat la intervenció.

D'aquesta manera pretenem contribuir a la manca d'intervencions eficaces i protocol·litzades per a tractar els TA.

Paraules clau (entre 4 i 8):

Trastorn adaptatiu, tractament psicològic, Psicologia Positiva, Teràpia d'acceptació i Compromís, emocions positives.

Abstract (in English, 250 words or less):

Adjustment Disorders (AD) are one of the most commonly diagnosed disorders in the clinical setting by both psychologists and psychiatrists. These disorders negatively affect and interfere with the lives of patients, as well as generate economic loss and high healthcare costs. However, there is no existing treatment of choice for AD based on scientific evidence.

Here, we propose to test a combination of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Positive Psychology (PsP) for AD treatment. Using this approach, we aim to allow patients to overcome any stressful event by focusing on their vital objectives and cultivate their strengths and virtues.

Following this aim, we will select a sample of 68 individuals diagnosed with AD and we will randomly divide it into two groups. The experimental group will be treated based on ACT and PsP techniques and strategies, while the remaining group will serve as control in order to compare the efficacy of these interventions. We expect these results will show an improvement in the variables tested during the examination before and after treatment in the experimental group in comparison with the control group, and that these results will last for six months after having finalised the intervention.

In this way we aim to contribute to reduce the lack of efficient and protocolized interventions to treat AD.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Adjustment Disorder, psychological treatment, Positive Psychology, Acceptance and Commitment Therapy, positive emotions.

Índex

0. Introducció	
1. Context i justificació	1
1.1. Els Trastorns Adaptatius (TA)	1
1.2. Psicologia Positiva (PsP)	2
1.3. La Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT)	3
1.4. Compatibilitat entre ACT i PsP	4
2. Revisió teòrica	5
2.1 Trastorns Adaptatius	5
2.1.1. Dificultat diagnòstica	5
2.1.2. Avaluació i instruments d'avaluació dels TA	7
2.1.3. Tractament dels TA	7
2.2. Psicologia Positiva	8
2.3. Teràpia d'Acceptació i Compromís	9
3. Problema.....	13
4. Preguntes, objectius i/o hipòtesis.....	14
5. Propòsit de la intervenció.....	14
6. Mètode	15
6.1 Disseny de la intervenció	15
6.2 Participants	16
6.3 Instruments	18
6.4 Procediment.....	21
7. Resultats	30
8. Conclusions	32
9. Discussió.....	32
10. Referències bibliogràfiques.....	38
11. Annexos	41

0. Introducció

El present treball és una proposta d'intervenció per als Trastorns Adaptatius (TA) a partir de la combinació de dues teràpies: la Psicologia Positiva (PsP) i la Teràpia d'acceptació i Compromís (ACT).

En aquest primer apartat comencem realitzant una anàlisi del context o situació en la qual s'insereix la nostra proposta. Això ens permetrà justificar la necessitat d'investigació que hem observat al voltant dels TA i explicar per què proposem aquest disseny per a intervenir sobre aquests trastorns.

1. Context i justificació

Aquest treball gira al voltant de tres elements fonamentals: els Trastorns Adaptatius, la Psicologia Positiva i la Teràpia d'Acceptació i Compromís.

En primer lloc, ens sembla imprescindible per a entendre el context en el qual s'insereix la proposta, endinsar-nos en cada un d'aquests components per a establir les seues bases conceptuals.

A més, farem una reflexió sobre la relació que mantenen les dues teràpies elegides per a analitzar de quina manera considerem que es poden combinar per tal que aquesta proposta siga efectiva.

1.1 Els Trastorns Adaptatius (TA)

Totes les persones, en algun moment de la vida, ens enfrontem a esdeveniments negatius que demanen una resposta adaptativa per la nostra part. Aquest tipus de vivències generen estrès d'una certa durada i intensitat. És a dir, la major part d'aquestes reaccions no s'allarguen en el temps ni tampoc seran greus. No obstant això, en algunes ocasions, aquests esdeveniments arriben a provocar una resposta desmesurada que genera un malestar molt intens a la persona i interfereix en el seu funcionament i la seua qualitat de vida.

Els TA són uns dels trastorns més diagnosticats per psicòlegs i per psiquiatres en la pràctica clínica (Maercker *et al.*, 2013) i, no obstant això, hi ha manca d'informació tant de prevalença dels trastorns en la població com de l'eficàcia dels tractaments utilitzats fins ara. A més, la literatura disponible posa

de manifest que els TA generen una gran disminució de la qualitat de vida de les persones que els pateixen i presenta comorbiditat amb l'abús de substàncies i el risc de suïcidi (Carta, Balestrieri, Murru, i Hardoy, 2009). En la nostra opinió, aquests fets ja justifiquen en si mateixos que els TA hagen de despertar la mateixa preocupació científica que la resta de trastorns, així com la necessitat d'estudis que aprofundeixen en ells i en el seu tractament, basat en evidència empírica i estudis rigorosos.

La necessitat d'omplir el buit de coneixement que envolta aquests trastorns s'incrementa si tenim en compte la dificultat inherent al seu diagnòstic. Més endavant, farem una breu reflexió sobre la seua definició en els principals manuals diagnòstics perquè els criteris que estableixen determinen tant la investigació empírica com la pràctica clínica, inclòs el desenvolupament d'eines de tractament específiques (Zelviene i Kazlauskas, 2018).

1.2 La Psicologia Positiva (PsP)

La PsP sorgeix l'any 1998 quan Martin Seligman, en el seu discurs com a president de l'American Psychiatric Association va encunyar el terme Psicologia Positiva, fent referència a la necessitat de reorientar la psicologia cap al conreu de les qualitats positives dels individus: optimisme, coratge, ètica, habilitats interpersonals o responsabilitat social, entre altres (Seligman, 1998).

Simplificant la qüestió fins a l'extrem, podríem dir que la PsP persegueix el benestar i la felicitat. Des d'aquest enfocament s'argumenta que la psicologia s'ha centrat fins ara en l'estudi de les emocions negatives i, per tant, realitzar una intervenció des de la PsP implica centrar el focus en les emocions positives i en les fortaleces individuals tot posant de relleu la seua funció adaptativa.

Les crítiques a aquesta manera de procedir estan sobre la taula. Algunes de les principals fan referència al fet que la PsP s'ha erigit com a defensora d'unes idees que semblen innovadores però que ja existien prèviament. Els seus continguts, per exemple, tenen un punt d'encontre molt clar amb la psicologia humanista. No obstant això, la PsP ha volgut erigir-se com quelcom nou i diferent, distanciant-se de tot el que s'havia fet fins al moment.

Una altra idea defensada per la PsP que ha suscitat crítiques és la de què la psicologia només s'ha centrat històricament en la patologia quan la Psicologia

de la Salut, per exemple, porta des dels anys 70 promocionant la salut per a prevenir malalties.

Finalment, podríem destacar també que malgrat els seus esforços per distanciar-se de metodologies poc científiques, de vegades es confon amb un moviment espiritual i els seus postulats han alimentat l'aparició de subdisciplines i gran quantitat de material d'autoajuda. Fins i tot, podríem dir que s'ha creat al seu voltant una "tirania de l'actitud positiva" segons la qual l'objectiu a perseguir és experimentar sempre emocions positives amb independència de les circumstàncies de la vida. Tirania que, paradoxalment, redueix el benestar en aquelles persones que consideren que hi ha alguna cosa defectuosa en elles precisament perquè no aconsegueixen sentir-se bé (Prieto-Ursúa, 2006).

No obstant això, i malgrat que compartim les crítiques exposades fins ara, nosaltres apostem per introduir els components de la PsP en el nostre disseny d'intervenció. En la nostra opinió, no hem d'ignorar els avenços que s'han aconseguit en aquest camp des d'aquell llunyà 1998. Si la PsP no aporta res de nou, si només es tracta de posar un nom atractiu al que ja s'estava fent..., ens preguntem a què es deu llavors l'explosió de coneixement i treball que s'ha generat al seu voltant i ens plantegem si no hi havia darrere una necessitat que no s'estava satisfent. Així, pensem que més enllà de les pretensions que la caracteritzen, compartim amb la PsP la seua oposició sistemàtica a l'estesa pràctica de patologitzar la vida, especialment en relació amb la simptomatologia vinculada als TA. Tendència que ha cristal·litzat en l'aparició de síndromes per a pràcticament qualsevol problema o dificultat vital. Per tant, en aquest treball, considerem l'ingent cos d'investigació sorgit al voltant de la PsP, amb estudis rigorosos i ben dissenyats, com els maons amb els quals construir la nostra intervenció.

En qualsevol cas, des del nostre punt de vista i com explicarem més endavant, el paper de la PsP ha de ser el de complementar una intervenció que, al nostre judici, descansa en l'ACT.

1.3 Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT)

Actualment no existeix un protocol d'elecció per al tractament dels TA. La intervenció realitzada continua dependent de la decisió del terapeuta, la qual es

basa, principalment, en les característiques del cas particular que té al davant (i possiblement també en les seues pròpies competències).

Només existeix la recomanació general d'utilitzar estratègies cognitiu-conductuals, treballar les dificultats particulars de la persona per a fer front a l'estrès i generar un entorn de suport i seguretat al voltant del pacient (Baños, Guillén, Botella, García, Jorquera i Quero, 2008).

Aquestes teràpies de segona generació se sustenten sobre la idea que la conducta humana està dominada per l'aparell cognitiu de la persona (records, pensaments, creences, etc.). Per tant, si sorgeixen anomalies, l'estratègia és modificar aquests continguts cognitius per a provocar el canvi sobre la conducta. En aquest cas, els esdeveniments privats que tem el subjecte. No obstant això, s'ha demostrat que no només és molt difícil modificar els continguts mentals quan aquests són recurrents, angoixants o tempestuosos sinó que, a més, l'esforç per intentar canviar-los els alimenta i els enforteix (Luciano, Páez-Blarrina i Valdivia, 2006).

Nosaltres, en aquesta proposta d'intervenció, apostem per l'ACT perquè pensem que l'estratègia per a abordar els TA no ha de passar per eliminar pensaments, records o emocions sinó indagar sobre quina és la seua funció, acceptant la seua existència i enfocant l'energia de la persona no a lluitar contra ells sinó a dirigir la seua conducta cap a allò que és realment important en la seua vida. Veurem més endavant, amb més detall, quines són les idees que sustenten aquesta manera de procedir.

1.4 Compatibilitat entre ACT i PsP

L'ACT i la PsP són dues teràpies que, per separat, han demostrat la seua eficàcia per a diversos trastorns mitjançant una quantitat important d'estudis científics metodològicament rigorosos. No obstant això, si consultem la literatura disponible, nosaltres no hem trobat una proposta de tractament dels TA que combine l'ACT amb la PsP.

Des del nostre punt de vista, per les característiques descrites fins al moment, pensem que poden ser sèries candidates a oferir una resposta a aquesta necessitat de trobar un protocol eficaç per al tractament dels TA. Per tant, és important explicar de quina manera pensem que s'han d'articular aquestes dues teràpies per a donar lloc a la nostra intervenció.

