



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Máster en Psicología General Sanitaria

**EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN  
CASO CLÍNICO CON FOBIA ESPECÍFICA**

Trabajo Fin de Máster

Convocatoria Junio 2017

Autoría: D<sup>a</sup>. María del Mar Martínez García

Dirección: D. Ernesto Quiroga Romero

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. PRIMERA PARTE: MEMORIA DE ACTIVIDADES EN LAS PRÁCTICAS EXTERNAS.</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. Descripción del centro.</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2. Actividades realizadas.</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. Caso seleccionado para el Trabajo de Fin de Máster.</b> .....	<b>5</b>
<b>2. SEGUNDA PARTE: INTRODUCCIÓN SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA DEL CASO Y SOBRE LA TERAPIA EMPLEADA.</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1. Fobia específica.</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1.1. La Fobia específica en los sistemas diagnósticos de las enfermedades mentales.</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1.2. Características clínicas.</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.3. Epidemiología e historia.</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1.5. Modelos y concepciones actuales.</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.5.1. Teorías cognitivo-conductuales.</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.5.2. Teorías biológicas.</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1.5.3. Teoría integradora biopsicosocial.</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1.6. Tratamientos psicológicos habituales.</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1.6.1. Terapia de exposición.</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2. La Terapia de Aceptación y Compromiso.</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2.1. La Teoría del Marco Relacional.</b> .....	<b>29</b>
<b>2.2.2. El Trastorno de Evitación Experiencial.</b> .....	<b>32</b>
<b>2.2.3. Componentes y métodos clínicos.</b> .....	<b>36</b>
<b>2.2.4. Habilidades terapéuticas.</b> .....	<b>40</b>
<b>2.2.5. La Terapia de Aceptación y Compromiso frente a la Terapia Cognitivo-Conductual.</b> .....	<b>42</b>
<b>2.3. Referencias bibliográficas de la segunda parte.</b> .....	<b>45</b>

<b>3. TERCERA PARTE: EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO, DE SU EVALUACIÓN Y DE SU TRATAMIENTO.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1. Resumen del caso.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2. Descripción del caso. ....</b>	<b>51</b>
<b>3.3. Evaluación psicológica y diagnóstico psicopatológico. ....</b>	<b>52</b>
<b>3.3.1. Descripción de las conductas problemáticas actuales.....</b>	<b>52</b>
<b>3.3.2. Procedimientos de evaluación aplicados y resultados.....</b>	<b>54</b>
<b>3.3.3. Hipótesis clínica.....</b>	<b>55</b>
<b>3.3.4. Diagnóstico psicopatológico.....</b>	<b>57</b>
<b>3.4. Tratamiento psicológico.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.1. Objetivos terapéuticos.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.2. Selección de las técnicas terapéuticas más adecuadas.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4.3. Aplicación y desarrollo del tratamiento psicológico.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4.3.1. Primera sesión.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4.3.2. Segunda sesión. ....</b>	<b>61</b>
<b>3.4.3.3. Tercera sesión.....</b>	<b>62</b>
<b>3.4.3.4. Cuarta sesión.....</b>	<b>64</b>
<b>3.4.3.5. Quinta sesión.....</b>	<b>65</b>
<b>3.4.3.6. Sexta sesión.....</b>	<b>67</b>
<b>3.4.3.7. Séptima sesión. ....</b>	<b>68</b>
<b>3.4.3.8. Octava sesión.....</b>	<b>70</b>
<b>3.4.3.9. Novena sesión. ....</b>	<b>70</b>
<b>3.4.4. Resultados terapéuticos: evaluación de la eficacia del tratamiento. ....</b>	<b>71</b>
<b>3.4.5. Seguimiento. ....</b>	<b>73</b>
<b>3.5. Conclusiones.....</b>	<b>74</b>
<b>3.6. Referencias bibliográficas de la tercera parte. ....</b>	<b>76</b>

## **1. PRIMERA PARTE: MEMORIA DE ACTIVIDADES EN LAS PRÁCTICAS EXTERNAS.**

A lo largo de este apartado se procederá a la exposición de las principales funciones y actividades llevadas a cabo durante el desarrollo de las prácticas profesionales correspondientes al segundo curso del Máster en Psicología General Sanitaria, en el Centro Médico y Psicológico Avenida de la Estación. Estas prácticas se han realizado durante el primer cuatrimestre del curso académico 2016/2017, contando con la ayuda y asesoramiento de D. Ernesto Quiroga Romero, como tutor académico, y de D<sup>a</sup>. Luisa Pardo González, como tutora profesional.

### **1.1. Descripción del centro.**

El Centro Médico y Psicológico Avenida de la Estación, autorizado y registrado como centro sanitario con el número NICA 7365, está formado por un equipo de profesionales de la Medicina y la Psicología que llevan trabajando desde 1996 en el campo de los reconocimientos médicos y psicotécnicos, y en las consultas de psicología privada.

En cuanto al ejercicio de la psicología privada, se trabajan los principales problemas y trastornos presentes en las diferentes etapas del desarrollo del ser humano. Es decir, el trabajo se realiza desde la gran variedad de problemas o trastornos que pueden presentar en su vida diaria niños, adolescentes, adultos, parejas y/o grupos.

Además, estas problemáticas se trabajan desde diferentes enfoques terapéuticos, entre los que se encuentran las Terapias de Tercera Generación, la Terapia Gestalt y la Terapia Cognitivo-Conductual.

Por último, el ejercicio de la Psicología no solo se limita al campo de la Psicología Clínica y/o Sanitaria, sino que se tienen en cuenta otras especialidades, como Sexología, Neuropsicología, Psicología Educativa, Psicología en Jóvenes y Violencia Filial Parental y Psicología Jurídica y Forense.

## **1.2. Actividades realizadas.**

Las principales funciones y actividades llevadas a cabo han sido las siguientes:

- ❖ Participación a lo largo del proceso terapéutico de diferentes casos clínicos.
- ❖ Asistencia como coterapeuta a diferentes sesiones clínicas.
- ❖ Realización de entrevistas de evaluación.
- ❖ Formulación de hipótesis explicativas sobre el origen y mantenimiento del problema, con la realización del correspondiente análisis funcional.
- ❖ Revisión, aplicación, corrección e interpretación de diferentes pruebas de evaluación de la personalidad y de la capacidad intelectual.
- ❖ Revisión de casos clínicos anteriores.
- ❖ Revisión de diferentes casos prácticos y diseño de la propuesta de intervención dentro del enfoque de las Terapias Contextuales.
- ❖ Aplicación de diferentes técnicas y ejercicios procedentes de la Terapia Gestalt y la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- ❖ Aplicación de pruebas psicotécnicas.

Gracias al desarrollo de las funciones anteriores, y a la oportunidad de observar a D<sup>a</sup>. Luisa Pardo González durante el proceso de intervención en diferentes casos clínicos, la realización de estas prácticas me ha permitido adquirir una serie de conocimientos acerca de la intervención en diferentes problemáticas, así como desarrollar y fortalecer mis competencias como profesional de la Psicología. Dichos conocimientos se pueden resumir en los siguientes:

- ❖ Conocer el funcionamiento de un gabinete privado.
- ❖ Formalizar un diagnóstico clínico.
- ❖ Identificar los factores que contribuyen al origen y mantenimiento de los problemas tratados en consulta.
- ❖ Constatar la importancia del análisis funcional y de la devolución de información al paciente.
- ❖ Profundizar en la evaluación, diagnóstico e intervención de diferentes casos clínicos.
- ❖ Tomar conciencia de la importancia de la relación terapéutica para el buen desarrollo de la terapia.
- ❖ Entrar en contacto con el ejercicio profesional de la Psicología.

- ❖ Perfeccionar la redacción de informes psicológicos.

### **1.3. Caso seleccionado para el Trabajo de Fin de Máster.**

El caso seleccionado para la realización de este Trabajo Fin de Máster es el correspondiente a una fobia específica originada tras padecer un ictus; al considerarse el más relevante de los tratados durante el proceso de prácticas, por sus características como trastorno y por su evolución positiva.

Debido a las características del caso, no ha sido posible contar con mi presencia en la mayor parte de las sesiones clínicas, aunque mi trabajo en el mismo ha sido continuado. De esta forma, he podido revisar con la tutora profesional tanto las características más importantes del caso, como las distintas técnicas de tratamiento más adecuadas para cada una de las problemáticas tratadas.

Por último, en los siguientes apartados se procederá a la realización de una breve exposición sobre el trastorno que nos ocupa y la principal terapia empleada para, a continuación, proceder a la exposición detallada del caso clínico.

## **2. SEGUNDA PARTE: INTRODUCCIÓN SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA DEL CASO Y SOBRE LA TERAPIA EMPLEADA.**

### **2.1. Fobia específica.**

#### ***2.1.1. La Fobia específica en los sistemas diagnósticos de las enfermedades mentales.***

En la primera versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) las fobias formaban parte de la denominada «reacción fóbica», y en el DSM-II de la «neurosis fóbica». En ninguna de estas ediciones se hicieron subdivisiones, lo que indica que se mantenía la hipótesis de una unidad cualitativa implícita en el modelo psicoanalítico de las fobias. El DSM-III, por su parte, introdujo cambios cualitativos importantes y definió distintos tipos de fobias, distinguiendo entre agorafobia, fobia social y una gran variedad de fobias específicas. Las tres categorías de fobias se mantuvieron en el DMS-III-R, y posteriormente en el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1996) y DSM-IV-TR (APA, 2002). En el DSM-5 (APA, 2014), los trastornos fóbicos aparecen dentro del apartado trastornos de ansiedad y, entre otros muchos, aparece la fobia específica, el trastorno de ansiedad social (o fobia social) y la agorafobia como entidad independiente del trastorno de pánico (Pérez-Testor, 2015). En cuanto a la fobia específica, el DSM-5 (APA, 2014) propone los criterios diagnósticos recogidos en la Figura 1.

De esta forma, el DSM-5 (APA, 2014) define la fobia específica como un trastorno que se caracteriza por la presencia de una reacción de miedo o ansiedad intensa circunscrita a la presencia de una situación u objeto particular (estímulos fóbicos). En el manual se admite que la intensidad del miedo experimentado puede variar en función de una serie de parámetros contextuales, entre los que se encuentra la proximidad del estímulo fóbico, la presencia o ausencia de otras personas, la duración de la exposición o la presencia en la situación de otros elementos amenazantes añadidos. Además, se indica que la mera anticipación de lo temido puede, en ocasiones, provocar la respuesta fóbica en el individuo.

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).  
**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

*Especificar si:*

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

**300.29 (F40.218) Animal** (p. ej., arañas, insectos, perros).

**300.29 (F40.228) Entorno natural** (p. ej., alturas, tormentas, agua).

**300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida** (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos).  
**Nota de codificación:** Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

**300.29 (F40.248) Situacional** (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados).

**300.29 (F40.298) Otra** (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).  
**Nota de codificación.** Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

Figura 1. Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 (APA, 2014) para la fobia específica.

Como se ha mencionado anteriormente, el DSM establece la existencia de distintos subtipos de fobia específica. En el DSM-5 (APA, 2014), se reconocen cinco subtipos de fobia específica:

- ❖ *Tipo animal.* Se incluye el miedo a los animales o insectos tales como perros, gatos, arañas, ratas, pájaros, peces o serpientes.
- ❖ *Tipo entorno natural.* Tiene que ver con el miedo vinculado a fenómenos atmosféricos y relacionado con la naturaleza, e incluye miedos a las alturas y precipicios, a las tormentas o a estar cerca del agua.



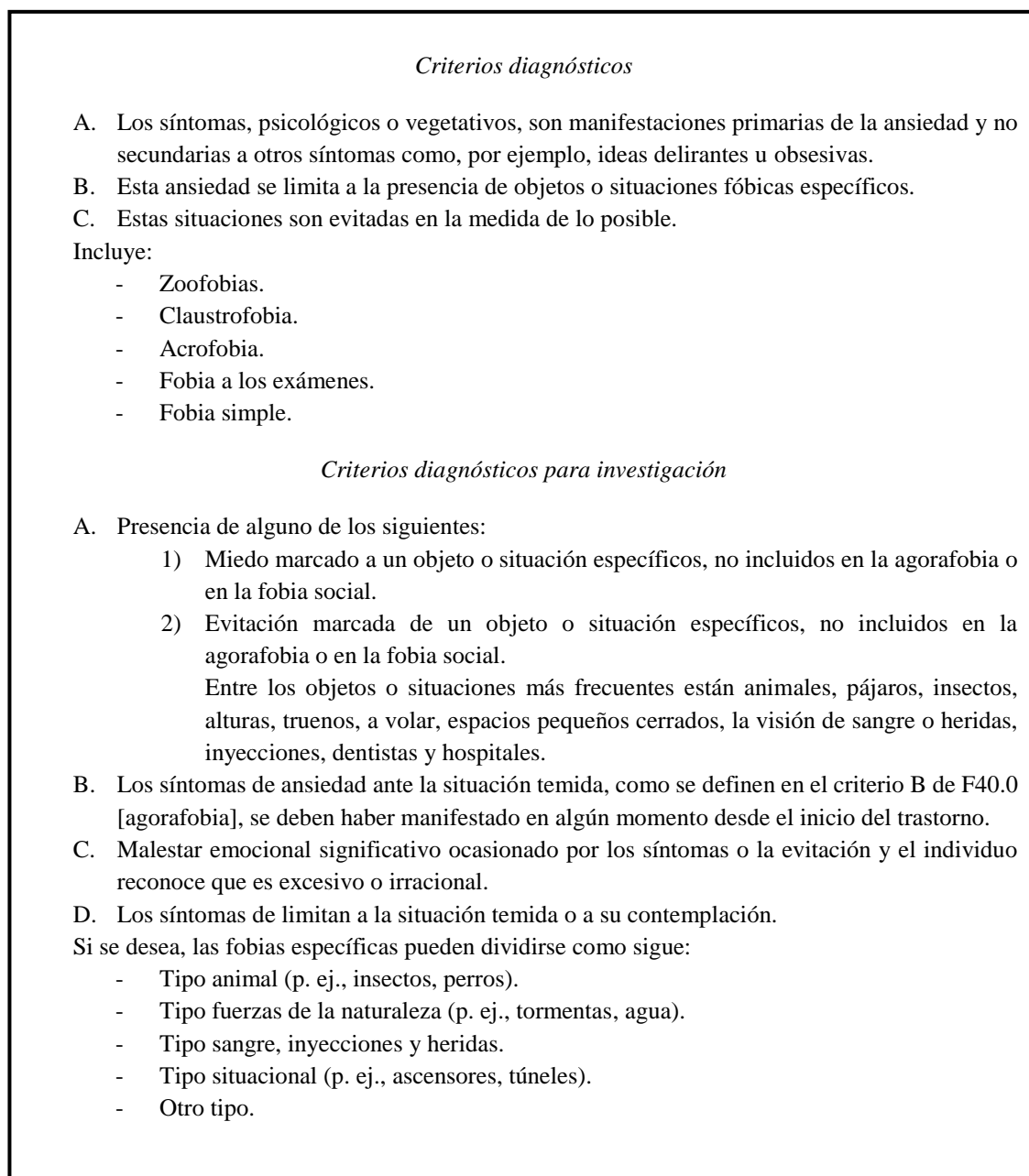
- ❖ *Tipo sangre-inyecciones-heridas.* Se incluyen los miedos a ver sangre, a hacerse un análisis de sangre o ponerse una inyección, a ver por televisión intervenciones médicas y, para algunos incluso, a hablar de ciertas intervenciones médicas o de heridas.
- ❖ *Tipo situacional.* Incluye miedo a situaciones tales como conducir, viajar en avión, estar en un ascensor, y a los espacios cerrados, túneles o puentes.
- ❖ *Otro tipo.* Aquí se incluyen otros tipos de miedos específicos, como el miedo a atragantarse o vomitar después de comer ciertos alimentos, el miedo a la explosión de globos o a otros sonidos fuertes, el miedo a los payasos o a la gente disfrazada, el miedo a la adquisición de una enfermedad, etc.

Estos subtipos se han establecido como un intento de establecer las comunalidades. Sin embargo, las pruebas indican que la categoría de fobia específica es muy heterogénea. Por lo tanto, es posible encontrar diferencias entre ellas en variables como la edad de aparición, distribución por sexos, forma de comienzo, modo de adquisición, tipo de reacciones frente al estímulo temido, relación con otros trastornos por ansiedad y respuestas frente al tratamiento. La heterogeneidad del grupo de fobias específicas constituye un obstáculo para la investigación y para el tratamiento.

Por tanto, la clasificación del DSM-5 de los trastornos fóbicos, en general, y de las fobias específicas, en particular, plantea algunos problemas. Uno de ellos es la frecuencia con la que los diferentes tipos de fobia se presentan de forma solapada en un mismo individuo. Se estima que, aproximadamente, el 75% de los individuos con fobia específica siente temor ante más de un objeto o situación. Esto puede ser un indicativo de que la diferenciación que se ha establecido no contempla variables clínicas suficientemente relevantes. Por otro lado, nos encontramos con que dentro de la categoría de fobia específica se incluye un rango demasiado amplio de fobias que no necesariamente comparten las mismas características clínicas (Sosa y Capafóns, 2014).

Por lo que se refiere a la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), nos encontramos con que la fobia específica se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad fóbica, en los que se incluyen la agorafobia, las fobias sociales, otros trastornos de ansiedad fóbica y el trastorno de ansiedad fóbica sin especificación. Las fobias específicas se definen como fobias

restringidas a situaciones muy específicas como la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, viajar en avión, los espacios cerrados, tener que utilizar urinarios públicos, ingerir ciertos alimentos, acudir al dentista, la visión de sangre o heridas, o el contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico, como en la agorafobia y en las fobias sociales. Siguiendo este planteamiento, este manual propone los criterios diagnósticos y de investigación recogidos en la Figura 2.



*Figura 2.* Criterios diagnósticos y de investigación propuestos por la CIE-10 (OMS, 1992) para la fobia específica.

En conclusión, tanto el DSM-5 (APA, 2014) como la CIE-10 (OMS, 1992) mantienen una clasificación superficial y que no tiene en cuenta los datos experimentales disponibles para reclasificar de forma más útil este trastorno (Sosa y Capafóns, 2014).

### 2.1.2. Características clínicas.

Bajo la denominación de fobia específica se incluyen todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está focalizada en objetos o situaciones concretas. Este síndrome tiene tres componentes (Pérez-Testor, 2015):

- ❖ La *ansiedad anticipatoria*, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
- ❖ El *temor central*, en sí mismo.
- ❖ La *conducta de evitación*, que el paciente utiliza para minimizar la ansiedad.

En la fobia específica, el miedo se relaciona con las consecuencias derivadas del contacto con el objeto y, a pesar de que los pacientes con fobia específica reconocen que estos miedos son excesivos, irracionales y persistentes, no pueden evitar ni disminuir su angustia.

Aun así, el rango de estímulos que pueden evocar la reacción fóbica es muy limitado, por lo que normalmente pueden evitar la confrontación directa con el objeto o la situación temida con facilidad; lo que se traduce en una menor búsqueda de ayuda profesional, en comparación con otros tipos de fobias. Sosa y Capafóns (2014) establecen una serie de determinantes por los que la mayoría de las personas buscan ayuda psicológica para superar su fobia:

- ❖ Ha cambiado algo en la vida del paciente que hace que el estímulo fóbico adquiera mayor presencia o relevancia.
- ❖ Un acontecimiento brusco ha provocado que aparezcan miedos que antes no existían y condicionan la vida actual del paciente.
- ❖ La persona está cansada de vivir con un determinado miedo y decide, por sí misma o influida por terceros, solucionar por fin su problema.

Como se ha mencionado anteriormente, aunque el rango de estímulos que desencadena la reacción de miedo en un individuo con fobia específica es limitado, la naturaleza de estos estímulos es enorme. De ahí que bajo el título de fobia específica se

agrupen una gran variedad de tipos de fobias diferentes atendiendo a la naturaleza del estímulo temido. Entre ellas, las más comunes son las fobias a los animales, a la sangre y a las heridas, a los médicos y dentistas, a la defecación o micción en lavabos públicos, a las alturas, a los sitios cerrados, a los ruidos, a los fenómenos meteorológicos, a la oscuridad, a conducir, a viajar en avión, a comer alimentos concretos, a atragantarse o al acto sexual (Marks, 1987, citado por Sosa y Capafóns, 2014, p.168).

En cuanto a la reacción, en la fobia específica podemos distinguir tres planos (Sosa y Capafóns, 2014):

- ❖ En el *plano fisiológico* se pone en marcha un conjunto de respuestas fisiológicas características de un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Al existir importantes diferencias individuales en el patrón de reacciones autonómicas, no existe una única medida que represente la reacción somática del miedo para todos los individuos.
- ❖ En el *plano cognitivo*, el individuo despliega toda una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla, así como un amplio conjunto de interpretaciones subjetivas acerca de sus reacciones fisiológicas. Éstas se suelen traducir en imágenes o autoverbalizaciones de las consecuencias negativas que espera.
- ❖ En el *plano comportamental*, la reacción más frecuente puede ser el abandono de la situación temida lo más rápido posible e intentar evitarla en el futuro. Estas conductas de escape y de evitación son las predominantes en este plano.

La relación entre estos tipos de reacciones complica tanto la evaluación del miedo como el diagnóstico. Las personas con fobia difieren entre sí en el patrón de reacciones que despliegan ante lo temido: mientras que unos son capaces de soportar la situación temida con un gran malestar subjetivo y fisiológico, otros se caracterizan por mostrar una marcada evitación de las situaciones que temen. Como consecuencia, la medida aislada de alguno de los tres tipos de reacciones puede no reflejar de forma adecuada el problema de un individuo particular.

Lo expuesto hasta ahora corresponde a una visión general de las fobias específicas, por lo que a continuación, se presenta una breve descripción de las características más

representativas de los distintos subtipos de fobia específica, según Sosa y Capafóns (2014).

La *fobia a los animales* consiste en miedos aislados a animales, tales como pájaros, perros, gatos, ranas, serpientes, arañas, mariposas, abejas y avispas. Este tipo de fobia supone miedo y evitación a los animales en sí mismos, y no tanto asco o miedo a la contaminación. El miedo alcanza su punto máximo cuando los animales se encuentran en movimiento. Normalmente, las personas temen a un tipo de animal y no a otras especies diferentes, y solo una minoría muestra miedo por el daño que le pueda causar el animal. En la mayor parte de los casos, las personas con este tipo de fobia temen el pánico que pueden llegar a experimentar y mostrar ante la presencia del animal y a las consecuencias negativas que ello puede tener.