L'ACT i la PsP semblen properes en alguns sentits però difereixen en aspectes clau tant teòrics com pràctics. D'acord amb Luciano *et al.*, (2006), hi ha una primera gran diferència entre elles. La PsP defensa que la psicologia no ha d'estar al servei de la patologia i, per aquesta raó, fomenta un canvi en la manera de treballar dels terapeutes, els quals han d'orientar els individus sobre com viure d'una manera més positiva, fomentant les fortaleses i prevenint l'aparició de la malaltia. En canvi, l'ACT, a diferència de la PsP, no valora els sentiments, records, emocions, etc., dels individus en funció de si són bons o dolents per tal de fomentar els primers.

La segona diferència és una conseqüència derivada de la primera. Una teràpia basada exclusivament en PsP genera subjectes l'objectiu dels quals és la persecució d'esdeveniments, pensaments o situacions positives i un rebuig de tot allò que és desagradable o negatiu. No obstant això, en la nostra opinió, això implica negar la naturalesa humana perquè el sofriment és inherent a la vida. Entenem que no hem de lluitar contra els esdeveniments privats negatius perquè aquests són inevitables. Si la conducta evitativa condueix a un augment de l'ansietat i a una vida més limitada, l'acceptació del que és negatiu i el compromís amb allò que realment és important per a nosaltres ens condueix cap a una vida rica i satisfactòria.

Per tant, la nostra intenció en aquest treball és incloure tècniques i estratègies de la PsP però sobre un protocol basat en els postulats de l'ACT. I és que, malgrat les diferències que hem apuntat, les dues teràpies tenen elements en comú que esperem que multipliquen els efectes terapèutics dels dos enfocaments per separat.

2. Revisió teòrica

És important realitzar una anàlisi de la situació actual en la qual es troben els tres eixos que componen el nostre estudi: TA, PsP i ACT perquè l'evidència científica existent és la base a partir de la qual seguir generant coneixement.

2.1 Trastorns Adaptatius

2.1.1 Dificultat diagnòstica

Aquest disseny d'intervenció naix amb la dificultat inherent al diagnòstic dels TA. El primer problema que trobem a l'hora de diagnosticar aquests trastorns és la dificultat d'establir els criteris que els defineixen i, per tant, l'encavalcament amb altres trastorns. En aquest sentit, els nostres referents a consultar són dos: el Manual de l'American Psychiatric Association o DSM-5 (2014) i el Manual de l'Organització Mundial de la Salut (CIE-10 i CIE-11). No obstant això, no hi ha un consens entre els dos manuals que ens permeta especificar amb claredat els criteris diagnòstics dels TA.

Per començar, el CIE-10 associa aquests trastorns amb una certa vulnerabilitat individual per a desenvolupar-los que descriu, literalment, com una "síndrome de vulnerabilitat a l'estrès" (Carta *et al.*, 2009). A més, d'acord amb Zelviene i Kazlauskas (2018) el CIE-11 ha actualitzat la definició dels Trastorns Adaptatius amb la introducció de dos símptomes principals: preocupació amb l'estressor i incapacitat per a adaptar-se a ell que interfereix en el funcionament quotidià.

D'altra banda, les dues classificacions també discrepen sobre la gravetat de la discapacitat en termes de funcionalitat i rendiment de la persona en l'àmbit social i de la seua vida diària.

El segon problema fa referència a la dificultat de diferenciar els TA amb una reacció normal i adaptativa a l'estrès generat per un esdeveniment de la vida. En aquest aspecte tant el DSM-5 com la CIE-10 posen l'èmfasi en el grau de malestar que l'estressor provoca en la persona així com la interferència en el seu funcionament habitual, però no hi ha una mesura objectiva per a diferenciar normalitat i patologia. En la pràctica, això es tradueix en el fet que el professional de la salut ha de valorar el grau de discapacitat que presenta el pacient a partir, per exemple, de comparar el seu malestar amb el que és "esperable" d'acord amb la seua població de referència.

En definitiva, tot això es tradueix en el fet que els TA es diagnostiquen més per descart o eliminació que no per compliment dels seus criteris.

Aquí considerem que una aportació interessant per a consultar és la de Brown i Harris (1978, a Carta *et al.*, 2009) que estudien el paper de la subjectivitat en el desenvolupament del trastorn. D'acord amb els autors, les dificultats diagnòstiques es relacionen amb el fet que el mateix esdeveniment pot ser molt traumàtic per a una persona i gens traumàtic per altra.

2.1.2 Avaluació i instruments d'avaluació dels TA

Són diversos els aspectes que d'acord amb Caballo *et al.*, (2006) hem d'avaluar en el cas dels TA. Segons els autors hem d'analitzar les característiques de l'esdeveniment que ha provocat la resposta d'estrès, variables de tipus cognitiu com la percepció de l'individu sobre l'amenaça que suposa aquest esdeveniment, les respostes fisiològiques, emocionals i comportamentals que presenta la persona, els trets personals que la poden fer més vulnerable a l'estrès o el seu estat de salut, entre altres.

A l'hora de dissenyar el protocol d'avaluació del nostre estudi, hem tingut present també l'àmplia varietat d'instruments que proposen aquests autors. Entre ells destaquem l'entrevista clínica, les tècniques d'observació i autoobservació, els registres psicofisiològics i una gran varietat de qüestionaris i inventaris per a avaluar l'estrès (Annex 11.2). En aquest sentit considerem rellevant remarcar que és important avaluar no només aquells esdeveniments vitals majors sinó també aquells més quotidians i de menor intensitat però que se succeeixen amb molta més freqüència en la vida de les persones.

2.1.3 Tractament dels TA

L'any 2001, Casey, Dowrick i Wilkinson (a Vázquez i Hervás, 2008), ja afirmaven que en els darrers 25 anys el nombre d'articles publicats en revistes científiques dedicats als TA era inferior a 30. La recerca realitzada des d'aquest any fins a l'actualitat no incrementa els resultats de manera significativa. Fet que contrasta amb el creixent interès que altres trastorns com el Trastorn d'Estrès Posttraumàtic han despertat durant aquest mateix període.

Pel que fa al tractament dels TA, hi ha acord general a considerar que la psicoteràpia és el tractament d'elecció, tot i que segons Carta *et al.*, (2009) la manca d'estudis i assajos clínics controlats fa que no siga possible afirmar quin tipus de psicoteràpia és la més útil i eficaç. De fet, no només hi ha pocs estudis sinó que els que hi ha utilitzen diferents aproximacions terapèutiques en funció dels pacients als quals s'apliquen i, a més, presenten problemes metodològics greus (Casey i Bailey, 2011, a Quero *et al.*, 2017).

A continuació, analitzarem alguns dels treballs previs més rellevants en relació amb el tractament d'aquests trastorns i que constitueixen els pilars a partir dels quals construir la nostra proposta d'intervenció.

D'acord amb Baños i col·laboradors (2008), hi ha la recomanació general d'utilitzar estratègies basades en tècniques cognitiu-conductuals però alhora, l'evidència científica disponible fa dubtar sobre la idoneïtat d'aquest tipus de tractament, especialment pel que fa a trastorns amb components d'ansietat i d'evitació experiencial (Luciano *et al.*, 2006). D'aquí sorgeix la necessitat d'intervencions com la que proposem i que està encaminada a anar cobrint a poc a poc aquest buit generat per la manca d'un manual efectiu per al tractament d'aquests trastorns.

Hi ha alguns treballs previs sobre l'eficàcia de la psicoteràpia breu en trastorns depressius lleus. És el cas de Maina *et al.*, (2005, a Carta *et al.*, 2009) i, per les similituds dels símptomes amb alguns dels subtipus de TA, això podria orientar la realització d'estudis seguint aquesta via. No obstant això, es tracta de teràpies centrades més en la solució per a ajudar la persona a afrontar un problema puntual i no tant a eliminar un patró general d'acció i pensament limitant.

Van der Klink, Blonk, Schene i Van Dijk (2003) van elaborar una proposta de tractament breu per als TA que es va realitzar sobre un grup de treballadors de baixa laboral a causa d'un trastorn adaptatiu. L'objectiu de la intervenció era reduir la intensitat dels símptomes i augmentar els recursos psicològics dels subjectes per a reduir el temps que passaven de baixa en comparació amb altres treballadors que rebien tractament psicològic estàndard. La intervenció, basada en els principis de contingència temporal i tractament cognitiu-conductual (com estratègies d'inoculació d'estrès o de solució de problemes), va demostrar ser exitosa a l'hora de reduir l'absentisme a llarg termini però no va aconseguir reduir la intensitat dels símptomes en el grup experimental en relació amb el grup control.

2.2 Psicologia Positiva

Pel que fa als referents teòrics de la PsP destaquem, en primer lloc, la Teoria oberta i construïda de les emocions positives de Bárbara Fredrickson (1998, 2001, a Vecina, 2006). Aquesta sosté que les emocions positives tenen la propietat d'ampliar els repertoris de pensament i acció de les persones, construint així reserves de recursos físics, intel·lectuals, psicològics i socials que serien de gran utilitat en els moments crítics de la vida. A més, aquests

patrons de pensament més oberts, més flexibles, afavoreixen el pensament creatiu a l'hora de resoldre problemes, prendre decisions, trobar nous camins en el nostre patró de comportament, etc.

En definitiva, d'acord amb Vecina (2006), podem dir que les emocions positives alimenten la resiliència psicològica i la capacitat de les persones per a afrontar l'adversitat. De fet, les emocions positives han demostrat una capacitat protectora davant la depressió i per a incrementar els nivells de benestar futur de les persones, fins i tot, després d'haver viscut un succés dramàtic (Fredrickson, Tugade, Waugh i Larkin, 2003, a Vecina, 2006).

D'altra banda, recomanem consultar l'anàlisi exhaustiva sobre el caràcter i les fortaleeses i virtuts que van realitzar Peterson i Seligman l'any 2004. Aquest treball, que tractava de realitzar una classificació dels nostres aspectes positius, va arribar a la conclusió que hi havia 24 fortaleeses de caràcter que van agrupar en 6 virtuts: coratge, humanitat, transcendència, moderació, justícia, saviesa i coneixement.

D'aquesta manera, proposem allunyar-nos d'un model que concep l'ésser humà com a passiu i centrar-nos en el Model de Potenciació o Competència, que promou dos recursos personals positius, el poder i el control, i que en la pràctica es tradueixen en una més gran capacitat de les persones per a enfrontar l'adversitat de la vida quotidiana i els esdeveniments estressants.

En definitiva, es tracta de centrar-nos no tant en la causa que porta a un subjecte a desenvolupar un trastorn sinó en perquè les persones no el desenvolupen malgrat les experiències vitals negatives (Vázquez i Hervás, 2008).

Pel que fa a l'efectivitat demostrada per la PsP, hem de destacar la metaanàlisi realitzada per Sin i Lyubomirsky (2009) en la qual s'analitzen 51 intervencions realitzades sobre un total de 4266 individus i que va aportar evidència científica significativa malgrat que no ens proporciona un protocol d'intervenció únic i estructurat a l'hora d'implementar el tractament.

2.3 Teràpia d'Acceptació i Compromís

La Teràpia d'Acceptació i Compromís és coneguda per les seues sigles en anglès (Acceptance and Commitment Therapy). El manual original va ser publicat l'any 1999 per Hayes, Stroschal i Wilson però, com apunten Wilson i

Luciano (2009), són molts els manuals que introdueixen modificacions sobre els components bàsics de l'ACT.

Aquesta teràpia, com el seu propi nom indica, es defineix mitjançant dos elements principals: el primer, l'acceptació i, el segon, el compromís.