La *fobia a la sangre y las heridas* presenta varios rasgos distintivos únicos. El más importante de todos ellos se relaciona con el conjunto de reacciones psicofisiológicas que se desencadenan ante la presencia de sangre o heridas o estímulos relacionados con ella. De todas las respuestas psicofisiológicas, lo más característico es el patrón de respuesta cardiovascular bifásico. En primer lugar, se produce un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco seguido de una fuerte desaceleración vasovagal del ritmo cardíaco y de la presión corporal; todo esto acompañado de náuseas, sudor, palidez y desmayo. La ansiedad parece relacionarse más con la anticipación de un posible desvanecimiento que con el estímulo fóbico.

Las *fobias situacionales* abarcan un conjunto variado de situaciones, aunque las más representativas son la fobia a los aviones, la fobia a conducir, la fobia a los lugares muy concurridos, la fobia a las alturas y a los puentes. El aspecto más distintivo de este tipo de fobia específica es que suele presentarse tanto en solitario como formando parte del trastorno por pánico con agorafobia.

### ***2.1.3. Epidemiología e historia.***

Los trastornos fóbicos constituyen uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la población y, dentro de éstos, es probablemente la categoría de fobia específica la que recoge un mayor número de casos (Sosa y Capafóns, 2014).

Según el DSM-5 (2014), la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general de Estados Unidos es del 7-9 % aproximadamente. Las tasas de prevalencia en

los países europeos son en gran medida similares a las de Estados Unidos, pero las cifras son generalmente más bajas en Asia, África y los países de América Latina (2-4 %). Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5 % en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años. Las tasas de prevalencia son más bajas en las personas mayores (alrededor del 3-5 %), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos. Por tanto, las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacional se presentan predominantemente en mujeres; mientras que la fobia específica a la sangre-inyección-herida se produce de una forma casi similar en ambos sexos.

Las fobias específicas pueden presentarse en cualquier momento de la vida de un ser humano; sin embargo, los datos existentes parecen indicar que la edad de aparición promedio de las fobias específicas se sitúa entre los 7 y los 16 años con un rango de edad que va desde los 3 hasta los 67 años. El miedo a los animales y a la sangre son las más tempranas (7-9 años), y el miedo a las alturas y la claustrofobia son las más tardías (20-25 años).

En cuanto a la forma de comienzo, no se dispone de mucha información de cada una de las fobias específicas, y la que existe resulta limitada y difícil de integrar. Sin embargo, se puede afirmar la existencia de diferentes formas de comienzo de las fobias específicas, en general. Las más frecuentes son las que tienen su origen en experiencias traumáticas, en experiencias vicarias y en transmisiones de información verbal por parte de terceros. Además, se han señalado otras posibilidades, como las fobias de comienzo espontáneo e inesperado que no están provocadas por una experiencia traumática ni por experiencia vicaria. Algunas personas informan también de fobias que han tenido durante toda su vida y son incapaces de señalar el momento de su aparición, mientras que otros hablan de un momento de aparición incierto, pero lento y gradual. En cualquier caso, se necesita mayor investigación para hacer afirmaciones definitivas sobre el origen de las fobias específicas (Sosa y Capafóns, 2014).

#### ***2.1.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.***

El DSM-5 (2014) establece que el diagnóstico de fobia específica no puede realizarse cuando hay otro trastorno por ansiedad capaz de abarcar las manifestaciones fóbicas.

El diagnóstico diferencial con la *agorafobia* puede ser complicado ya que ésta puede parecerse a la fobia específica situacional, dada la similitud de las situaciones temidas. Si un individuo teme solo a una de las situaciones de agorafobia, se realizará el diagnóstico de fobia específica situacional. En cambio, si teme a dos o más situaciones de agorafobia, quedaría justificado el diagnóstico de agorafobia.

Si las situaciones temidas están relacionadas con el miedo a una evaluación social negativa, se debería diagnosticar el *trastorno de ansiedad social* en lugar de la fobia específica. En cambio, si las situaciones temidas son debidas a la separación de un cuidador principal o figura de apego, se debería hacer el diagnóstico de *trastorno de ansiedad por separación*.

Las personas con fobia específica pueden experimentar, además, ataques de pánico cuando se enfrentan con la situación u objeto temido. Por tanto, en la fobia específica las crisis de pánico solo se producen en respuesta al objeto o situación temida, pero si la persona también experimenta crisis de pánico inesperadas, y no en respuesta al objeto específico o situación, se trataría de un *trastorno de pánico*.

Si el miedo o la ansiedad primaria del individuo es hacia un objeto o situación como consecuencia de ideas obsesivas, y se presentan otras características propias del *trastorno obsesivo-compulsivo*, se justifica el diagnóstico de este último.

Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar el diagnóstico de *trastorno por estrés postraumático* (TEPT). Sin embargo, los acontecimientos traumáticos pueden preceder a la aparición del TEPT y de la fobia específica. En este caso, estaríamos hablando de una fobia específica si no se cumplen todos los criterios del TEPT. Además, conviene recordar que en el TEPT las situaciones temidas normalmente están relacionadas con eventos vitales fuera del marco de las experiencias normales, y la conducta de evitación se relaciona con estímulos relacionados con el trauma.

Si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a los alimentos y a aspectos relacionados con éstos, no se establece el diagnóstico de fobia específica, sino que debería considerarse la presencia de un *trastorno de la alimentación*.

Por último, el diagnóstico de fobia específica no estaría justificado cuando el miedo y la evitación se deben a ideas delirantes propias de *trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*.

En cuanto a la comorbilidad, la fobia específica es poco frecuente en los ambientes médicos o clínicos en ausencia de otra psicopatología, y se ve con más frecuencia en los entornos no médicos relacionados con la salud mental. La fobia específica se asocia con frecuencia a una amplia variedad de otros trastornos, especialmente a la depresión en personas mayores. Debido a su aparición temprana, la fobia específica es clásicamente un trastorno temporal primario.

Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están el resto de trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad.

### 2.1.5. Modelos y concepciones actuales.

En la actualidad, no hay una explicación teórica única sobre la etiología de las fobias específicas. De todas las existentes, la que mayor utilidad clínica viene presentando en el plano de la intervención sobre los trastornos fóbicos es la que tiene su origen en las primeras formulaciones sobre el papel del condicionamiento. Así, a lo largo de este apartado, se realizará un recorrido por las teorías cognitivo-conductuales sobre las fobias (véase Figura 3), para posteriormente considerar algunos aspectos de los acercamientos biológicos y de la opción integradora biopsicosocial de Barlow.

<b>Modelos y concepciones actuales</b>	<i>Teorías cognitivo-conductuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de Watson y Rayner (1920).</li> <li>- Modelo bifactorial mediacional (Mowrer, 1939, 1960).</li> <li>- Teoría de la preparación (Seligman, 1970,1971).</li> <li>- Modelo de expectativa de la ansiedad (Reiss, 1980).</li> </ul>
	<i>Teorías biológicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores genéticos</li> <li>- Factores psicofisiológicos</li> </ul>
	<i>Teoría integradora biopsicosocial (Barlow, 1988; Barlow, Raffa y Cohen, 2002)</i>	

Figura 3. Modelos y concepciones actuales.



*2.1.5.1. Teorías cognitivo-conductuales.*

*Modelo de Watson y Rayner*

Watson y Rayner (1920), citado por Sandín (2009, p.93), establecieron en su publicación sobre el aprendizaje del miedo en el pequeño Albert, los principios del modelo de condicionamiento pavloviano de las fobias. Estos autores formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo (*principio de equipotencialidad*), inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nerviosos traumáticos (elicitadores naturales de miedo o dolor; estímulos incondicionados, EI). De esta forma, un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado (EC) de miedo, por lo que su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas (RC) de temor.

Por tanto, las características principales de este modelo son:

- 1) La repetición de la asociación entre los EC y los EI incrementará la fuerza de la RC de miedo.
- 2) Las reacciones de miedo fóbico se favorecen cuando la intensidad de miedo inducido por los EI es elevada.
- 3) Otros estímulos similares a los EC pueden elicitar reacciones de miedo, siendo éstas mayores a mayor semejanza con los EC.

El trabajo de Watson y Rayner puede ser considerado como el primer modelo de enfoque conductual sobre la génesis de las fobias específicas. Este modelo constituyó la base de posteriores formulaciones más o menos identificadas con la psicopatología experimental (Wolpe, 1958; Wolpe y Rachman, 1960; citados por Sandín, 2009, p.93). Sin embargo, pronto se hizo evidente que esta teoría presenta notables limitaciones:

- 1) Cualquier estímulo no puede ser asociado o condicionado a respuestas de ansiedad; es decir, el principio de equipotencialidad parece no ser compatible con la propiedad selectiva y no arbitraria que parecen presentar las fobias.

- 2) Se establece el carácter traumático de la situación de condicionamiento, pero no es necesaria la presencia de eventos traumáticos, ya que no todas las experiencias traumáticas llevan a un condicionamiento de miedo.
- 3) Este modelo no explica la no-extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia de reforzamiento. Según indica la ley de extinción del condicionamiento pavloviano, las RC suele extinguirse una vez que desaparece la contingencia EC-EI, aun cuando el EI fuese un evento traumático. Sin embargo, las respuestas fóbicas no solo no se extinguen cuando no son reforzadas, sino que pueden llegar a incrementarse.

#### *Modelo bifactorial mediacional*

El modelo de Mowrer (1939, 1960), citado por Sandín (2009, p.93), se apoya en el paradigma de evitación activa, según el cual el sujeto aprende a escapar del estímulo elicitor de miedo y a evitar el estímulo incondicionado. El modelo explica el fenómeno de no-extinción de la respuesta condicionada de miedo. Es una teoría de dos factores, o bifactorial, porque incluye tanto al condicionamiento clásico como al operante.

El modelo se desarrolla en dos fases básicas. En la fase inicial, se establece una respuesta condicionada de miedo, mediante un proceso de condicionamiento pavloviano. Una vez constituida la respuesta, ésta adquiere propiedades de impulso secundario con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape/evitación. En la segunda fase, que implica un proceso de evitación activa, el sujeto no aprende a evitar un castigo (EI), sino a escapar de la exposición al estímulo (EC) que le avisa de la proximidad de un evento aversivo. A la respuesta de evitación ejecutada exitosamente, le sigue la reducción del miedo, por lo que la conducta de evitación queda reforzada negativamente. En definitiva, este modelo explica el desarrollo del componente emocional del miedo en términos de condicionamiento pavloviano, y el componente de evitación del miedo según el principio de reforzamiento negativo (condicionamiento instrumental).

El modelo bifactorial-mediacional tuvo una amplia repercusión, siendo aceptado como superior al modelo de condicionamiento. Sin embargo, aunque algunos de sus principios se mantienen actualmente, con el paso del tiempo la evidencia empírica vino a demostrar la existencia de ciertos problemas relacionados con esta teoría. Aparte de otras

cuestiones, las principales objeciones o problemas planteados a este modelo han sido los siguientes:

- 1) Se ha demostrado experimentalmente que, aunque el miedo puede extinguirse, las respuestas de evitación son altamente resistentes a la extinción.
- 2) Tanto clínica como experimentalmente se ha observado, que tras la aplicación de técnicas de prevención de respuesta (se impide la evitación), a veces se extingue la conducta de evitación, pero no las respuestas autónomas de miedo. Es decir, también puede producirse el miedo sin la evitación.

A pesar de estas críticas, la teoría de Mowrer proporciona una base teórica importante para explicar la forma en que se aprenden las fobias.

### *Teoría de la preparación*

En un principio, Seligman (1970), citado por Sandín (2009, p.97), propuso la teoría de la preparación en relación con el aprendizaje en general y, posteriormente, la aplicó a los trastornos fóbicos (Seligman, 1971, citado por Sandín, 2009, p.97).

El concepto de preparación parte de que el organismo está preparado filogenéticamente, a través del proceso evolutivo de la especie, para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad. Por tanto, el significado que posee la preparación es de tipo biológico-evolutivo.

Seligman (1970), citado por Sandín (2009, p.97), definió operativamente la dimensión de la preparación estableciendo un continuo teórico. Dependiendo de las características específicas de los eventos asociativos (estímulos y respuestas), el organismo puede estar preparado, no preparado o contrapreparado para aprender según un continuo hipotético. Según Seligman, el número de veces que es necesario aparear el EC y el EI para que se produzca el condicionamiento es una buena medida operacional para establecer el continuo de preparación.

Basándose en estos planteamientos, este autor establece que las fobias poseen las siguientes propiedades:

- 1) *Selectividad*. Las fobias no son arbitrarias, sino que están limitadas a un determinado rango de estímulos. Es decir, existen ciertas situaciones que

producen miedos o fobias mucho más fácilmente que otras. Estas situaciones parecen relacionarse con peligros especiales que fueron importantes durante la evolución de la especie humana.

- 2) *Fácil adquisición.* A diferencia del condicionamiento convencional del miedo, en el que éste se obtiene después de varios ensayos, las fobias pueden adquirirse con un solo ensayo y sin necesidad de estímulos traumáticos.
- 3) *Resistencia a la extinción.* La resistencia a la extinción es uno de los aspectos más característicos de las fobias, ya que las fobias no suelen extinguirse, aun cuando el sujeto se encuentre ante una situación teórica de extinción de condicionamiento pavloviano.
- 4) *Irracionalidad.* Existe una desproporción entre el peligro real del estímulo y sus respuestas de ansiedad. Los argumentos lógicos aplicados a los individuos fóbicos son ineficaces para reducir la ansiedad, aunque éstos reconozcan la ausencia objetiva de peligrosidad del estímulo temido.

En conclusión, según el autor, las fobias se caracterizarían por ser instancias de aprendizaje preparado y que poseen un significado biológico-evolutivo. De esta forma, determinados estímulos (arañas, serpientes, espacios abiertos o cerrados, etc.) se han convertido en objetos potencialmente fóbicos porque, en el curso de la evolución, los individuos que, por su constitución genética sentían miedo fácilmente ante estos estímulos, sobrevivieron y se adaptaron más eficazmente transmitiendo a sus descendientes esa tendencia. La teoría de la preparación consiste, entonces, en una revisión del modelo de condicionamiento de la ansiedad orientada biológicamente. Sin embargo, esta teoría no asume que las fobias sean innatas, sino que el individuo posee una capacidad innata para aprender reacciones fóbicas o, en otras palabras, para adquirir fobias mediante condicionamiento.

Una de las limitaciones más importantes de la teoría de la preparación es el no haber establecido predicciones diferenciales sobre los distintos tipos de fobias. No obstante, el grupo de Öhman (Öhman, 1986, 1987; Öhman, Dimberg y Öst, 1985; citado por Sandín, 2009, p.98), al refinar y ampliar esta teoría, sugiere que las fobias difieren de acuerdo con sus aspectos filogenéticos, e incluye la idea de que los sistemas conductuales correspondientes a distintos tipos de fobias pueden poseer orígenes evolutivos diferentes.

### *Modelo de expectativa de la ansiedad*

Este modelo, propuesto por Reiss (1980), citado por Sandín (2009, p.106), se basa en las ideas del neocondicionamiento pavloviano, entre las que se encuentran la necesidad de asociación por contigüidad EC-EI para explicar la adquisición del miedo, y el papel de las expectativas, ya que lo que se aprende en el condicionamiento pavloviano son expectativas sobre ocurrencia o no ocurrencia. Además, distingue entre expectativas de ansiedad y expectativas de peligro, e integra aspectos operantes como el reforzamiento negativo y el autorreforzamiento.

Reiss establece los puntos principales de su modelo a partir de cinco hipótesis, que son formuladas por el autor de la siguiente forma:

*Hipótesis 1.* «Algunos miedos están motivados parcialmente o en su totalidad por expectativas y sensibilidades a la ansiedad.» Es decir, los miedos comunes pueden ser analizados según tres categorías diferentes de expectativas: peligro/daño por el miedo físico, de ansiedad y de evaluación social negativa.

*Hipótesis 2.* «La sensibilidad a la ansiedad es una variable de diferencias individuales que se evalúa a través del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.»

*Hipótesis 3.* «Un índice de sensibilidad a la ansiedad elevado se asocia fuertemente con tendencia a experimentar miedo. La gente con alta sensibilidad a la ansiedad mostraría miedos a diferentes objetos o situaciones, mientras que la gente con baja sensibilidad a la ansiedad debería tener relativamente pocos miedos.»

*Hipótesis 4.* «La sensibilidad a la ansiedad no se encuentra exclusivamente en la agorafobia.»

*Hipótesis 5.* «La sensibilidad a la ansiedad es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad.»

Así, el concepto de sensibilidad a la ansiedad es el elemento central de este modelo cognitivo. La *sensibilidad a la ansiedad* es el miedo a la sensación de ansiedad, el cual se produce por la creencia de que la experiencia de miedo/ansiedad posee consecuencias somáticas, psicológicas o sociales que pueden resultar peligrosas.

Sin embargo, aunque la sensibilidad a la ansiedad ha sido el concepto de vulnerabilidad hacia los trastornos de ansiedad que más interés ha despertado, desde hace algunos años se ha ido destacando el papel de otras variables cognitivas de vulnerabilidad hacia los trastornos de ansiedad no reflejadas en el modelo, entre las que destaca el concepto de sensibilidad al asco (Sandín, 2009).

La *sensibilidad al asco* ha sido definida en términos de diferencias individuales como la sensibilidad para experimentar la emoción de asco (Haidt, McCauley y Rozin, 1994; Sandín, 1997; citados por Sandín, 2009, p.108). Es decir, la sensibilidad al asco se refiere al grado en que un individuo siente asco en respuesta a diversos estímulos. Por último, cabe mencionar que la sensibilidad al asco se ha visto incrementada o se ha relacionado positivamente con ciertas fobias, como las relacionadas con animales relevantes al asco (cucarachas, ratas, arañas, lombrices, gusanos, etc.) y las fobias del tipo sangre-inyecciones-heridas.

#### *2.1.5.2. Teorías biológicas.*

En la medida en que se reconoce que las fobias no se producen azarosamente en los seres humanos, sino que su adquisición depende de numerosos factores, se empieza a prestar cada vez más atención al papel que desempeñan los aspectos genéticos y biológicos. Actualmente no existen hipótesis lo suficientemente elaboradas sobre el papel que desempeñan los factores genéticos y biológicos en las fobias específicas. Sin embargo, hay algunos resultados que merece la pena tener en cuenta (Sosa y Capafóns, 2014).

En cuanto a la contribución de los *factores genéticos*, destaca el estudio realizado por Fyer et al. (1990), citado por Sosa y Capafóns (2014, p.176), sobre una muestra de 15 sujetos con fobias simples sin ningún otro tipo de problema fóbico o de ansiedad y de 49 familiares de primer grado, frente a una muestra de 119 familiares de 38 controles. Los resultados indican que hay un riesgo significativamente superior de fobia simple entre los familiares de primer grado de los sujetos con fobia que entre los familiares de los controles, lo que parece indicar la posibilidad de que la fobia específica sea un trastorno altamente familiar. Sin embargo, no parece haber especificidad en la transmisión con respecto al estímulo temido, ya que solo dos de los 15 familiares afectados manifestaron temor fóbico al mismo tipo de estímulo; en cambio, cuando las fobias específicas fueron subdivididas en animales y situacionales, se registró una especificidad en la transmisión

de ambos tipos de fobias. Finalmente, no se encontraron diferencias entre ambos grupos de familiares en cuanto al riesgo de otros tipos de trastornos y de miedos irracionales que no cumplen los criterios para ser considerados de tipo fóbico.

Por último, en lo relacionado a *factores psicofisiológicos*, se han avanzado algunas hipótesis a partir de trabajos que comparan a grupos de personas con fobia específica con otro tipo de fobias, especialmente agorafobia. Algunos de estos trabajos parecen indicar la posibilidad de diferentes mecanismos fisiológicos característicos en cada tipo de fobia. Así, parece que existen diferencias importantes en pacientes con agorafobia frente a sujetos normales en la velocidad de habituación frente a estímulos auditivos, algo que no se produce de forma tan marcada en pacientes con fobia específica (Lader, Gelder y Marks, 1967; citado por Sosa y Capafóns, 2014, p.176). Además, en cuanto al tratamiento farmacológico de distintos tipos de trastornos fóbicos, se observa una eficacia diferencial de la imipramina entre pacientes con agorafobia y pacientes con fobia específica (Liebowitz, 1991, citado por Sosa y Capafóns 2014, p.176).

#### *2.1.5.3. Teoría integradora biopsicosocial.*

El modelo propuesto por Barlow para explicar el desarrollo de las fobias específicas (Barlow, 1988; Barlow, Raffa y Cohen, 2002; citados por Sosa y Capafóns, 2014, p.176) se presenta como un modelo integrador que recoge una gran parte de los contenidos de otros modelos aceptados y añade nuevos elementos para intentar explicar la adquisición y el mantenimiento de las fobias. Se asume, además, que el miedo fóbico es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Siguiendo los planteamientos de este autor, las fobias se desarrollarían en individuos biológica y psicológicamente predisuestos. Esta predisposición consiste en una elevada vulnerabilidad ante situaciones de estrés grave, frente a las cuales los individuos responden con reacciones de alarma (miedo o ataque de pánico) y con un estilo atribucional característico (pensamientos de incontabilidad y de impredecibilidad). Como resultado, las situaciones de estrés se perciben como incontables e impredecibles, y el estilo de afrontamiento adopta la forma de una activación y una aprehensión ansiosa y crónica.

Es especialmente relevante la diferenciación entre distintos tipos de reacción de alarma (Barlow, 2002, citado por Sosa y Capafóns, 2014, p.176):

- ❖ Las *verdaderas alarmas* son reacciones que se producen ante situaciones reales verdaderamente amenazantes.
- ❖ Las *falsas alarmas* ocurren en ausencia de amenazas reales.
- ❖ Las *alarmas aprendidas* resultan de la asociación entre falsas alarmas y señales internas o externas.

En el modelo se admite, además, que tanto las falsas alarmas como las verdaderas alarmas pueden producirse por contacto directo con la situación temida o por contacto vicario.

De acuerdo con estos planteamientos, una fobia específica quedaría instaurada cuando se han desarrollado reacciones de alarma aprendida frente a objetos o situaciones concretas y cuando se desarrolla un sentimiento de aprehensión ansiosa ante la posibilidad de un contacto futuro con los objetos o situaciones en cuestión. El modelo reconoce también que la naturaleza del objeto o situación fóbica puede aumentar la probabilidad de que se desarrolle una fobia.

Por último, el modelo señala que una fobia específica, una vez adquirida, se perpetúa porque se crea un círculo cerrado entre los síntomas de alarma y las reacciones frente a estos síntomas. Todo ello se traduce en una relación recíproca y autoperpetuante entre la sensación de impredecibilidad e incontrolabilidad y el aumento del nivel de activación, que incrementa la probabilidad de que se generen alarmas aprendidas.

#### ***2.1.6. Tratamientos psicológicos habituales.***

En la primera mitad del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias específicas se reducían al psicoanálisis. Fue a partir de la obra de Joseph Wolpe (1958), citado por Capafóns (2001, p.448), cuando la terapia de conducta entró de lleno en el campo de las fobias. Desde entonces, la mayoría de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas dará lugar a la extinción de las reacciones fóbicas. Por esta razón, en la práctica se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido y que difieren en la forma en que éste se presenta, en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico, en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente o en la utilización o no utilización de estrategias de control



cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos (Capafóns, 2001; Sosa y Capafóns, 2003).