A grans trets, l'acceptació ens convida a abordar la nostra experiència interna (emocions, pensaments, sentiments, records...) amb una actitud d'apertura i disposició amb independència que aquests continguts siguin desagradables. Això no implica resignar-nos a les circumstàncies, significa deixar d'evitar i de lluitar contra aquests continguts perquè el contrari ens porta al sofriment (Jurado, 2017). En canvi, el fet d'experimentar el malestar perquè allò que volem fer és important per a nosaltres ens aproxima a superar el trastorn i a una vida més plena. Aquesta invitació a treballar per aconseguir allò que és valuós per a nosaltres constitueix la segona premissa de l'ACT: l'acció amb compromís. I és el vincle entre aquesta teràpia i el seu origen conductual.

D'acord amb Luciano *et al.*, (2006) l'ACT s'estructura al voltant de dues idees fonamentals. La primera és que el sofriment és inevitable per a l'ésser humà amb capacitat verbal. La segona, la ineficàcia d'intentar controlar els esdeveniments privats. Els pensaments que justifiquen les conductes evitatives, d'acord amb Eiroá, Fernández i Nieto (2016) són útils i adaptatius a curt termini perquè redueixen el malestar més immediat però a llarg termini empitjoren el problema perquè aquestes conductes tendeixen a fer-se més freqüents i a envair altres àmbits de la vida de les persones.

Segons Hayes, Barnes-Holmes i Roche (2001, a Jurado, 2017) l'ACT és fonamental en la Teoria del Marc Relacional. Aquest model teòric considera que els processos del llenguatge i la cognició humana interactuen amb la nostra experiència influint sobre la nostra conducta. És a dir, que el significat que atorguem al món pot dirigir o modificar el nostre comportament, fent que siga o no congruent amb allò que és important per a nosaltres. Tenint en compte que un dels nostres instints més bàsics és evitar aquelles situacions que ens provoquen malestar o sofriment, utilitzem estratègies de control i evitació davant d'aquests esdeveniments, sense adonar-nos que, sovint, això potencia el nostre malestar i alimenta el problema.

Per tant, un dels objectius de l'ACT consisteix a promoure una més gran flexibilitat cognitiva, evitant recórrer una vegada i una altra a les mateixes estratègies i proporcionant als subjectes nous patrons de comportament, alternatives a la fugida i l'evitació experiencial. El patró inflexible que busca evitar i suprimir els esdeveniments privats negatius o desagradables provoca un efecte bumerang segons el qual aquest malestar no només torna a fer-se present de manera reiterada sinó que, a més, s'intensifica. La conseqüència és que a llarg termini el subjecte acaba dedicat exclusivament a aquesta tasca d'evitar i lluitar contra els esdeveniments en lloc de centrar-se en aquelles accions orientades a allò que és realment important per a ell en la seua vida (Luciano *et al.*, 2006).

En conclusió, d'acord amb Wilson i Luciano (2009), el plantejament de l'ACT seria radicalment oposat al del tractament cognitiu-conductual perquè considera que la lluita per no experimentar els esdeveniments aversius i per eliminar allò que ens fa sofrir és el problema. La persona s'esforça a fugir d'aquests esdeveniments i el que obté a canvi és una vida encara més limitada. La proposta de l'ACT segons les autores, i des de la qual construïm la nostra intervenció, és centrar el treball no en els símptomes sinó en els valors de la persona. L'objectiu és deixar de lluitar contra allò que provoca el sofriment i acceptar tot el que no pot ser canviat, com un compromís amb la vida i tot el que ens ofereix.

Actualment, els mètodes clínics utilitzats en l'ACT són diversos. Segons Wilson i Luciano (2009) destaquen tres: les paradoxes, les metàfores i els exercicis experiencials. L'objectiu de les metàfores és desplaçar l'atenció de la lògica de les raons que justifiquen la conducta evasiva cap a l'experiència personal del subjecte. Serveixen per a qüestionar la racionalitat del comportament del subjecte sense discutir la seua lògica sinó mitjançant l'experimentació dels esdeveniments privats.

Pel que fa a les paradoxes, hem de tenir present que en si mateix ja és una paradoxa el fet que tractar de reduir l'ansietat mitjançant el seu control fa augmentar l'ansietat. Per tant, l'ús de les paradoxes ajuda a veure les contradiccions que existeixen en aquests trastorns.

Finalment, els exercicis experiencials són una tècnica fonamental perquè permeten experimentar les situacions temudes en un context controlat, en

companyia del terapeuta. Així, en un entorn segur, es poden generar nous contextos verbals per al contingut que provoca la reacció temuda. Quedar-nos en els símptomes és quedar-nos en la superfície del problema. I no ens proporcionarà l'aprenentatge i el coneixement necessari per a afrontar noves dificultats.

Pel que fa a la seua eficàcia, d'acord amb Jurado (2017), l'ACT és un model de psicoteràpia internacionalment reconegut especialment per la seua aplicabilitat a una àmplia varietat de trastorns. Ha demostrat ser tan efectiva com altres models de teràpia tradicional com, per exemple, la cognitiu-conductual per al tractament dels trastorns d'ansietat i depressió (Hacker, Stone i Macbeth, 2016, a Jurado, 2017), problemes d'abús de substàncies o addicció i els problemes d'índole somàtic (A-Tjak *et al.*, 2015, a Jurado, 2017).

L'ACT ha demostrat ser eficaç i efectiva quan s'han realitzat estudis controlats i metodològicament rigorosos per a diversos trastorns. En aquest sentit, es pot consultar el text de Wilson i Luciano (2009) per a veure els detalls dels estudis que les autores enumeren en relació amb el trastorn d'evitació experiencial, trastorns afectius (principalment simptomatologia depressiva), trastorns d'ansietat, anorèxia i bulímia, trastorns per dol, psicòtics, dolor crònic, addiccions (Páez, 2019) o càncer, entre altres. D'aquests estudis es desprèn, a més, que la teràpia és flexible, és a dir, s'ajusta a diferents trastorns i a les circumstàncies de les persones i que inclou en el procés terapèutic l'afrontament de recaigudes.

D'altra banda, també comptem amb la informació científica de qualitat que ens proporcionen revisions sistemàtiques de treballs sobre l'efectivitat de l'ACT en diversos trastorns. Un d'aquests estudis a destacar seria el de García i Tamayo (2019) sobre pacients amb càncer. En aquest treball es van seleccionar més de 100 articles, tot i que a la revisió final es van incloure 8 que seguien un disseny experimental o quasiexperimental. Amb les dades recollides, els autors van concloure que l'ACT va generar una millora a mitjà i llarg termini en variables com ansietat, depressió, acceptació, qualitat de vida, distrès i flexibilitat psicològica, demostrant, a més, ser una teràpia més eficaç que altres.

Per últim, possiblement un dels treballs més rellevants en el camp del tractament dels TA és el de Baños, *et al.*, (2008). Els autors van dissenyar el

que fins ara sembla el programa més paregut a un protocol per al tractament dels trastorns adaptatius.

3. Problema

D'acord amb el que hem comentat fins aquí, els TA són uns dels trastorns més diagnosticats entre la població i tenen la capacitat de reduir substancialment la qualitat de vida de les persones que els pateixen. Són també causa de baixes laborals i tenen un impacte econòmic destacat en la societat.

No obstant això, els TA suposen un repte per al diagnòstic i, com a conseqüència, les dades sobre la seua prevalença són poc fiables o inconsistents. Els professionals de la salut fan equilibris entre el subdiagnòstic (per la similitud amb altres trastorns) i la patologització de les reaccions normals als esdeveniments estressants de la vida. El resultat, com hem vist fins ara és que hi ha una tendència a utilitzar aquesta etiqueta diagnòstica com a categoria residual, és a dir, quan els símptomes no coincideixen amb els previstos per a cap altre trastorn.

La realitat és que malgrat el seu impacte sobre els individus i el conjunt de la població, hi ha hagut un escàs interès científic per aquests trastorns i, concretament, pel seu tractament. La manca d'estudis rigorosos que s'ha evidenciat en l'apartat anterior justifica la necessitat de seguir investigant en aquesta línia per a omplir a poc a poc aquest buit de coneixement.

Des del nostre punt de vista, una de les mancances més greus és l'absència d'un protocol o tractament d'elecció per als TA. Només hi ha consens en afirmar que s'ha d'utilitzar psicoteràpia per damunt de tractaments farmacològics però no hi ha opinió unànime ni evidència científica sobre quin tipus de teràpia és el més adequat.

Comunament s'ha utilitzat la teràpia de tall cognitiu-conductual però hi ha un sector de la psicologia que afirma que aquest tipus d'abordatge no és el més idoni especialment quan els trastorns inclouen components d'ansietat o evitació experiencial. En canvi, sí que hi ha evidència sobre els beneficis que altres teràpies, com les teràpies de tercera generació, poden tenir sobre aquests aspectes vinculats als TA.

Entre aquestes teràpies trobem l'ACT i la PsP. Com hem vist, sí que hi ha evidència científica sobre la idoneïtat d'aplicar l'ACT en trastorns de tipus evitatiu i/o ansiós i d'aplicar la PsP en els TA però no hi ha un protocol científicament contrastat i validat que aprofite els possibles beneficis d'abordar el tractament dels TA a partir d'una combinació de les dues teràpies.

4. Objectius i/o hipòtesis

Una vegada plantejat el problema, l'objectiu d'aquest treball és comprovar l'eficàcia de la combinació de l'ACT i la PsP per al tractament dels TA i, així, generar coneixement nou que ajude a afrontar aquests trastorns que tant poc d'interès han suscitat per la indefinició que els caracteritza.

Les preguntes que es deriven del problema que hem plantejat en l'apartat anterior són les següents:

- 1) És eficaç una combinació d'ACT i PsP per al tractament dels TA?
- 2) En cas afirmatiu, els resultats obtinguts perduren al llarg del temps?

D'aquestes preguntes se'n deriven dos objectius principals. En primer lloc, volem demostrar que la combinació d'ACT i PsP és efectiva per al tractament dels TA. I, en segon lloc, que els resultats obtinguts es mantenen després de 6 mesos des de la finalització del tractament.

5. Propòsit de la intervenció

En definitiva, la finalitat última d'aquest disseny d'intervenció és demostrar d'una manera experimental, científica i metodològicament rigorosa que el protocol proposat és vàlid per al tractament dels TA. Això ens obriria la porta a futures investigacions en les quals podrem comparar l'eficàcia d'aquesta intervenció amb altres. Així, aconseguiríem reduir el buit de coneixement sobre quina és la millor manera d'abordar aquest tipus de trastorns.

D'altra banda, en coherència amb el tipus d'intervenció que proposem, pel que fa al primer objectiu estimem que l'abordatge és efectiu si observem no només una reducció de la simptomatologia presentada pels subjectes sotmesos al tractament sinó també una millora en la qualitat de vida de la persona. I, pel que fa al segon objectiu, considerem que un requisit fonamental

per a poder afirmar que el disseny és apropiat és assegurar que la millora es manté més enllà del període de tractament. Concretament hem considerat que els resultats obtinguts han de mantenir-se sis mesos després de la finalització de la teràpia.