#### *2.1.6.1. Terapia de exposición.*

La exposición al estímulo fóbico es el ingrediente común de técnicas como la desensibilización sistemática o la inundación. La *desensibilización sistemática* consiste en la presentación, generalmente en imaginación, de escenas jerarquizadas relacionadas con el estímulo temido mientras el paciente se encuentra en relajación. La *inundación* implica la presentación masiva de la situación u objeto temido que provoca altos niveles de ansiedad en la persona fóbica, y que es mantenido hasta que la ansiedad del paciente se ha disipado. Todas ellas han mostrado niveles de eficacia satisfactorios en el tratamiento de las fobias específicas (Sosa y Capafóns, 2003, 2014).

Sin embargo, se han de tener en cuenta una serie de cuestiones referidas a las distintas modalidades de exposición y a los factores que pueden incrementar su eficacia, los cuales se exponen a continuación.

#### *Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición*

Las sesiones de exposición más largas son más eficaces que las sesiones de exposición más cortas en la mayoría de los casos (Marks, 1987, citado por Antony y Barlow, 2007, p.8). Además, la exposición funciona mejor si no hay mucho distanciamiento entre las sesiones. Así, Foa et al. (1980), citado por Antony y Barlow (2007, p.8), encontraron que el tratamiento de la agorafobia es más eficaz con 10 sesiones diarias de exposición que con 10 sesiones semanales.

Los modelos sobre la reducción del miedo predicen que la exposición debería funcionar mejor cuando se evita que los pacientes escapen antes de que el temor haya disminuido. Sin embargo, los estudios que examinan esta variable arrojan resultados contradictorios. Por un lado, De Silva y Rachman (1984) y Rachman et al. (1986), citados por Antony y Barlow (2007, p.8), encontraron que el marcharse antes de que el temor haya llegado a su máximo no tenía efectos sobre la eficacia de la exposición para la agorafobia. Por el contrario, Marks (1987), citado por Antony y Barlow (2007, p.8), revisó numerosos estudios que mostraban que la exposición prolongada era más eficaz que la exposición de duración más corta.

### *El nivel de implicación del terapeuta*

El grado de implicación del terapeuta en las sesiones de tratamiento ha sido una variable poco investigada, pero relevante para la efectividad de la terapia de exposición. Los resultados indican que los programas asistidos por terapeuta llegan a ser notablemente más eficaces, con tasas de mejoría del 80 %, que los programas de autoayuda, con una tasa de mejoría menor del 10 % (Sosa y Capafóns, 2003).

### *La exposición en vivo frente a exposición en imaginación*

Este aspecto constituye una de las dicotomías más investigadas en el campo de la exposición. Los datos, en general, son concordantes con lo que cabría esperar: se obtienen mejores resultados cuanto más cercana sea la práctica de la exposición al hecho real. Así, la exposición en vivo es considerada el tratamiento más potente para las fobias específicas (Capafóns, 2001; Sosa y Capafóns, 2003). Sin embargo, existen algunas excepciones:

- ❖ La exposición en imaginación es preferible en aquellos casos en los que la exposición real es difícilmente manipulable por parte del terapeuta. Es el caso de miedo a las tormentas o a viajar en avión, por ejemplo.
- ❖ Debemos considerar la exposición en imaginación como alternativa en aquellos casos en que el paciente muestra serias reticencias a la terapia de exposición con estímulo fóbico real. En estos casos, muchos pacientes advierten del abandono de la terapia si se les va a someter directamente al estímulo fóbico y otros informan de experiencias de pánico intenso, con la presencia del estímulo fóbico real, que dificultan cualquier habituación.

### *Combinación de otras estrategias con la exposición*

*Tensión muscular aplicada.* Ciertos tipos de fobias pueden beneficiarse de estrategias de tratamiento especializadas (Sosa y Capafóns, 2003; Antony y Barlow, 2007). De esta forma, se ha utilizado la tensión muscular aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre. Esta técnica consiste en enseñar a los pacientes a tensar los músculos de su cuerpo con el fin de elevar la presión sanguínea y, como consecuencia, evitar que la persona se desmaye durante la exposición a las situaciones que incluyen sangre (Kozak y Montgomery, 1981; Öst y Sterner, 1987; citados por Antony y Barlow, 2007, p.10).

*Relajación.* La inclusión de la relajación como respuesta antagónica en la exposición también ha constituido un tema relevante. Incluir o no la relajación en un programa de exposición dependerá de tres factores:

- 1) Si la ansiedad del paciente ante el estímulo fóbico es muy alta, la utilización de la relajación genera mayor adherencia al tratamiento.
- 2) En exposiciones breves, la aplicación de la relajación facilitará la habituación al estímulo fóbico.
- 3) Si lo que se quiere aplicar es una exposición en la que el paciente no sienta niveles elevados de ansiedad durante la presencia del estímulo fóbico, la relajación puede ayudar a controlar dicha ansiedad. Por otro lado, cuando se emplean jerarquías muy progresivas, la relajación puede acelerar el proceso.

No obstante, el uso de la relajación representa un costo adicional que debe justificarse adecuadamente. Este costo se hace patente al necesitar de un aprendizaje y práctica habitual; además, es necesario que el individuo aprenda diversos métodos de relajación y no solo uno y, en la actualidad, se desconoce en qué pacientes puede producirse la aparición de la ansiedad por relajación. Al margen de todo esto, es cierto que el entrenamiento en técnicas de relajación puede acarrear beneficios en otras áreas de la vida del paciente (Sosa y Capafóns, 2003).

*Estrategias cognitivas.* En las últimas décadas se han ido incorporando terapias cognitivas en el tratamiento de las fobias, empleadas en combinación con estrategias de exposición. Por tanto, además de la exposición, se pueden emplear otros dos enfoques para ayudar a corregir la información errónea sobre el objeto o situación (Antony y Barlow, 2007). En primer lugar, se debería instruir a los pacientes en la búsqueda de información sobre dicho objeto o situaciones. En segundo lugar, se debería enseñar a los pacientes a identificar pensamientos ansiosos poco realistas y considerar predicciones alternativas más realistas con respecto a la situación fóbica.

El primer tipo de pensamiento ansioso que está frecuentemente asociado con las fobias específicas es la *sobreestimación de la probabilidad* de que algún acontecimiento predicho ocurra. Para modificar este patrón de pensamiento, se debería enseñar a los pacientes a evaluar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos ansiosos.

El segundo tipo de pensamiento ansioso que suele darse en individuos con una fobia específica es el pensamiento catastrófico, que entraña una *sobreestimación del impacto negativo* de un acontecimiento si llegase a ocurrir. Este patrón de pensamiento se puede modificar si se cuestionan las predicciones catastróficas, al cambiar el centro de atención de los propios pensamientos, desde lo terrible que podría ser un encuentro con el objeto fóbico hasta cómo se podría afrontar dicho encuentro. Una forma de conseguir esto es hacerse a uno mismo preguntas tales como, «Realmente, ¿qué sería lo peor que podría ocurrir?», «¿Por qué sería tan terrible si me encontrara con el objeto o situación?» o «¿Cómo podría afrontar la situación?».

Para algunos pacientes, la reestructuración cognitiva puede ser una ayuda válida para la exposición. Además, estas estrategias pueden resultar útiles para ayudar al paciente a la realización una práctica de exposición difícil que de otra forma podría haber evitado.

*Exposición interoceptiva.* Algunos pacientes informan de ansiedad con respecto a las sensaciones físicas asociadas con el miedo, además de la ansiedad ante el objeto o situación fóbicos. Por tanto, además de la exposición a la situación fóbica, la exposición a las sensaciones temidas puede ser útil para algunos individuos. Esto es cierto para las fobias que están asociadas a una elevada ansiedad interoceptiva. Para estos pacientes, se pueden añadir de forma sistemática, ejercicios de exposición interoceptiva a las prácticas de exposición situacionales. Los ejercicios de exposición interoceptiva deberían llevarse a cabo de forma repetida hasta que ya no produzcan ansiedad (Antony y Barlow, 2007).

*Realidad virtual.* La exposición por medio de la realidad virtual se ha propuesto como una alternativa a los procedimientos de exposición real o en vivo (Capafóns, 2001; Sosa y Capafóns, 2003). La tecnología virtual se fundamenta en dar al usuario la sensación de presencia o inmersión en el entorno virtual. Por tanto, se distingue del sistema multimedia en que el sujeto no es un mero espectador, sino que se debe conseguir la sensación de que el sujeto participa en el contexto y que está integrado en él. Esto se fortalece con la visión de un mundo virtual que cambia de forma natural con el movimiento de la cabeza y el cuerpo del sujeto. En la medida en que la realidad virtual consiga ese efecto, las ventajas frente a la exposición real pueden ser importantes:

- 1) Muchos estímulos reales pueden ser difíciles de adquirir para llevar a cabo una sesión de exposición real.

- 2) La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto y que no tenga que desplazarse a dicho contexto.
- 3) La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperados.
- 4) Se garantiza la seguridad y la privacidad del paciente; es decir, se garantiza la confidencialidad.

Sin embargo, también existen desventajas o limitaciones:

- 1) No sustituye totalmente a la exposición real, ya que el paciente irremediablemente tiene que someterse a esta última en algún momento.
- 2) Elevado coste del *hardware* y *software* necesario.
- 3) Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual.
- 4) No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a técnicas imaginativas o de sugestión más económicas.

## **2.2. La Terapia de Aceptación y Compromiso.**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) es una de las terapias más representativas de la Tercera Generación de terapias conductuales. Inicialmente, ACT se denominó *Comprehensive Distance Therapy*, presentándose en 1991 un pequeño manual de ACT que tuvo sus versiones posteriores en 1995 y 1999, hasta la aparición a finales de 1999 del manual ACT publicado por Hayes, Strosahl y Wilson (Wilson y Luciano, 2002).

Desde sus inicios, la ACT ha supuesto un giro radical en el foco de la terapia psicológica ya que su principal objetivo no es el de cambiar o reducir los pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos, sino que se trata de alterar su función; de modo que la reacción a estos eventos privados sea flexible y el comportamiento esté regulado por los valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos. Siguiendo este planteamiento, los métodos clínicos empleados apelan a un cambio contextual,

modificando la función de los eventos privados sin alterar sus contenidos. De esta forma, ACT busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento, que se dé cuenta que lo que hace está en dirección contraria a lo que realmente quiere conseguir, y busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena del flujo de eventos privados, de forma que los note y pueda elegir la acción acorde con lo que sus valores demandan en ese momento, en lugar de actuar según la literalidad de los eventos privados. En definitiva, lo que ACT persigue es que el paciente aprenda a resolver sus problemas de forma útil, generando las regulaciones verbales del propio comportamiento que estén al servicio de lo que él valore en su vida (Luciano et al., 2006).

Por tanto, una vez establecidas brevemente las principales características de este enfoque terapéutico, se procederá a la profundización en sus raíces teóricas y filosóficas, así como en los principales aspectos que forman parte de dicha terapia.

### ***2.2.1. La Teoría del Marco Relacional.***

La ACT es una aproximación basada, filosóficamente, en el Contextualismo Funcional y, teóricamente, en la investigación en marcos relacionales (Wilson y Luciano, 2002).