6. Mètode

6.1 Disseny de la intervenció

El disseny que proposem parteix d'una filosofia de treball en la qual els esforços i energies durant la teràpia no estan centrats en la reducció de la simptomatologia dels participants. En canvi, perseguim que els subjectes avancen en allò que és important per a ells i per a les seues vides. No obstant això, davant la carència d'instruments específics per a mesurar allò que nosaltres volem estudiar, utilitzarem diversos instruments clàssics per a mesurar variables dependents com ansietat, estrès, funcionament general de l'individu, l'evitació experiencial, qualitat de vida o acceptació psicològica. Considerem que, si bé no podem mesurar de manera clara i objectiva el funcionament de les persones, aquest i el seu malestar es tradueix en determinades puntuacions en aquestes altres variables que, en conjunt, ens poden donar una idea global de l'estat general dels participants en l'estudi i proporcionar-nos un feedback sobre el canvi experimentat després d'haver administrat el tractament. D'altra banda, la variable independent és l'aplicació de la teràpia combinada d'ACT i PsP.

El model d'intervenció que proposem és un disseny experimental en el qual els participants són dividits de manera aleatòria en dos grups: grup experimental (N=34) i grup control (N=34). D'acord amb León i Montero (2012) aquest tipus d'assignació estableix que podem aconseguir dos grups equilibrats pel que fa a les variables estranyes vinculades a les diferències individuals. O, almenys, que aquestes es repartisquen de manera no esbiaixada. El grup experimental se sotmetrà a la variable independent mentre que el grup control rebrà acompanyament psicològic bàsic.

L'objectiu és controlar al màxim les possibles variables estranyes que puguin afectar la relació entre variables dependents i variable independent per

a poder afirmar que els canvis són conseqüència de la implementació del tractament.

El procediment contempla una avaluació pre i post tractament i el seguiment 6 mesos després de la finalització de la intervenció. Per tant, tindrà una durada total aproximada d'11 mesos a partir del moment que tinguem un llistat definitiu i suficient de participants.

Aquesta durada es reparteix en diverses fases:

1. Fase de pretractament: es revisen els criteris d'inclusió i exclusió de cada participant i s'administren els diferents instruments de mesura previstos. Durada: 2 setmanes.
2. Fase de tractament: s'implementa el protocol en el cas del grup experimental i es faran les sessions amb el terapeuta en el cas del grup control. Durada: 1 sessió setmanal durant 10 setmanes.
3. Fase de posttractament: tornem a avaluar els participants amb els diferents instruments de mesura. Durada: 2 setmanes.
4. Fase de seguiment: 6 mesos després de la finalització del tractament, tornem a avaluar els participants amb els diferents instruments. Durada: 2 setmanes.

Per a elaborar el disseny ens hem basat en dues obres de referència. D'una banda, l'aplicació de la Teràpia d'Acceptació i Compromís proposta per Wilson i Luciano (2009) i el programa de tractament per als Trastorns Adaptatius de Baños i col·laboradors (2008). Aquest darrer treball és un programa cognitiu-conductual que inclou estratègies de Psicologia Positiva.

6.2 Participants

Els participants de l'estudi seran 68 individus majors d'edat, d'ambdós sexes, seleccionats mitjançant mostreig no probabilístic i per conveniència (Salamanca i Martín-Crespo, 2007). Per a determinar la grandària de la mostra necessària utilitzem el càlcul per a dues mitjanes independents, acceptant un risc alfa de 0,05 (interval de confiança del 95%) i un risc beta inferior al 0,2 (potència d'anàlisi del 80%). A més, hem considerat que havíem d'assignar el mateix nombre de subjectes a cada grup i que, tenint en compte que esperem algun tipus de diferència entre els resultats del grup experimental i el grup control, farem un contrast unilateral.

Basant-nos en treballs anteriors (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot i Botella, 2017; Salgado, Luciano i Gutiérrez, 2013), s'assumeix que la desviació estàndard comuna és 1, que l'efecte esperat del tractament seria, de mitjana, inferior a una desviació típica (concretament 0,64) amb una taxa esperada de pèrdues de seguiment del 10%.

Contactarem amb els participants a través del servei d'assistència psicològica de l'Hospital La Fe de València. Col·laborarem amb els professionals del departament perquè, quan arribe un pacient amb simptomatologia compatible amb el Trastorn Adaptatiu, aquest siga informat de l'existència del nostre estudi. Al pacient se li facilitarà una via de comunicació amb el nostre equip per a explicar-li amb detall en què consisteix i obtenir les seues dades personals en cas d'estar interessat/da en participar.

Entenem que els pacients que compleixen amb els criteris diagnòstics i accepten formar part de l'estudi poden ser considerats representatius de l'univers que formen les persones afectades per TA. En principi, les característiques sociodemogràfiques d'aquests pacients no haurien de ser significatives pel que fa al desenvolupament del trastorn. També per aquest motiu pensem que és important que la captació es faça mitjançant el servei públic de salut.

Els criteris d'inclusió són complir amb els criteris diagnòstics del DSM-5 o CIE-10. A més, s'accepta qualsevol diagnòstic de TA amb independència del subtipus que es presente. Pel que fa a aquest aspecte, tenint en compte les dades de prevalença en la població, podem presumir que la majoria dels pacients presentaran símptomes relacionats amb ansietat, depressió, mixt entre els dos o alteració de la conducta (principalment de caràcter evitatiu).

En principi no es realitzarà cap distinció en relació amb la naturalesa de l'esdeveniment estressant que ha generat la resposta no adaptativa. Ni tampoc serà motiu d'exclusió el fet de prendre algun tipus de fàrmac receptat prèviament. No obstant això, no podran modificar la medicació ni la dosis d'aquesta durant la durada de l'estudi, sent això motiu d'expulsió. A més, no podran participar en l'estudi pacients que presenten comorbiditat amb altres trastorns com addiccions o abús de substàncies.

Un altre criteri d'exclusió serà complir amb els criteris diagnòstics per a un altre trastorn, si es tracta de l'agreujament d'un trastorn preexistent o si els

síntomes són una reacció normal de dol. Tots aquests supòsits són incompatibles amb un diagnòstic de TA d'acord amb els manuals de referència (DSM-5 i CIE-10).

Pel que fa a l'aspecte ètic, les dades personals dels participants estaran protegides en tot moment d'acord amb els criteris de confidencialitat establerts pel codi deontològic del COPCV. Així, a l'inici del procediment, s'informarà els participants dels termes de confidencialitat de l'estudi i ens signaran els documents que acrediten que han sigut degudament informats i que entenen els termes en els quals es durà a terme la present intervenció.

Més enllà de la protecció de les dades personals, se'ns planteja un altre dubte ètic en relació amb el tractament que reben els subjectes en funció del grup al qual són adscrits. Com hem comentat abans, es tracta d'una assignació aleatòria i mentre el grup experimental rebrà el tractament combinat d'ACT i PsP, el grup control rebrà acompanyament psicològic bàsic. En primer lloc, per a reduir un biaix subjectiu sobre el tractament, pensem que tots els participants han de rebre algun tipus de teràpia. És a dir, els participants no sabran en cap moment si estan rebent el tractament sotmès a estudi o no. En segon lloc, tenint en compte que tots els pacients de l'estudi reben el diagnòstic de TA, veiem important que els membres del grup control també siguin atesos pel servei de salut mental. No obstant això, aquests només acudirán a les sessions amb un terapeuta i durant aquest temps interaccionaran amb el professional i parlaran sobre les seues preocupacions però sense seguir un tractament amb un protocol específic.

6.3 Instruments

Són molts i molt diversos els instruments que estan al nostre abast per a avaluar tant els Trastorns d'Adaptació com per a recollir la informació que necessitem per a poder afirmar que el protocol és eficaç a l'hora de tractar els TA. En aquest sentit, hem seguit tant les recomanacions de Caballo, *et al.*, (2006) com l'evidència aportada per diversos estudis anteriors (Herrero i Cano, 2010; Baños *et al.*, 2008; Quero *et al.*, 2017).

En primer lloc, hem comentat que en una primera fase hem de revisar els criteris d'inclusió i exclusió dels participants. Per tant, el primer i més important és confirmar el diagnòstic de TA i, amb aquest objectiu, utilitzarem l'entrevista

clínica. No obstant això, de cara a replicar aquest treball hem de puntualitzar que l'entrevista només serveix per a confirmar els criteris diagnòstics sempre que incloga preguntes que ens proporcionen informació sobre determinats aspectes. Concretament, si existeix una relació entre el malestar i un esdeveniment estressant percebuda pel subjecte, si a conseqüència d'aquest esdeveniment hi ha una afectació en àrees de la seua vida com la laboral o l'activitat social, es confirma que no hi ha un altre trastorn o els símptomes no es poden atribuir a una reacció de dol, entre altres.

L'entrevista ens permet, a més, recopilar informació rellevant sobre el funcionament cognitiu de l'individu (processament de la informació, judicis, etc.), estratègies d'afrontament, dades sobre el seu entorn familiar, estat de salut i història clínica així com informació no verbal a partir de la seua postura, gestos, expressions, to de veu, entre altres.

També administrarem la versió adaptada a l'espanyol del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). Aquest qüestionari mesura dos constructes directament vinculats amb els TA: l'evitació experiencial i la inflexibilitat psicològica, i ens proporciona informació sobre la qualitat de vida dels subjectes. L'estudi de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas i Beltrán (2013) va demostrar que la traducció del AAQ-II a l'espanyol és una mesura vàlida i fiable dels dos constructes. Per a afirmar-ho, es van analitzar 6 mostres (amb un total de 712 participants) i la consistència interna mesurada entre les diferents mostres va ser bona (entre $\alpha = .75$ i $\alpha = .93$). Va haver-hi diferències estadísticament significatives entre les mostres clíniques i no clíniques i l'anàlisi factorial realitzat sobre el total de les mostres va donar resultat unifactorial.

El qüestionari consta de 7 preguntes que es valoren en una escala Likert de 7 punts i que reflecteixen la manca de voluntat per a no experimentar emocions i pensaments no desitjats així com la incapacitat per a estar en el moment present i comportar-se cap a accions dirigides per valors.

Un altre instrument interessant per als nostres objectius és l'Escala d'Inadaptació (EI) en la seua versió adaptada d'Echeburúa, Corral i Fernández-Montalvo (2000). És una escala breu de 6 ítems que ens permet avaluar el grau d'inadaptació als esdeveniments de la vida quotidiana com treball o estudis, vida social, temps lliure, relació de parella o vida familiar, així com el grau de deteriorament que l'estressor provoca en diverses àrees de la vida de la

persona. Les primeres cinc preguntes són específiques d'àmbits concrets de la vida quotidiana mentre que el darrer ítem és global i reflecteix el grau d'inadaptació global. Les respostes a les preguntes oscil·len entre 0 (no hi ha interferència) a 5 (interferència molt elevada) en una escala tipus Likert. Els estudis indiquen que l'instrument té bones propietats psicomètriques (consistència interna satisfactòria, validesa de contingut, discriminant i convergent adequada) i que és sensible a l'hora d'avaluar els canvis provocats arran dels tractaments.

Per a mesurar l'impacte d'esdeveniments vitals estressants administrem l'adaptació espanyola de l'escala de Holmes i Rahe (Social Readjustment Rating Scale, SRRS, 1967) de González de Rivera i Morera (1983), anomenada Escala d'esdeveniments vitals. L'instrument consta de 61 ítems que representen diversos esdeveniments de la vida diària de diferents àmbits: família, salut, relacions socials, laboral, etc. Cadascun d'ells ha de ser valorat pel subjecte i rep una puntuació entre 0 i 100 (impacte mínim i màxim respectivament).