El *Contextualismo Funcional* es una filosofía pragmática desarrollada con el objetivo de explicar algunas cuestiones filosóficas que podrían haber quedado poco claras desde los planteamientos del análisis del comportamiento y, especialmente, del conductismo radical. En general, el contextualismo considera los eventos como acciones en curso en un contexto. Estas acciones son eventos completos que solo pueden ser separados para fines pragmáticos. En el Contextualismo Funcional, los objetivos principales y el criterio de verdad perseguidos son la predicción y la influencia sobre los eventos con precisión, alcance y profundidad. Por tanto, el Contextualismo Funcional entiende que cada comportamiento debe ser explicado en términos de variables contextuales. Además, desde esta perspectiva, se considera que los pensamientos y sentimientos no son la causa directa de la conducta. Estos planteamientos quedan reflejados en ACT de diversas formas, por ejemplo, al no considerar los pensamientos como correctos o incorrectos, sino que son vistos como útiles en términos de obtener una vida más valiosa. Además, al no causar los eventos privados la conducta, no es necesario modificar el contenido de los mismos (Ruiz, 2010).

La *Teoría del Marco Relacional* o *Relational Frame Theory* (RFT; Wilson y Luciano, 2002; Luciano et al., 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 2014) es una teoría reciente dirigida al análisis funcional del lenguaje y de la cognición, y que trata de integrar conceptos aparentemente dispersos como la equivalencia, la conducta gobernada por reglas y otros fenómenos cognitivos. La RFT aspira a proporcionar una base psicológica comprensible del lenguaje y la cognición superior, abordando la explicación del éxito evolutivo de algunas especies y tratando de entender las raíces de los logros y del sufrimiento humano.

Por tanto, el interés de los promotores de la ACT en el análisis básico de la conducta verbal surge del interés por el bienestar psíquico y el trabajo aplicado. Así, a partir de la cuestión de cómo es posible que una conversación entre terapeuta y cliente pudiera llevar a cambios duraderos en su vida, se inicia un programa de investigación básica con el objetivo de comprender de qué forma las reglas verbales guían la conducta humana.

De acuerdo con la RFT, el núcleo esencial del lenguaje y de la cognición de alto nivel es la capacidad de aprender y aplicar marcos relacionales. Un *marco relacional* es un comportamiento aprendido que presenta tres grandes propiedades bajo un control contextual arbitrario. Estas propiedades son la implicación mutua, la implicación combinatoria y la transformación de la función estimular.

La *implicación mutua* significa que el aprendizaje de una relación en una dirección también implica otro aprendizaje en la dirección opuesta. Por ejemplo, si una persona aprende que en un determinado contexto A es igual a B, esto implica que esa persona deducirá que B es igual a A. La *implicación combinatoria* significa que las relaciones mutuas se pueden combinar. Por ejemplo, si una persona aprende, en un contexto determinado, que A es más fuerte que B y que C es más fuerte que A, la persona deducirá que C es más fuerte que B. En resumen, las funciones de los acontecimientos en una red de relaciones de este tipo se pueden transformar en términos de relaciones subyacentes. Por tanto, la *transformación de la función estimular* está implícita en todas las relaciones derivadas.

Desde la perspectiva de la RFT, el marco relacional es la característica definitoria esencial del lenguaje y de la cognición superior. Además, los investigadores de la RFT han demostrado que es necesario un entrenamiento en el marco relacional de habilidades para que se den las relaciones derivadas, y que los marcos relacionales están regulados

por dos configuraciones contextuales identificables: el contexto relacional y el contexto funcional. El contexto relacional determina cómo y cuándo se relacionan los acontecimientos, y el contexto funcional determina qué funciones van a ser transformadas en términos de una red de relaciones.

Además, el marco relacional supone una ventaja evolutiva clave de la especie humana, ya que los estímulos verbales pueden ser combinados en reglas verbales elaboradas que tienen la capacidad de regular el comportamiento. De esta forma, el comportamiento dirigido por reglas permite a los seres humanos responder de forma muy precisa y efectiva en los casos en los que el aprendizaje por experiencia directa podría ser ineficaz o letal, y cuando las consecuencias se encuentran muy alejadas en el tiempo. Sin embargo, cuando el comportamiento está gobernado por reglas verbales tiende a ser insensible a los cambios en el ambiente que no están descritos en la propia regla. Este efecto de insensibilidad es muy importante, ya que muchas formas de conducta clínicamente significativa reflejan esta pauta, es decir, los comportamientos persisten, aunque se experimenten directamente consecuencias negativas. Por último, la RFT distingue tres formas de seguimiento de reglas, que se exponen a continuación y serán retomadas en apartados posteriores.

La primera de ellas recibe el nombre de *pliance*, e implica seguir una regla verbal basada en una historia de reforzamiento en la que las consecuencias relevantes son mediadas por otros. A nivel clínico, este tipo de regulación puede tener lugar cuando el cliente hace algo para complacer al terapeuta, parecer bueno o tener razón frente a los demás, pero realmente el paciente no es el dueño de su comportamiento ni está ligado a sus valores personales. Además, constituye un patrón rígido e inflexible, que es limitante en tanto que genera una dependencia extrema de los otros y produce insensibilidad a las consecuencias de las acciones. Por último, cabe mencionar que se trata de una forma importante de conducta gobernada por reglas durante el desarrollo infantil, pero entre adultos ésta se sobrevalora como una forma útil de regulación verbal y es algo a lo que, con frecuencia, hay que enfrentarse directamente en la terapia.

La segunda de ellas, denominada *tracking*, implica seguir una regla verbal basada en la relación que se establece entre esa regla y sus contingencias naturales. Pone al cliente en contacto directo con el impacto de su conducta. Genera formas más flexibles de comportamiento, permitiendo que la gente se adapte al entorno. Sin embargo, debido a



que es muy útil en muchos contextos, podría aplicarse a situaciones que no están gobernadas por reglas e implicar fórmulas verbales incorrectas.

La tercera de ellas, *augmenting*, constituye una forma de regulación bajo el control de funciones transformadas de estímulo, y proporciona incentivos formulados verbalmente para que el cliente se comporte de una forma determinada. Por tanto, permite el ajuste a la vida al actuar como reglas morales y/o permitir la trascendencia del propio dolor. Sin embargo, también tiene efectos limitantes, como cuando el comportamiento queda controlado por el reforzamiento inmediato sin que éste se haya transformado adecuadamente. Así, si la tristeza se sitúa en un marco de oposición con la vida, se derivará malestar y pensamientos negativos; entonces, la tristeza y el malestar de los pensamientos se intensificarán y cumplirán funciones discriminativas de evitación, las cuales se tratarán con mayor profundidad en el apartado siguiente.

### ***2.2.2. El Trastorno de Evitación Experiencial.***

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE; Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002; Luciano et al., 2006) es un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que persiguen evitar y suprimir la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir. La persona atrapada en este patrón se encuentra, a su vez, inmersa en un círculo vicioso en el que, ante la presencia de malestar o angustia, se produce la necesidad de aplacar tal función, realizando una serie de acciones que considera correctas de acuerdo con su historia. Sin embargo, los hechos muestran que el resultado obtenido es totalmente contrario a los propósitos perseguidos, de forma que este patrón de evitación se extiende generando más limitaciones en la vida de la persona. De esta forma, la solución se convierte en el problema, en un patrón de vida que incluye huir deliberadamente del malestar, del sufrimiento y de la ansiedad, y que solo consigue su expansión y la vivencia de una vida limitada.

En cuanto a las características del TEE, podemos decir que posee una naturaleza verbal, ya que la persona que muestra el TEE tiene un plan consciente que considera valioso y útil para eliminar o evitar los eventos privados, los cuales tienen funciones verbales y están implicados en el problema psicológico, en lugar de ser su causa. No podemos olvidar que el TEE está presente cuando la persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas aversivas, y se comporta para alterar la forma y

frecuencia de dichas experiencias, y las condiciones que las generan. Por tanto, las consecuencias de este acto conducen a que la persona caiga en una trampa verbal al considerar que tiene razón cuando sigue la regla de evitación, ya que cree que hace lo correcto al actuar según su historia de contingencias pasadas y porque hay algún efecto inmediato de reducción de la función aversiva.

Además de por su naturaleza verbal, el TEE también se caracteriza por ser una clase funcional limitante. La persona ha aprendido a responder ante la presencia de eventos privados aversivos mediante diferentes topografías o reacciones, aunque todas comparten una premisa común, la eliminación o evitación del evento privado. Así, desde una perspectiva funcional, tanto el tipo o la forma de las respuestas de evitación como las características físicas de la situación o el contenido de los pensamientos son irrelevantes, lo que importa es el plan deliberado para controlar los eventos privados, común en todos los episodios. En consecuencia, una persona podrá mostrar un variado repertorio de respuestas en múltiples circunstancias, ajustado a la contingencia de la conducta de evitación para eliminar o evitar el sufrimiento creyendo que hace lo correcto.

Llegados a este punto, resulta importante mencionar que la evitación experiencial se considera patológica cuando acaba limitando lo que la persona quiere hacer con su vida. Siguiendo este planteamiento, Hayes et al. (1996, 1999), citados por Wilson y Luciano (2002, p.75), establecen una serie de condiciones que pueden ser asociadas al resultado perjudicial de la evitación de emociones y otros eventos privados:

- 1) La evitación es perjudicial cuando el proceso de evitación deliberado contradice el resultado deseado. En otras palabras, la evitación deliberada suele implicar la formulación y cumplimiento de un plan verbal y, en algunas áreas, el ajuste al plan puede resultar problemático, porque el proceso de regulación verbal incluye el contenido o estímulo evitado. De modo que, si una persona no está dispuesta a tener una determinada emoción o pensamiento, justo tendrá esa emoción o pensamiento.
- 2) La evitación emocional es perjudicial cuando la regulación de los eventos privados se muestra insensible al control deliberado de la regulación verbal y, por tanto, estos intentos de regulación solo consiguen exacerbar el problema.

- 3) La evitación emocional es perjudicial cuando el cambio que se persigue es posible pero el esfuerzo requerido conduce a formas de evitación no saludables.
- 4) La evitación es perjudicial cuando el evento que quiere eliminarse o cambiarse no puede ser cambiado.

En conclusión, la evitación es perjudicial cuando, a pesar de parecer muy razonable el modo en el que la persona está resolviendo el problema, finalmente no resuelve nada porque esa actuación se interpone en lo que esa persona desea para su vida.

Además, es importante tener en cuenta que la evitación experiencial inflexible constituye el componente funcional central en numerosos trastornos incluidos en los sistemas de clasificación tradicionales de la Salud/Enfermedad Mental. Estos sistemas diferencian los síndromes por sus diferentes contenidos cognitivos, los estímulos o circunstancias ante los que la gente reacciona y la forma o contenido particular de dicha reacción. Sin embargo, si se toma en cuenta la perspectiva del TEE, personas cuyos trastornos recibirían nombres diferentes, funcionalmente estarían trabajando para intentar eliminar o evitar los eventos privados que consideran aversivos y que constituyen obstáculos o barreras para su vida. Por tanto, siguiendo esta perspectiva, los diversos trastornos tenidos por diferentes en los sistemas clasificatorios actuales pueden quedar recogidos en una misma dimensión funcional caracterizada por la evitación experiencial limitante.