Amb l'objectiu d'obtenir una mesura del grau d'estrès quotidià utilitzem l'Inventari quotidià d'esdeveniments estressants (Daily Inventory of Stressful Events, DISE) d'Almeida, Wethington i Kessler (2002). Aquest qüestionari és un instrument d'autoinforme que avalua mitjançant una sèrie de preguntes estructurades i semiestructurades les experiències estressants al final del dia al llarg de diversos dies. Es tracta d'una eina interessant perquè ens permet discriminar quins subjectes tenen i quins no tenen un risc significatiu de desenvolupar una disfunció relacionada amb l'estrès així com quins moments en la vida de la persona són més susceptibles de generar estrès i, com a conseqüència, comportaments poc saludables.

L'instrument més utilitzat a l'hora de mesurar les conductes d'afrontament és l'Escala de maneres d'afrontament (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) de Lazarus i Folkman. Aliaga (1996) defensa que això es deu segurament al fet que els seus autors són dos referents clau en l'estudi de l'estrès. No obstant això, tant Aliaga com altres autors consideren aquest qüestionari com a poc fiable i de sospitosa validesa a causa de defectes inherents al mateix instrument així com d'errors derivats del seu ús. Per aquesta raó, nosaltres ens decantem per utilitzar el Qüestionari d'Afrontament de l'Estrès (CAE) de Sandín

i Chorot (2003). D'acord amb els seus autors, aquest consta de 42 ítems dissenyats per a avaluar 7 estils bàsics d'afrontament: focalitzat en la solució del problema, autofocalització negativa, evitació, reavaluació positiva, expressió emocional oberta, cerca de suport social i religió. L'estudi realitzat per a la validació d'aquest instrument va demostrar que en una mostra de 592 subjectes els coeficients de fiabilitat de Cronbach per a les diferents escales oscil·laven entre 0,64 i 0,92 (amb una mitjana de 0,79).

Per últim, utilitzarem l'Escala d'Afecte Positiu i Negatiu (Positive and Negative Affect Scales, PANAS) de Watson, Clark i Tellegen (1988) en la seua versió adaptada a l'espanyol per Sandín *et al.*, (1999). El qüestionari de 20 ítems avalua les dimensions positives i negatives de l'afecte. Ho fa mitjançant la valoració que cada subjecte realitza de cada ítem d'acord amb una escala en la qual l'1 representa "gens o lleugerament" i 5 significa "molt". Cada valor representa el grau en el qual els diferents adjectius representen més fidelment l'estat d'ànim en el qual es troba l'individu en el moment de respondre el qüestionari. Com a resultat s'obtenen puntuacions per a dues subescales: afecte positiu i afecte negatiu. D'acord amb Sandín *et al.*, l'instrument en la seua versió espanyola té propietats psicomètriques excel·lents, amb una elevada consistència interna i una fiabilitat test-retest bona.

Per últim i només en els casos de diagnòstic de TA amb components d'ansietat i depressió administrarem també l'Inventari de Situacions i Respostes d'Ansietat (ISRA) publicat l'any 1986 per Miguel i Cano així com l'Inventari de Depressió de Beck (BDI-II) respectivament.

6.4 Procediment

A continuació explicarem amb detall cadascuna de les fases que componen el nostre disseny d'intervenció.

1. Fase de pretractament: és la fase anterior a l'inici de les sessions i té una durada de dues setmanes (1 cita setmanal) més una entrevista informativa per a la devolució dels resultats i la informació al pacient sobre el procediment a seguir a partir de la seua inclusió en el programa.

En aquesta fase s'han de realitzar diverses actuacions, la primera de les quals és aconseguir els recursos necessaris per a dur a terme la intervenció i suficients voluntaris que complisquen els criteris diagnòstics.

D'una banda, els recursos imprescindibles són de tres tipus: personals, físics i materials i econòmics. Els recursos personals són principalment els terapeutes especialitzats en ACT per a implementar el tractament. Aquests seran reclutats i formats en el protocol que hem elaborat. Pel que fa als recursos físics farem servir les instal·lacions que el servei de salut mental públic té disponible en l'Hospital La Fe de València. I, en relació amb els recursos materials i econòmics, necessitarem les versions oficials i actualitzades dels qüestionaris que tenim pensat administrar als pacients així com material fungible d'oficina, cert equipament per a realitzar els exercicis previstos en cada sessió i recursos econòmics per a fer front a les despeses derivades principalment de la contractació de personal i les compres de material. Amb aquest objectiu s'analitzaran i demanaran les diferents subvencions que la Generalitat Valenciana posa a l'abast de personal d'investigació així com la col·laboració de l'Hospital La Fe de València. També podríem captar recursos acudint a diverses empreses de l'àmbit privat vinculades al món de la salut mental o a Organitzacions No Governamentals i/o associacions d'afectats per trastorns mentals vinculats als TA.

D'altra banda, necessitem comptar amb un volum suficient de pacients susceptibles de formar part de l'estudi perquè alguns d'ells poden quedar fora de la mostra una vegada hàgem realitzat els treballs de revisar els criteris d'inclusió i exclusió de cada participant.

Aquesta etapa té una durada variable i indeterminada perquè depèn de la quantitat de pacients amb els criteris diagnòstics que hi haja a la base de dades del servei de salut públic així com de la velocitat amb la qual es tramiten les ajudes i subvencions que demanem per a dur a terme la intervenció.

Una vegada aconseguits aquests recursos, la següent actuació estarà centrada en els participants en la intervenció. El protocol previst estableix que una vegada el personal del departament de salut de l'hospital detecta un pacient que rep el diagnòstic de TA (recordem aquí que són els trastorns més diagnosticats en clínica tant per psicòlegs com per psiquiatres), l'informaran de l'existència d'aquest estudi. Si es mostra interessat/da ens posarem en contacte posteriorment amb el pacient per a informar-lo amb més detall sobre la intervenció que volem dur a terme i resoldre possibles dubtes que li poden sorgir. El pacient serà informat ja aquí que qualsevol informació de caràcter

personal que siga proporcionada per ell o recollida per nosaltres al llarg de l'estudi és i serà absolutament confidencial. Aquells pacients que no vulguen participar en el programa que proposem, continuaran amb el procediment habitual i rebran atenció en el servei de salut mental de l'Hospital La Fe.

Amb els subjectes que accepten participar, passem a la següent etapa dins d'aquesta fase. Consisteix a administrar els instruments necessaris per a poder avaluar l'estat inicial dels pacients. Amb aquest objectiu convocarem a cada participant de l'estudi a una sessió individual amb un terapeuta assignat i format per a l'administració dels diferents instruments. El procediment està organitzat de la següent manera sempre tenint en compte els descansos necessaris entre l'administració d'un instrument i un altre:

Sessió 1 (setmana 1):

- Realització de l'Entrevista Clínica.
- Administració de l'AAQ-II.
- Administració de l'EI.
- Li proporcionem al pacient les instruccions de com s'ha d'omplir el DISE i li demanem que ho faça durant els pròxims 7 dies (fins a la següent sessió).

Sessió 2 (setmana 2):

- Recollim el DISE emplenat al llarg de la setmana anterior i agraïm l'esforç realitzat.
- Administració de PANAS.
- Administració de SRRS.
- Administració de CAE.
- Només en cas de ser necessari per la simptomatologia presentada pel pacient s'administraria també l'ISRA i/o BDI-II.

Posteriorment s'organitzarà una entrevista informativa amb cada participant per a comunicar-li els resultats així com la seua inclusió o no en el programa en funció dels criteris establerts anteriorment. S'agrairà el temps invertit a tots els subjectes, la informació recollida serà proporcionada al terapeuta que farà el seguiment en el cas de no ser admesos i els que continuen amb nosaltres ens signaran el consentiment informat per a participar.

Una vegada obtingut el llistat definitiu de participants, aquests seran assignats a un dels dos grups disponibles: grup control o grup experimental. Es

distribuïran també entre els terapeutes que hauran de dur a terme una intervenció o l'altra i es programaran les sessions de la següent setmana. Cada sessió tindrà una durada específica en funció del treball a realitzar i de la qual cada participant serà informat amb una setmana d'antelació. Aquestes tindran una hora determinada acordada sempre amb el pacient i es realitzaran en les instal·lacions de l'Hospital La Fe de València.

2. Fase de tractament: Inclou les sessions 1 a 10 i té una durada prevista de 10 setmanes. En aquesta fase s'implementa el protocol en el cas del grup experimental i es faran les sessions amb el terapeuta en el cas del grup control.

Primera sessió: establiment de la relació terapèutica d'acord amb l'ACT i psicoeducació.

La postura del terapeuta és centrar-se en el discurs del pacient atenent a aquells elements que ens proporcionen informació sobre què és rellevant per a ell, què vol construir en la seua vida, relegant els símptomes a un segon pla.

La figura del terapeuta no s'entén com un ésser superior al participant sinó, ans al contrari, com un company que treballa en la mateixa direcció evitant les actituds paternalistes i fomentant l'apoderament de la persona.

Pel que fa al llenguatge utilitzat és important anar desactivant els raonaments mitjançant l'ús de metàfores, paradoxes, etc. En una de les primeres accions, el terapeuta ha d'explicar al subjecte que no hi ha una distància entre ells, molt menys una dicotomia entre sa/malalt, competent/incompetent, sinó que tots experimentem el sofriment humà. Per a explicar la naturalesa de la relació entre terapeuta i participant podem utilitzar la metàfora dels dos escaladors (Wilson i Luciano, 2009, p. 113). Per a ajudar al participant a centrar-se en allò que és rellevant en la seua vida, pot ser útil la metàfora del jardí (Wilson i Luciano, 2009, p. 113-114).

Una vegada hem establert la naturalesa de la relació terapèutica d'acord amb l'ACT, passem a les tasques de psicoeducació. En aquest apartat parlarem sobre les reaccions que tenim als esdeveniments estressants i com, de vegades, aquestes deriven en situacions com la del participant. Li exposem que l'objectiu del tractament va més enllà de superar un problema concret, ja que es tracta d'enfortir la persona, fomentar el seu desenvolupament personal i aprendre quina és la part positiva de tenir problemes.

Altres aspectes que han de ser explicats en aquest punt són recordar que la teràpia està orientada als valors del participant i no a uns valors estàndard o generals. En segon lloc, que afrontar els problemes implica un dolor que no podem evitar però que serà un dolor amb sentit perquè només navegarem en ell quan aquest s'interposa entre el subjecte i els seus valors. Per a explicar aquesta idea podem utilitzar la metàfora de la dent malalta (Wilson i Luciano, 2009, p. 117).

Per acabar, exposarem quins són els principis que sostenen el tractament i les tècniques i estratègies que s'utilitzen. El primer principi ja és conegut però s'haurà de recordar en cada sessió: el tractament està orientat a la persona com a ésser individual, en la seua vida i els seus valors.

En segon lloc, tenint en compte que l'ACT té una naturalesa conductual, explicarem l'evitació experiencial com una "fòbia a l'experiència" i la tècnica emprada per a treballar aquest aspecte és l'exposició. Des d'aquest enfocament, el més important serà analitzar les respostes conductuals que el participant presenta davant l'estímul fòbic, no tant per a eliminar aquesta resposta sinó per a proporcionar-li alternatives que no facen que la seua vida siga cada vegada més limitada.

En tercer lloc, s'expliquen dues tècniques: desactivació de funcions i distanciament. L'objectiu a l'hora de respondre davant un pensament no sempre és actuar d'acord amb el contingut d'eixe pensament sinó simplement pensar que és un pensament i no fer res o, per contra, imaginar molts diversos escenaris en relació amb eixe pensament.

Per últim, el darrer principi que sosté la teràpia i que expliquem al participant és l'enfortiment. És el participant qui tria la direcció cap a la qual s'orienta el tractament i en cada sessió haurem de remarcar la contribució que aquest ha realitzat en l'avanç de la teràpia. El terapeuta aporta i acompanya, però no li diu què ha de fer amb la seua vida.

Segona sessió: remarcar la importància de dirigir els nostres actes cap a una direcció: els nostres valors.

Un dels objectius d'aquesta sessió és que el participant entenga la importància de dirigir els nostres actes d'acord amb els nostres valors així com la relació amb la situació que presenta en eixe moment. És a dir, tots els individus tenim una brúixola que ens marca la direcció que hem de seguir però

no ens han ensenyat a seguir aquestes indicacions. La situació que cada individu viu en aquest moment és conseqüència d'haver perdut l'habilitat per veure i seguir la brúixola interior. En aquest cas podem ajudar-nos de la metàfora del punt en l'horitzó i/o del conductor de l'autobús i els passatgers (Wilson i Luciano, 2009, p. 170-171). Així, començarem a establir les bases per al treball de clarificar quins són els valors del participant, tenint en compte que molts dels subjectes fa tant de temps que lluiten contra els esdeveniments privats que, fins i tot, han oblidat què és realment valuós en la seua vida.

A més, li proporcionem al participant el Formulari de Narració de Valors de Hayes *et al.*, (1999 a Wilson i Luciano, 2009, p. 160-161) i l'expliquem les instruccions perquè emplee el formulari a casa.

Tercera sessió: clarificar els valors del participant.

Comencem treballant amb el Formulari de Narració de Valors de Hayes *et al.*, que el participant ha realitzat aquests dies a casa. A continuació realitzem dos exercicis: L'epitafi i el Funeral (ambdós descrits a Wilson i Luciano, 2009, p. 153-154). Amb ells pretenem que el participant continue treballant en l'exercici de clarificar els seus valors. En el primer, li demanem que ens diga quin seria l'epitafi que resumiria la seua vida i quin li agradaria que fóra. La segona tècnica és similar però en aquesta ocasió reflexionem sobre què dirien les persones significatives de la nostra vida en el nostre funeral.

Quarta sessió: treballar en el compromís amb els valors.

Com hem apuntat abans, el camí que hem de recórrer per a alliberar-nos de les limitacions d'una vida marcada per l'evitació experiencial i els símptomes és dur i difícil de recórrer. No sempre però sí amb molta probabilitat ens portarà a enfrontar-nos amb el dolor, la por, l'ansietat i tantes altres manifestacions de malestar. És important treballar això amb el participant perquè no desenvolupe el paper de víctima davant el que li demana el terapeuta. Les metàfores de la tortuga i la d'apostar entre dos cavalls (Wilson i Luciano, 2009, p. 159 i 165 respectivament) ens poden ajudar a afermar aquest compromís.

Cinquena sessió: entrenament en tècniques pal·liatives.

Des de l'ACT es persegueix abandonar la lluita contra els esdeveniments privats. No obstant això, considerem important proporcionar algunes estratègies pal·liatives del malestar perquè una persona desbordada no pot centrar-se per a seguir treballant. Les tècniques que ensenyarem en aquest

punt del tractament són les següents. En cas d'ansietat farem entrenament en "respiració lenta" i "tècniques de distracció". En cas de simptomatologia depressiva, fomentarem la reflexió sobre la importància de fer les activitats per a poder eixir del seu estat. Finalment, en cas de presentar clínica de tipus comportamental (entre les quals trobem l'evitació experiencial) es proposa la realització d'un llistat d'activitats que siguin agradables per a la persona i se l'instrueix en la planificació per a realitzar-les al llarg de la resta del tractament.

Sisena sessió: reflexionar sobre la lògica d'evitar i controlar els esdeveniments privats i l'acceptació com a alternativa.

Fins aquí hem treballat en la importància de viure d'acord amb uns valors, hem clarificat quins són els nostres (els de cada participant), hem afermat el compromís per a treballar segons aquests valors i hem après algunes tècniques i estratègies que ens ajudaran en el següent pas.

L'objectiu d'aquesta sessió és fer veure el participant que tractar de controlar els esdeveniments privats no només no és una solució sinó que, de fet, es converteix en el problema. En primer lloc, utilitzarem les metàfores de la lluita contra el monstre i la pantalla de l'ordinador (Wilson i Luciano, 2009, p. 182-183) amb l'objectiu de mostrar al participant com l'esforç per controlar el contingut negatiu ha limitat la seua vida fins a arribar al punt en el qual es troba. En segon lloc, l'objectiu és explicar al participant que el control de les situacions no sempre és la millor estratègia i la paradoxa de com controlar determinats símptomes com l'ansietat, l'augmenta en comptes de reduir-la. En la nostra explicació podem ajudar-nos dels exemples de l'intent de controlar les emocions o els pensaments així com la metàfora del polígraf (Wilson i Luciano, 2009, p. 185). Finalment, treballem per fomentar en el pacient la idea de deixar de costat l'estratègia inútil de control i estar obert a experimentar el malestar. Una metàfora interessant pot ser la de la bombolla en la carretera (Wilson i Luciano, 2009, p. 198).

Setena sessió: treballar l'alternativa al control dels esdeveniments privats: l'acceptació.

Comencem aquesta sessió dedicant uns minuts a reflexionar com el treball realitzat fins ara està orientat als valors del participant i destacar les aportacions i avenços realitzats per aquest. A continuació treballem en la idea d'acceptar els esdeveniments privats com si cadascú fóra un contenidor,

tolerant i acceptant aquelles coses que contenim. Destacarem la importància del llenguatge i com desactivar la funció i el paper que exerceix en el manteniment del trastorn. També treballarem la distinció entre el jo-com-a-context i el jo-com-a-contingut per a fomentar l'acceptació del participant cap a si mateix. L'exercici de l'observador (Wilson i Luciano, 2009, p. 211-213) pot ser útil per a treballar aquest aspecte.

Huitena sessió: modificar la concepció sobre el fet de tenir problemes.

Per a continuar treballant sobre l'exercici d'acceptació dels esdeveniments i les dificultats, en aquesta sessió volem generalitzar l'aprenentatge realitzat fins ara a qualsevol problema de la vida. L'objectiu és que el subjecte entenga que els problemes formen part de la vida i que no només no té sentit fugir d'ells sinó que són una oportunitat per a créixer. A més, des del principi hem sostingut que el més rellevant no era tant solucionar el problema concret que descriu el pacient sinó convertir-lo en una persona capaç d'aprendre de les dificultats, enfortir la persona i afavorir el seu creixement personal. Amb aquesta finalitat, realitzarem amb el participant diversos exercicis com el de "la petjada vital i el progrés" (Vázquez i Hervás, 2008, p. 147-148) i "les meues millors virtuts" (Vázquez i Hervás, 2008, p. 149). També li expliquem en què consisteix l'exercici "carta de projecció cap al futur" i li demanem que realitzi aquest exercici durant 10 minuts durant 2 o 3 dies per a analitzar el resultat en la següent sessió.

Novena sessió: elaborar "el llibre de la vida" per a seguir treballant en l'acceptació dels esdeveniments privats.

Obrirem la sessió repassant breument el treball realitzat a casa pel participant en relació amb la "carta de projecció cap al futur". A continuació expliquem en què consisteix l'exercici "el llibre de la vida" i elaborem aquest centrant-nos principalment en l'esdeveniment ocorregut al participant, que ha sigut font d'estrès i que es relaciona amb l'origen del trastorn. L'objectiu és que la persona pugui traure al present sentiments, pensaments, emocions, records..., vinculats a aquest esdeveniment en un entorn segur. El terapeuta dirigeix aquesta activitat donant-li el permís que el pacient es nega per a reviure el malestar i crear un significat alternatiu a l'experiència. Aquest treball serà fonamental per a acabar d'elaborar l'acceptació cap a l'esdeveniment o esdeveniments privats i entendre quin lloc té en la seua vida, com a

complement del repàs realitzat en la sessió anterior d'altres problemes i dificultats experimentats al llarg de la vida.

Dècima sessió: prevenció de recaigudes i acomiadament.

Les recaigudes formen part del procés terapèutic i es consideren una oportunitat més per a créixer i aprendre. El treball se centra en tractar els sentiments de fracàs com tota la resta de sentiments i pensaments abans considerats negatius. Per tant, s'han d'explorar, estar oberts a la seua aparició i acceptar el seu contingut psicològic. Es tractaran sentiments d'inseguretat pel fet d'haver de continuar el camí sense el terapeuta, recordant que la persona ja sap cap a on dirigir-se i és capaç de portar les regnes de la seua vida. En referència a això podem emprar la metàfora de "ja saps conduir" (Wilson i Luciano, 2009, p. 257). També es resoldran dubtes sobre el manteniment de les tècniques apreses i s'acabarà fent una valoració global de l'avanç realitzat al llarg de les setmanes posant èmfasi en el paper actiu i director del participant.

Durant aquestes 10 setmanes, els participants del grup control rebran el mateix nombre de sessions, amb periodicitat setmanal. Seran sessions individuals amb una durada de cinquanta minuts, sempre en les mateixes instal·lacions i amb el terapeuta assignat. En aquest cas, s'estableix un protocol segons el qual el terapeuta i el participant entaulen una conversa sobre temes que preocupen al subjecte, esdeveniments ocorreguts al llarg de la setmana, etc. Però no es realitza cap tipus d'intervenció psicològica per part del terapeuta. L'objectiu és que els pacients no sàpiguen si estan rebent o no la intervenció sota estudi i, per tant, evitar biaixos en l'administració posterior dels instruments d'avaluació. D'altra banda també aconseguim que els participants del grup control no es troben en cap cas desatesos. Es preveu que si al llarg de les sessions, el terapeuta detecta un empitjorament significatiu de l'estat del pacient durant el període d'estudi, ho notificarà perquè siga derivat per a rebre una atenció psicològica més acorde amb la seua gravetat.

3. Fase de posttractament: té una durada de 2 setmanes.

En aquesta fase els participants tornen a ser avaluats amb els mateixos instruments amb els quals van ser avaluats durant la fase de pretractament. No obstant això, en aquest cas s'organitzarà de manera diferent perquè hi ha un instrument, l'entrevista clínica, que ja no es realitza perquè el seu objectiu era

confirmar que els subjectes complien amb els criteris per a rebre el diagnòstic de TA. Les dues sessions previstes s'organitzaran de la següent manera:

Sessió 1 (setmana 1):

- Administració de l'AAQ-II.
- Administració de l'EI.
- Administració de PANAS.
- Li recordem al pacient les instruccions de com s'ha d'omplir el DISE i li demanem que ho faça durant els pròxims 7 dies (fins a la següent sessió).

Sessió 2 (setmana 2):

- Recollim el DISE emplenat al llarg de la setmana anterior i agraïm l'esforç realitzat.
- Administració de SRRS.
- Administració de CAE.
- Només en cas de ser necessari per la simptomatologia presentada pel pacient s'administraria també l'ISRA i/o BDI-II.