Si tenemos en cuenta los hallazgos de la TMR expuestos anteriormente, se puede considerar que éstos son útiles para entender este patrón de regulación ineficaz, que se ha descrito en términos de los distintos contextos verbales que lo sustentan, que son los contextos de la Literalidad, de la Evaluación, de Dar Razones o Explicar, y el contexto del Control. Por una parte, los contextos de Literalidad, Evaluación y Dar Razones proceden de las interacciones verbales personales y son característicos de la transformación de funciones a través de diferentes marcos relacionales; sin embargo, sin el repertorio adecuado para tomar distancia de la propia conducta, la persona solo podrá actuar fusionada a las funciones de sus pensamientos, emociones y/o recuerdos. Por otra parte, el contexto del Control de las Causas es el que da sentido a la evaluación y a las razones, ya que es el que cierra el círculo contingencial al proporcionar el potente reforzador de tener razón que acompaña al alivio inmediato que proviene de seguir las reglas de evitación.

Además, la evitación experiencial es un ejemplo de conducta gobernada por reglas que contradice el resultado, ya que su seguimiento va en contra de lo que una persona desea para su vida. Así, la regulación verbal que atrapa el patrón cronificado de evitación experiencial tendría tres tipos de seguimiento, mencionados anteriormente, y que se corresponde a un *pliance* excesivo o generalizado y a un *tracking* y *augmenting* ineficaces.

Por tanto, decimos que en el TEE se muestra un *pliance* excesivo o generalizado, ya que se observa una necesidad excesiva y rígida del cumplimiento de reglas de evitación en las que el elemento esencial de control son las contingencias mediadas por otros. Así, se produce una dependencia de las contingencias que proceden o median de otros y se genera una falta de ajuste a las contingencias directas y sucesivas que proceden del comportamiento. Esta regulación puede resultar destructiva si envuelve a la persona en torno al valor reforzante que tiene tanto lo que otros opinen como el hecho de tener razón, a pesar de que así no consiga lo que quiere en su vida. Es esencial en el proceso de socialización que se produzca el cambio desde la regulación verbal mediada por otros hacia otras formas más funcionales de ajustarse al ambiente, como el rastreo de huellas y por reglas que alteren las condiciones presentes.

También se observa un *tracking* inefectivo, ya que se realiza una regulación verbal del comportamiento, sobre la base de reglas improbables y paradójicas, sobredimensionada o aplicada en áreas en las que resulta siempre inefectiva. Un seguimiento sobredimensionado de reglas de rastreo ocurre cuando alguien tiene un plan o sigue reglas con el fin de alcanzar un resultado final.

Por último, el *augmenting* inefectivo se manifiesta en la tendencia a unir la forma y la cualidad de los eventos privados con el objetivo de tener éxito en la vida. Se trata, por tanto, de reglas de rastreo que actúan cambiando la función motivacional de los estímulos presentes. Es el caso si el sistema que guía el comportamiento de la persona incluye la regla de que solo se puede tener una vida plena si desaparecen los recuerdos, pensamientos o las sensaciones negativas. Cuando la necesidad de cambiar estos contenidos cognitivos se convierte en el objetivo, las condiciones circundantes se transforman ante la necesidad de eliminarlos.

En definitiva, cuando el comportamiento de una persona se ajusta a estas reglas y el resultado de este funcionamiento adquiere propiedades limitantes, hay que buscar

alternativas a estos tipos de regulación. La alternativa supone el debilitamiento de las reglas alteradoras que conducen a la lucha o el cambio inútil de los eventos privados valorados de forma negativa y vividos como barreras para hacer lo que realmente importa en la vida.

### ***2.2.3. Componentes y métodos clínicos.***

El principal objetivo que persigue el terapeuta mediante ACT, es que el cliente camine por su vida, distinguiendo entre lo que puede y quiere cambiar, y lo que no es objeto de cambio, aprendiendo a estar dispuesto o abierto a las funciones verbales de los eventos privados en su compromiso con las elecciones dirigidas a sus valores. Se trata de conseguir que el cliente aprenda a vivir dirigiendo su andadura hacia una dirección valiosa, a la vez que coloca los eventos privados en su justo papel, de forma que no interfieran en su vida excepto cuando sean útiles para tal fin. Por tanto, ACT hace explícitas estrategias para analizar valores y ayudar al cliente a detectar qué quiere hacer con su vida. Además, incorpora diferentes herramientas que facilitan la apertura o el contacto con las funciones verbales aversivas de los eventos privados temidos (Luciano, 2001).

Así, los métodos clínicos adoptan una diversidad de estilos en el discurso del terapeuta que se amplifica para evitar las trampas de la literalidad. El terapeuta tiende a usar modalidades lingüísticas que son menos literales, es decir, que conforman estilos en la interacción verbal que minimizan el ajuste a reglas que pueda proveer el terapeuta, y sitúan la atención del cliente en la experiencia de sus actos, a la vez que reducen la discusión o razonamiento ineficaz. En resumen, se trata de minar o alterar la coherencia literal del lenguaje a través de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Wilson y Luciano, 2002).

Las *metáforas* se definen como fórmulas verbales que permiten socavar la lógica de tener razón y de dar razones como mecanismo de control de la evitación. Establecen un contexto verbal donde se valida la sabiduría que proporcionan las contingencias naturales o la experiencia del cliente con su conducta. Su principal ventaja es que son fáciles de recordar y pueden adoptar formas muy diversas, pero solo resultarán efectivas si contactan con la clase funcional de evitación. Así, la efectividad va paralela a que produzcan un cambio derivado de la nueva relación con los eventos privados en nuevas circunstancias. En resumen, tratan de establecer un contexto verbal donde se cuestiona la

racionalidad en ciertas áreas y donde se valida la sabiduría que proporcionan las contingencias experimentadas, al margen las reglas o razones que uno pueda proporcionarse.

Las *paradojas* son formulaciones verbales que resultan de la contradicción entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de evitación. Además, socavan las construcciones verbales que no ayudan en ciertas áreas, al aplicarse a fenómenos no controlables verbalmente y que, al hacerlo, proporcionan resultados paradójicos.

Los *ejercicios experienciales* constituyen las técnicas principales en ACT. Están diseñados para ayudar al cliente a establecer contacto directamente con las funciones verbales temidas y que experimente de primera mano el funcionamiento de sus propios procesos verbales. Por tanto, los beneficios de este tipo de ejercicios son múltiples:

- ❖ Permiten que el cliente tome contacto con el contenido o material psicológico evitado en un contexto seguro. Además, la práctica con el material evitado se promueve en un nuevo funcionamiento marcado por la dirección que para el cliente es valiosa.
- ❖ Informan al cliente de los eventos privados cuando están ocurriendo, por lo que se aprecia más fácilmente el autoconocimiento sobre el proceso evaluativo, de forma que se pueda promover el desligamiento no juicioso y su práctica en otras circunstancias.
- ❖ La vivencia de las funciones verbales es superior a la discusión, argumentación y reflexión sobre los defectos y problemas que genera el lenguaje.

Por todo lo anterior, los ejercicios experienciales se convierten en una parte relevante de los métodos clínicos en ACT, siempre que estén contextualizados o ubicados en una dirección valiosa.

Además, cabe añadir que estos tres tipos de métodos clínicos, aplicados en los ejemplos de conducta que el cliente muestra en sesión, generan o fortalecen un contexto verbal que llevará al cliente a plantear qué es lo que dice su experiencia y al servicio de qué está lo que hace, o si lo que está ocurriendo aquí y ahora le resulta familiar respecto a lo que ocurre en otros momentos de su vida (Luciano, 2001).

En cuanto a los componentes de ACT, se han expuesto con variaciones en sucesivas versiones que han ido incorporando los avances obtenidos en la investigación básica y aplicada. En definitiva, en el proceso seguido en ACT se distinguen varios componentes o fases destinadas a alterar o socavar los contextos verbales que sostienen el Trastorno de Evitación Experiencial, entre los que se encuentran (Luciano, 2001; Luciano et al., 2006):

- ❖ La experiencia de la *desesperanza creativa*, la cual se crea a partir de actuaciones dirigidas a generar las condiciones necesarias para que el paciente experimente lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a corto y largo plazo. Por tanto, el paciente termina situándose en contacto directo con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos, y así poder vivir. Sin embargo, el paciente acaba comprobando que esta estrategia no ha funcionado y que produce insatisfacción por la repercusión que ésta tiene en su vida personal. En resumen, se trata de actuaciones clínicas dirigidas a apreciar que la estrategia de control de los eventos privados para vivir es el problema, y no los eventos privados en sí, por lo que los métodos empleados irán destinados a aprender la acción de estar dispuesto totalmente a tener contenidos privados difíciles o no queridos.
- ❖ La *clarificación de valores* es el contexto básico en ACT, presente desde el inicio de la terapia, ya que sin este contexto de valor no habría sufrimiento, ni problema por resolver, y no sería posible la experiencia de la desesperanza creativa. Supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios que permitan al paciente distinguir qué quiere para su vida diferenciando entre trayectorias valiosas, objetivos a corto y largo plazo situados en esas trayectorias, acciones en dirección a esos objetivos en la trayectoria de valor, e identificar las barreras privadas que se interponen al actuar en dichos recorridos. Es decir, se trata de detectar las áreas de la vida que puedan ser importantes para la persona, trabajando para que el paciente discrimine las trayectorias de valor plenamente elegidas y controladas por reforzamiento positivo, y liberándose de aquellas estrategias y objetivos que le puedan perturbar al estar controladas por reforzamiento negativo.

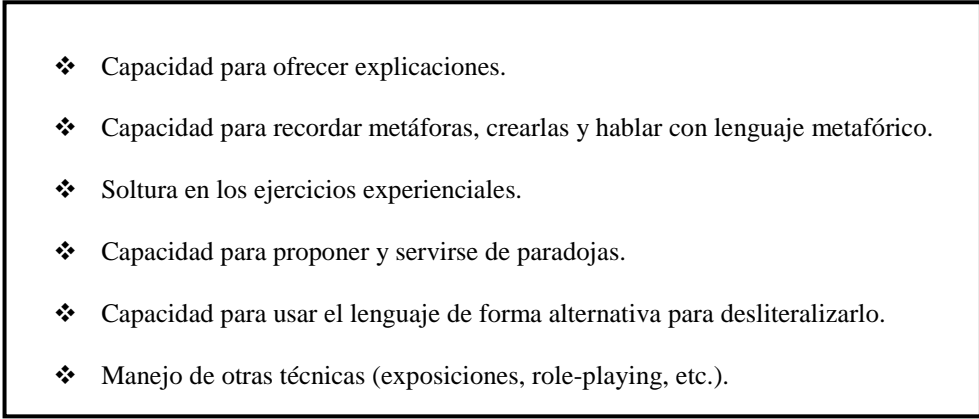
- ❖ *Identificar el problema con el control de los eventos privados* supone hacer más consciente al paciente de que sus esfuerzos de control se dirigen a evitar o a intentar cambiar eventos privados. Sin embargo, esto no resulta útil y puede llegar a convertirse en el problema mismo.
- ❖ La *desliteralización* consiste en aprender a diferenciar el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y de la persona que se está dando cuenta de ello. Este proceso tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, reduciendo la fijación entre palabras y funciones, situándolas en lo que son y desmantelando su poder funcional.
- ❖ La *diferenciación de las dimensiones del yo* supone experimentar el distanciamiento de los propios eventos privados desde un contexto seguro, único, intransferible y permanente. Sin embargo, esta experiencia de distanciamiento psicológico solo es viable desde la plena conciencia de lo que surge como ser verbal en cada momento, en el aquí y ahora, por lo que se requiere practicar con múltiples ejercicios para tomar conciencia del proceso o de la experiencia de darse cuenta de que uno es mucho más que un pensamiento, que se es suficientemente grande para tener todos los contenidos cognitivos.
- ❖ El *estar dispuesto a experimentar tales eventos* al escoger una dirección en su vida y ponerla en práctica, se consigue mediante acciones concretas en los caminos valiosos, con el objetivo de proporcionar múltiples ejemplos y oportunidades dentro y fuera de las sesiones en las que se pueda practicar el distanciamiento, el estar dispuesto a notar y a hacer lo que es valioso en cada momento.