4. Fase de seguiment: té una durada de 2 setmanes. En aquesta fase es repeteix el mateix procediment realitzat durant la fase de posttractament però 6 mesos després d'haver finalitzat la intervenció. D'aquesta manera obtindrem una tercera i última mesura de les puntuacions dels pacients en les diverses facetes que ens permetran obtenir els resultats necessaris per a concloure si el tractament ha sigut efectiu i ha aconseguit els objectius previstos inicialment. A més, proporcionarem unes pautes orientatives de manteniment centrades, especialment, en la pràctica continuada d'aquelles estratègies i habilitats que van ser adquirides durant les sessions de tractament. Es realitzarà un informe que reculli tota la informació recopilada de cada pacient i procedirem a redactar els apartats de resultats, conclusió i discussió de l'estudi.

7. Resultats

Si aquesta proposta s'implementés, la informació que hauríem d'analitzar per a poder obtenir els resultats de la intervenció serien les dades recollides amb els diversos instruments que administrem en tres moments diferents: abans, després del tractament i al cap de sis mesos de la seua finalització.

A excepció de l'entrevista inicial, la qual vam utilitzar per a confirmar el diagnòstic, els instruments utilitzats són els qüestionaris descrits en l'apartat "Instruments". Aquests, per la seua naturalesa, ens permeten recopilar informació de manera estructurada sobre la mostra de subjectes que participen en aquest estudi. Per tant, farem una anàlisi de les dades de tipus quantitatiu que ens permetrà contrastar des d'un punt de vista estadístic les dades recollides i traure conclusions sobre les preguntes plantejades inicialment.

A l'hora d'analitzar i comentar els resultats obtinguts és important afegir que l'evolució habitual dels TA ens fa pensar que hem d'esperar una millora tant en el grup experimental com en el grup control. Això és així perquè els TA són trastorns els quals evolucionen de manera que la majoria es resolen 6 mesos després de finalitzar l'esdeveniment estressant. L'excepció la trobaríem en el cas que l'estressor fóra crònic. En eixa circumstància, el trastorn també podria presentar una durada superior a l'especificada pels manuals diagnòstics. En qualsevol cas, com veurem més endavant, sí que esperem diferències significatives entre els dos grups en relació amb diverses variables.

Recordem que els objectius que van motivar aquesta intervenció són dos. En primer lloc, demostrar que el tractament és efectiu per als TA i, en segon lloc, que els efectes es mantenen amb el pas del temps. Així, plantejem que la hipòtesi nul·la (H_0) estableix que les mesures realitzades són iguals i que, per tant, la teràpia no és efectiva mentre que la hipòtesi alternativa (H_1) determina que les mesures no són iguals, és a dir, que les puntuacions en les variables dependents són significativament diferents en un o més dels punts temporals que mesurem.

Tenint tot això present, considerem que hem de realitzar dues comprovacions estadístiques. D'una banda, a causa de la naturalesa dels TA, necessitem detectar i analitzar qualsevol diferència intrasubjectes en ambdós grups per a saber quina és la seua evolució. Amb aquesta finalitat realitzem una anàlisi longitudinal, concretament una anàlisi de la variància de mesures repetides (RM ANOVA), la qual ens permet observar els canvis en les puntuacions de les variables dependents en tres moments (pre, posttractament i seguiment) tant en el grup experimental com en el grup control. A més, proposem realitzar una RM ANOVA per a cada variable dependent observada en l'estudi.

Com en tota anàlisi de la variància, haurem de realitzar també una segona anàlisi (prova post-hoc), ja que rebutjar la H_0 no implica necessàriament que totes les mesures siguin diferents sinó que no totes són iguals.

D'altra banda, hem de comparar també els resultats obtinguts pel grup experimental amb els del grup control. Amb aquest objectiu realitzem el càlcul de la prova estadística t sobre la mitjana de dues mostres independents. En aquest cas considerem que no té utilitat informativa comparar les mitjanes de la fase de pretractament perquè els subjectes van ser assignats als grups de manera aleatòria, així és que només comparem les mitjanes obtingudes durant les fases de posttractament i seguiment.

Dit això, si el tractament fóra eficaç i els resultats foren duradors observariem que tant en la fase de posttractament com de seguiment els subjectes que conformen el grup experimental presenten en una primera sessió d'avaluació puntuacions inferiors en el grau d'evitació experiencial (AAQ-II), de deteriorament en les diferents àrees de la vida de la persona (EI) així com puntuacions més elevades d'afecte positiu i inferiors en afecte negatiu (PANAS) en comparació amb les mitjanes obtingudes pel grup control.

I, en la segona sessió d'avaluació de posttractament i de seguiment, esperariem que les puntuacions del grup experimental foren inferiors a la del grup control a l'hora d'avaluar l'estrès provocat pels esdeveniments de la vida (SRRS) i esdeveniments quotidians (DISE). En canvi, les puntuacions mitjanes en el CAE serien superiors en el grup sotmès al tractament que en el grup que no va passar per la condició experimental.

Finalment, en el cas d'haver administrat l'ISRA o el BDI-II, seria esperable que les puntuacions mitjanes obtingudes pels subjectes del grup experimental avaluats amb aquests instruments fóra significativament inferior a les obtingudes pel grup control tant en la fase de posttractament com de seguiment.

8. Conclusions

Com hem comentat a la introducció d'aquest treball, encara que els TA són els trastorns més diagnosticats per psicòlegs i psiquiatres i que provoquen un gran impacte tant en l'àmbit social com individual, hi ha un gran

desconeixement sobre aquests trastorns. No hi ha estudis precisos sobre la seua prevalença a la població i tampoc hi ha un consens sobre quin és el tractament d'elecció a l'hora d'intervenir.

Amb la realització d'aquest estudi rigorós des d'un punt de vista científic, nosaltres volíem aportar coneixement de qualitat sobre l'eficàcia d'aquest disseny, tot i que serien necessaris més estudis per a poder afirmar que aquest és el millor abordatge terapèutic per als TA.

En aquest cas no hem dut a terme la investigació i no hem recollit les dades però, per a donar per comprovada la hipòtesi de treball, s'hauria d'observar una millora significativa en les mesures clíniques previstes en aquest estudi. Per tant, si els resultats obtinguts foren els descrits en l'apartat anterior, podríem afirmar que la combinació d'ACT i PsP és una proposta d'intervenció eficaç per al tractament dels TA.

Ens sembla especialment rellevant destacar que per a nosaltres és molt important que els canvis experimentats es mantinguen amb el pas del temps. El fet d'unificar l'ACT amb la PsP té a veure amb la intenció que es pugui demostrar que la persona no només ha superat un esdeveniment estressant que s'ha produït en la seua vida sinó enfortir-la i fomentar el seu creixement i desenvolupament. Per aquesta raó és fonamental analitzar l'estat dels subjectes un temps després de finalitzar la intervenció. En aquest sentit, podem esperar que les persones que van passar per la condició experimental presenten amb el pas dels mesos més i millor capacitat d'acceptació i tolerància a l'estrès així com un ús més variat i intensiu d'estratègies d'afrontament. De fet, algunes investigacions com la de Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, *et al.*, (2017) van observar que algunes variables com l'evitació experiencial relacionada amb pensaments i/o imatges intrusives continuaven millorant temps després.

Si, per contra, els resultats ens informaren que tots els subjectes, amb independència del grup al qual van ser assignats, presenten valors similars en les mesures realitzades pels diferents instruments administrats, hauríem de concloure que el tractament és tan eficaç com no intervenir. I, per tant, hauríem de continuar investigant altres propostes per a tractar els TA.

Des del nostre punt de vista, podríem indagar en intervencions que han demostrat eficàcia però que alhora manifesten deficiències. És el cas de

l'abordatge cognitiu-conductual en els trastorns amb components d'ansietat i/o evitació experiencial en els quals el control dels esdeveniments privats genera un augment de l'ansietat.

Per últim, si aquest disseny demostrara la seua eficàcia, se'ns obriria la porta a futures investigacions en les quals podríem comparar la seua eficàcia amb altres tractaments que actualment s'estan implementant. Seria el cas, per exemple, del protocol proposat per Botella, Baños i Guillén (2008) basat exclusivament en Psicologia Positiva.

9. Discussió

Aquest disseny naix des d'una actitud humil i respectuosa amb tot el treball que ens precedeix. A l'inici del treball comentàvem que una crítica que podem realitzar a la Psicologia Positiva és que s'erigeix com l'alternativa al model de patologia que, segons els seus autors, ha imperat en la pràctica psicològica. Nosaltres compartim la idea que el nostre treball no pot ser únicament el de cosir ferides, però en cap cas com un rebuig a tot el que s'ha fet fins ara. És evident que el coneixement previ és el millor suport que podem trobar per a construir noves intervencions i que les pràctiques implementades han ajudat a millorar la vida de moltes persones que han patit i pateixen aquest trastorn.

Per tant, és des d'aquesta postura que hem de mirar una mica més enllà i reforçar la idea que l'ésser humà té tot un conjunt de fortaleces i virtuts que podem conrear de manera preventiva per a aprofitar els seus beneficis en termes de salut mental. I que podem orientar la nostra energia no tant a lluitar contra els problemes sinó a acceptar que aquests formen part de la vida, aprenent de les dificultats que aquesta ens posa, indefectiblement, en el camí.

El missatge popular que gira al voltant de la simptomatologia associada als TA és clar: venç la por, calma l'ansietat, pren el control de la teua vida, supera d'una vegada i per sempre la tristesa... Totes elles recomanacions encaminades a eliminar el malestar. Vivim en una societat que ens inculca que només podem tenir una bona vida si estem bé i que els sentiments qualificats de negatius són patològics i han de ser arrancats com la mala herba. Com a conseqüència, els individus lluitem contra ells de tal manera que, de vegades,

no ens queda ni temps ni energia disponible per a orientar les nostres vides a allò que realment és valuós per a nosaltres.

Amb aquesta proposta defensem que el malestar, el dolor o la por formen part de la vida igual que el benestar, la felicitat o la satisfacció. El sofriment és part inherent i inseparable de la vida, especialment de la vida humana en tant que éssers verbals. I que erradicar un significa erradicar l'altre. No obstant això, ens han ensenyat a no sofrir, a fugir dels problemes i evitar les dificultats. I és evident que hi ha una part adaptativa en el fet de fugir d'allò que ens fa mal. El problema sorgeix quan l'evitació és l'estratègia bàsica per a fugir de tot allò que considerem negatiu. Tractar de controlar els esdeveniments privats a través de l'evitació és pa per a hui i fam per a demà. Momentàniament podem sentir cert alleujament de l'ansietat però això alimenta un cercle viciós en el qual cada vegada fugim més i de més coses fins que allò que ens provoca malestar acaba convertint-se en el centre de la nostra existència.

Amb aquest disseny volem transmetre que hi ha una manera diferent d'afrontar la vida. Apostem per aprendre a gestionar i viure amb els sentiments catalogats com a negatius sense que això comporte un impediment per a gaudir. En comptes de valorar els esdeveniments com a positius o negatius, apostem per acceptar-los, no des de la resignació sinó des del compromís amb allò que és realment important per a nosaltres. Perquè quan ens encaminem cap a les coses vertaderament valuoses, és quan la nostra vida adquireix un sentit, una satisfacció i una significació plena. I en lloc de lluitar contra el malestar, apostem per fer-li lloc en el conjunt de la nostra existència, donant-nos així l'oportunitat d'aprendre dels problemes i de créixer com a individus. El dolor i altres emocions catalogades socialment com a negatives, no han de ser necessàriament barreres sinó que són el trampolí per a viure una vida satisfactòria.

Això sí, hem de remarcar la idea que l'ACT no és simplement experimentar malestar. És saber que evitar el malestar ens allunya de la vida que volem mentre que experimentar-lo perquè hi ha una raó darrere, ens apropa a una vida més plena. Com diuen Wilson i Luciano (2009), si no fóra perquè hi ha una orientació cap als valors, l'ACT simplement seria un exercici de pur masoquisme.

Aquesta proposta naix, no obstant això, amb diverses limitacions que hem de tenir presents.

En primer lloc, arrossega la dificultat diagnòstica inherent als TA i que hem comentat anteriorment: és una categoria residual, hi ha encavalcament de símptomes amb altres trastorns i hi ha dificultat per a diferenciar el trastorn d'una resposta normal i adaptativa a l'estrès. No obstant això, hem mantingut l'objectiu de centrar-nos en aquests trastorns per dues raons. La primera, perquè causen un sofriment i un grau de deteriorament enorme en la vida de les persones que els pateixen i considerem important treballar per a omplir la manca de coneixement sobre els TA. En segon lloc, perquè pensem que l'etiqueta diagnòstica no ha de ser necessàriament el més important. És a dir, poc importa si es tracta d'evitar un record (com li passaria a una persona amb trastorn de tipus depressiu) o de la por davant una reacció fisiològica (com seria el cas d'un trastorn amb trets d'ansietat). El fet que presenten aquesta simptomatologia els fa candidats, des del nostre punt de vista, a ser tractats des d'aquest enfocament.

En segon lloc, no hem trobat experiències prèvies de dissenys que unifiquen protocols d'ACT i PsP. I, de fet, ha sigut complicat elaborar la proposta perquè són dues teràpies que semblen paregudes però que són molt diferents i que, de fet, poden arribar a ser antagòniques. Si entenem la PsP com una manera de potenciar allò que és positiu en un intent de rebutjar el malestar i de posar en un pedestal la necessitat de sentir-nos bé passe el que passe, estarem molt lluny d'entendre quin és el punt d'encontre que proposem entre aquestes dues teràpies.

Una tercera dificultat inherent a aquest estudi és que no hi ha establert un protocol per a mesurar les variables clau en l'evitació experiencial i l'acceptació psicològica. I, de fet, hem pogut observar que habitualment els instruments al nostre abast mesuren la simptomatologia quan nosaltres volíem centrar-nos en el funcionament del pacient.

D'altra banda, també considerem com a dificultat el fet de necessitar terapeutes molt especialitzats i formats en ACT. Això és fonamental per a realitzar una bona implementació de la intervenció i controlar al màxim la influència del factor humà.

Per últim, volem destacar que el caràcter voluntari de la participació dels subjectes en l'estudi fa que aquest tipus de selecció de mostra (accidental i no probabilístic) faça difícil generalitzar els resultats a la població.

Finalment, pel que fa a l'aspecte més personal, he de dir que fer aquest treball m'ha permès posar en pràctica diverses habilitats treballades al llarg del grau com la recerca d'informació, la lectura d'articles i altres textos científics, així com coneixements adquirits al llarg d'aquests anys en psicopatologia, avaluació i intervenció psicològica, entre altres.

No ha sigut fàcil elaborar aquestes pàgines ni tampoc seguir la planificació que vam dissenyar inicialment per les circumstàncies anòmales i estranyes que ens ha tocat viure. No obstant això, no podria estar més agraïda a aquest treball final de grau. Ha sigut per a mi el millor moment per a aprendre sobre les virtuts i fortaleces humanes i sobre els beneficis de conrear-les. També ha sigut el moment més idoni per a llegir i reflexionar sobre la necessitat d'acceptar els problemes i les dificultats de la vida. Hui més que mai, ha quedat palès que el dolor, la por, la incertesa o l'ansietat no només tenen lloc en la nostra existència sinó que contribueixen a créixer i donar sentit a l'experiència que és la vida. Per això, m'agradaria acabar amb les paraules d'una infermera que vaig escoltar en algun dels molts informatius que vaig veure aquells primers dies de quarantena, mentre la vida que coneixíem s'anava esvaint minut a minut: "això passarà, però nosaltres no serem els mateixos, serem millors".

10. Referències bibliogràfiques

- Aliaga, F. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la 'Escala de modos de coping' (Ways of coping). *Ansiedad y estrés*, 2(1), 17-26. Recuperat de <https://www.uv.es/~aliaga/curriculum/WOC.pdf>
- Almeida, D. M., Wethington, E. i Kessler, R.C. (2002). The Daily Inventory of Stressful Events. An Interview-Based Approach for Measuring Daily Stressors. *Assessment*, 9(1), 41-55. <https://doi.org/10.1177%2F1073191102091006>
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baños, R. M., Guillen, V., Botella, C., Garcia-Palacios, Jorquera, M., i Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316. Recuperat de http://copao.cop.es/files/contenidos/vol_26_2_12.pdf
- Caballo, V. E., Valenzuela, J., Anguiano, S., Irurtia, M. J., Salazar, I. C. i López-Gollonet, C. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. A V. E. Caballo (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Carta, M. C., Balestrieri, M., Murru, A. i Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5-15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>
- Echeburúa, E., de Corral, P. i Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340. Recuperat de <https://hdl.handle.net/2454/28060>
- Eiroá, F. J., Fernández, M. J i Nieto, R. (2016). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.
- García, A. M i Tamayo, J. A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101-125. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63651>
- González de Rivera, J.L. i Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11. Recuperat de http://psicoter.es/dmdocuments/83_A032_02.pdf
- Herrero, V. i Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/ Annuary of Clinical And Health Psychology*, 6, 53-59. Recuperat de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_53-59.pdf

- Jurado, M. (2017). Una mirada introductoria a la terapia de aceptación y compromiso. *Griot*, 10(1), 70-87. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047995>
- León, O. G. i Montero, I. (2012). *Introducció i metodologia d'enquestes* [recurs d'aprenentatge]. Recuperat del Campus de la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: FUOC.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. i Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y salud*, 17(3), 339-356. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300008&lng=es&tlng=es
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M. i Somasundaram, D.J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Páez, M. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Análisis y modificación de conducta*, 45(171-172), 1-24. <https://doi.org/10.33776/amc.v45i171-2.3682>
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y salud*, 17(3), 319-338. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300007
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R. M., Molés, M., Nebot, S. i Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, XXVI(1), 5-18. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399002.pdf>
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. i Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Salgado, C. F., Luciano, C. i Gutiérrez, O. (2013). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con trastorno mental crónico. Un ensayo aleatorizado. *Informaciones Psiquiátricas*, 214(4), 385-401. Recuperat de http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/214_inf_psiq.pdf
- Sandín, B. i Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología*

- clínica*, 8(1), 39-54. Recuperat de [http://www.aepecp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](http://www.aepecp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. i Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. Recuperat de <http://www.psicothema.com/pdf/229.pdf>
- Salamanca, A. B i Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27. Recuperat de <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo>
- Seligman, M. P. E. (1998). President's Address. Recuperat de https://positivepsychologynews.com/ppnd_wp/wp-content/uploads/2018/04/APA-President-Address-1998.pdf
- Sin, N. L. i Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of clinical Psychology: In Session*, 65(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Van der Klink, J. L. J., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. i van Dijk, F.J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.60.6.429>
- Vázquez, C. i Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. España: Desclée de Brouwer.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 9-17. Recuperat de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1280>
- Zelviene, P. i Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375-381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>

11. Annexos

11.1 Calendari de treball

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig					Juny				
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG																				
1. Elecció del tema																				
....1.1. Identificar un tema																				
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit																				
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball																				
2. Planificació del treball																				
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG																				
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball																				
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball																				
3. Desenvolupament del treball																				
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG																				
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric																				
....3.3. Interpretar els resultats esperats ¹																				
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua.																				
4. Lliurament de la memòria																				
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació																				
5. Defensa pública																				

11.2 Instruments d'autoinforme per a l'avaluació de l'estrès. Adaptat de Caballo, *et al.*, 2006.

Esdeveniments vitals estressants
“Escala de reajustament social” (<i>Social Readjustment Rating Scale, SRRS</i> ; Holmes i Rahe, 1967).
“Entrevista per a avaluar esdeveniments vitals recents” (<i>Interview for Recent Life Events, IRLE</i> ; Paykel, Prusoff i Uhlenhuth, 1971).
“Qüestionari de canvis vitals recents” (<i>Recent Life Change Questionnaire, RLCQ</i> ; Rahe i Arthur, 1978).
“Escala d'experiències vitals” (<i>Life Experiences Survey, LES</i> ; Sarason, Johnson i Siegel, 1978).
“Escala d'esdeveniments vitals” (<i>Psychiatric Epidemiology Research Interview, PERI</i> ; Life Events Scale, PERI-LES; Dohrenwend, Krasnoff, Askenas i Dohrenwend, 1978).
“Entrevista sobre problemes i esdeveniments vitals” (<i>Life Events and</i>

<i>Difficulties Schedule, LEDS</i> ; Brown i Harris, 1978).
“Qüestionari d’esdeveniments perturbadors” (<i>Distreessing Event Questionnaire, DEQ</i> ; Kubany <i>et al.</i> , 2000)
Estrès quotidià
“Escala de contratemps diaris” (<i>Daily Hassles Scale, HS</i> ; Kanner, Coyne, Schaefer i Lazarus, 1981).
“Experiències quotidianes” (<i>Daily Life Experiences Checklist, DEL</i> : Stone i Neale, 1982).
“Escala d’avaluació global de l’estrès recent” (<i>Global Assessment of Recent Stress Scale, GARS</i> ; Linn, 1985).
“Inventari de petits esdeveniments de la vida” (<i>Inventory of Small Life Events, ISLE</i> ; Zautra <i>et al.</i> , 1986).
“Escala de contratemps i satisfaccions” (<i>Hasssles and Uplifts Scale, HSUP</i> ; DeLongis, Folkman i Lazarus, 1988).
“Qüestionari sobre experiències recents de la vida” (<i>Survey of Recent Life Experiences, SRLE</i> ; Kohn i Macdonald, 1992).
“Inventari quotidià d’esdeveniments estressants” (<i>Daily Inventory of Stressful Events, DISE</i> ; Almeida, Wethington i Kessler, 2002).
Suport social i afrontament davant l’estrès
“Inventari de conductes de suport social” (<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors, ISSB</i> ; Barrera, Sandler i Ramsay, 1981).
“Escala de modes d’afrontament” (<i>Ways of Coping Questionnaire, WCQ</i> ; Lazarus i Folkman, 1984).
“Qüestionari de suport social” (<i>Social Support Questionnaire, SSQ</i> ; Sarason, Levine, Bashan i Sarason, 1983).
“Llistat d’estratègies d’afrontament d’Utrech” (<i>Utrecht Coping List, UCL</i> ; Schreurs, Willige, Tellegen i Brosschot, 1987).
“Escala d’estratègies d’afrontament” (Chorot i Sandín, 1987).
“Inventari d’afrontament” (<i>COPE Inventory</i> ; Carver, Scheier i Weintraub, 1989).
“Inventari d’afrontament per a situacions estressants” (<i>Coping Inventory for Stressful Situations, CISS</i> ; Endler i Parker, 1999).