En conclusión, trabajar con ACT es usar todos los elementos en mayor o menor grado, habiéndose observado que, para producir movimientos relevantes en forma de acciones valiosas, en la mayoría de los casos, la actuación clínica requiere práctica sistemática en todos los frentes. Además, es de gran importancia la práctica de la aceptación o el estar abierto a tener los eventos privados al exponerse abiertamente a ellos, mientras se actúa en la dirección valiosa.



#### **2.2.4. Habilidades terapéuticas.**

Barraca (2009) expone que para alcanzar los objetivos terapéuticos más sobresalientes de ACT, el terapeuta debe poseer un manejo muy particular del lenguaje verbal, así como una habilidad especial a la hora de poner en práctica los ejercicios experienciales (véase Figura 4).

- 
- ❖ Capacidad para ofrecer explicaciones.
  - ❖ Capacidad para recordar metáforas, crearlas y hablar con lenguaje metafórico.
  - ❖ Soltura en los ejercicios experienciales.
  - ❖ Capacidad para proponer y servirse de paradojas.
  - ❖ Capacidad para usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo.
  - ❖ Manejo de otras técnicas (exposiciones, role-playing, etc.).

*Figura 4. Habilidades terapéuticas para la práctica de ACT (Barraca, 2009).*

Hayes, Strosahl y Wilson (2014) tratan este tema en profundidad, y resaltan la importancia de que el terapeuta no solo se centre en los procesos de flexibilidad psicológica del cliente, sino que también debe servir como modelo de tales destrezas. Esto no quiere decir que los terapeutas deban ser iconos de flexibilidad psicológica, sino que el hecho de experimentar lo difícil de este trabajo sitúa al terapeuta en la piel del cliente, y la relación entre ambos se tiende a equilibrar. En resumen, lo principal es que el terapeuta asuma la importancia de las destrezas de flexibilidad y que se esfuerce por desarrollarlas tanto en el terreno personal como profesional.

Estos autores también establecen lo que distingue al terapeuta ACT eficaz del ineficaz. El terapeuta ACT eficaz ha de ser sensible hacia la conversación terapéutica que está teniendo lugar. Es decir, el proceso de la terapia no consiste solo en la simple aplicación de metáforas, ejercicios y conceptos de forma mecánica, sino que el terapeuta debe estar dispuesto a establecer con el cliente una relación que sea abierta, aceptante, coherente y consistente con los principios de ACT. Así, un rasgo característico de los terapeutas ACT eficientes es la renuncia a la literalidad y a la defusión del lenguaje, y la autoaceptación del propio terapeuta.

Además, el terapeuta ACT debe estar dispuesto a adoptar un punto de vista observador. De esta forma, el terapeuta desarrolla un desinterés casi intuitivo por los procesos de racionalización, explicación y justificación mediante conductas verbales, y prefiere un enfoque consciente y experiencialmente abierto respecto a las vivencias internas, observando lo que está presente y valorando de qué forma funciona. Sin embargo, si el terapeuta no es capaz de desarrollar la habilidad de adoptar una actitud de observador de los procesos cognitivos y verbales, difícilmente podrá transmitir esta habilidad al cliente.

El terapeuta ACT enfoca obstáculos, barreras y contratiempos personales como formas legítimas de desarrollo y experiencia. Por tanto, el éxito de la terapia se reducirá a la cuestión de si tanto el cliente como el terapeuta están dispuestos a aproximarse a estos obstáculos indeseables y a avanzar a través de ellos para conseguir un resultado que valore de verdad. Es decir, ambos deben hacer sitio para sus vivencias internas y hacer aquello que mejor funcione en cada situación concreta.

También se ha de tener en cuenta que, el terapeuta ACT que está dispuesto a tener en cuenta el lado espiritual, tiene más espacio para trabajar y dispone de mayor libertad de movimiento para apoyar el proceso de aceptación y cambio del cliente. La espiritualidad no supone recurrir a una religión estructurada, sino a una visión del mundo que reconozca los aspectos universales de la condición humana y que respete los valores y elecciones del cliente.

Uno de los atributos más importantes del terapeuta ACT es su postura de absoluto respeto mediante la cual se protege de un modo integral la facultad básica del individuo de procurar los fines que considera dignos de valor. La ACT está centrada en el cliente, por lo que para encaminar al cliente hacia los que realmente le puede ayudar, el terapeuta tiene que estar dispuesto a adoptar una postura que esté enfocada hacia la experiencia real del cliente en lugar de estarlo hacia sus ideas preconcebidas; pues, de lo contrario, la relación de cliente y terapeuta resultará asimétrica y fraudulenta.

El terapeuta ACT también respeta y fomenta la diversidad humana y responde de forma personalizada al contexto social que presenta cada individuo. Además, como el terapeuta ACT ha vivido las mismas dificultades que el cliente, tiene la oportunidad de sacar partido de las vivencias compartidas adoptando una actitud irónica o políticamente incorrecta respecto al enfoque que el cliente hace de su situación. La irreverencia del

terapeuta parte de la apreciación de los disparatados enredos verbales que acechan a todos los seres humanos. De esta forma, el terapeuta ACT consigue que el cliente se cuestione si debería o no tomarse sus problemas tan en serio.

Por último, y no menos importante, el terapeuta ACT debe ser humilde en la ayuda que ofrece. El terapeuta nunca ha de asegurar a los clientes que está convencido de poder ayudarlos, ya que éstos vienen con un conjunto de dificultades que es propio e idiosincrásico. Por tanto, ellos serán los jueces últimos respecto al éxito del tratamiento, algo que resulta apropiado ya que ellos mismos fueron los jueces que consideraron que necesitaban tratamiento (Wilson y Luciano, 2002).

### ***2.2.5. La Terapia de Aceptación y Compromiso frente a la Terapia Cognitivo-Conductual.***

Como comprobaremos a lo largo de la exposición del caso clínico incluido en este documento, la intervención diseñada para abordar dicho caso se realizó desde dos perspectivas que, a simple vista, parecen ser muy diferentes. En primer lugar, se trabajó desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, expuesta anteriormente; sin embargo, debido a las características del caso y a la forma de abordar éste por la psicóloga responsable del mismo, se decidieron emplear algunas técnicas procedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual para completar la intervención realizada.

Tradicionalmente, los terapeutas cognitivo-conductuales han sido formados con el objetivo de ayudar a sus pacientes a librarse de sus pensamientos intrusos o inadaptados, desarrollándose durante décadas distintos procedimientos para extinguir, disminuir y/o cambiar dichos pensamientos. Sin embargo, en la actualidad estas técnicas han sido cuestionadas tanto desde la investigación básica como desde el campo clínico aplicado. De esta forma, se han ido abriendo paso las terapias de conducta de tercera generación, las cuales proponen recurrir a los métodos de aceptación y Mindfulness ante la aparición de este tipo de pensamiento (Barraca, 2011).

Por tanto, ACT se presenta como un desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual, resultante de la aplicación práctica de los hallazgos procedentes de la Teoría del Marco Relacional. A pesar de esto, la relación entre ACT y la Terapia Cognitivo-Conductual levanta polémicos desencuentros, debidos principalmente a desconocimientos y simplificaciones mutuos. Además, hay quienes afirman que ACT no aporta nada nuevo,

que es lo mismo de siempre desde un envoltorio diferente, mientras que otros afirman que es un avance importante y fundamental en la Terapia Cognitivo-Conductual (Forman, 2006, citado por García, 2006, p.288). En consecuencia, se plantea la cuestión de la coherencia y compatibilidad de ambas aproximaciones.

Algunos autores (Ciarrochi y Robb, 2005; Ciarrochi, Robb y Godsell, 2005; Ellis, 2005; citados por García, 2006, p.298) ven factible dicha convergencia, afirman que se puede dar y proponen pasos para ello. Sin embargo, otros autores (Hayes, 2005, citado por García, 2006, p.299) ven problemas serios en cuanto a la aproximación entre ambas, relacionados con las diferencias existentes entre ellas.

Así, desde un punto de vista filosófico, la Terapia Cognitivo-Conductual sostiene que hay una verdad objetiva y nuestro pensamiento se tiene que ajustar a ella para ser saludable. Por tanto, nuestras ideas han de tener una estructura lógica, ya que los problemas psicológicos se deberían al desajuste entre la realidad y la lógica, y el pensamiento de la persona. Por otra parte, ACT se basa en el Contextualismo Funcional que, como se ha mencionado anteriormente, considera que algo es verdad cuando avanza en la dirección buscada y proporciona el resultado esperado. Por último, considera la existencia de algunos pensamientos irracionales y alejados de la realidad, que no causarían ningún problema ni psicopatología, si no impiden o dificultan a la persona el seguimiento de sus valores.

En cuanto a la consideración del sufrimiento, ACT sostiene que existe un grado de sufrimiento que es inherente a la vida y, por tanto, inevitable. Sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual apoya al paciente en su lucha por alcanzar la supresión total del sufrimiento.

Otra de las diferencias se encuentra en la teoría científica que sustenta cada aproximación. Mientras que la Terapia Cognitivo-Conductual se basa en la psicología cognitiva y en el procesamiento de la información, considerando que los pensamientos son la causa de la conducta; ACT se apoya en los hallazgos mantenidos por la Teoría del Marco Relacional, y considera que la salud psicológica se encuentra tras la ruptura del vínculo entre el pensamiento y la acción.

La última de las diferencias se encuentra en la aplicación práctica de las técnicas. Aunque ambas orientaciones terapéuticas sostienen que lo que se debería de enseñar al

paciente es que tener un pensamiento no implica que éste se vaya a realizar o se tenga que comprobar, ambas siguen un camino diferente para llegar a esta propuesta. Por un lado, la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en cuestionar la lógica implícita en su pensamiento emocional, comprobando su falsedad. Por otro lado, ACT se sirve de la desesperanza creativa, planteando si ha servido para algo la lucha contra el pensamiento e intentar suprimirlo, y animando a aceptarlo y seguir con sus valores.

Además, desde la perspectiva de ACT, las metáforas y las paradojas son fundamentales para el cambio, en lugar de la discusión abierta y directa. En cuanto a los experimentos conductuales, la Terapia Cognitivo-Conductual los considera una herramienta más para demostrar la lógica y ajuste a la realidad de los pensamientos; no obstante, ACT los considera centrales para el cambio.

Teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo de este apartado, se puede concluir que ACT se presenta como una nueva forma de hacer Terapia Cognitivo-Conductual, una evolución que aporta elementos importantes al quehacer diario del psicólogo clínico. Además, ACT hace aportaciones a las técnicas más empleadas en la Teoría Cognitivo-Conductual y que más éxito cosecha, como es la exposición. Por tanto, la posible coherencia o incompatibilidad entre ambos enfoques debería reflejarse en el campo de la práctica clínica, en lugar de en la discusión de sus principios teóricos y filosóficos. Teniendo en cuenta que la incorporación de ACT a otras corrientes terapéuticas, como la Terapia Cognitivo-Conductual, puede proporcionar resultados que dichas corrientes no han podido ofrecer de forma efectiva.

### 2.3. Referencias bibliográficas de la segunda parte.

- American Psychiatric Association (APA). (1996). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Antony, M. M. y Barlow, D. H. (2007). Fobia específica. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos I. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety It's Panic Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., y Cohen, E. M. (2002). Psychosocial Treatments for Panic Disorders, Phobias, and Generalized Anxiety Disorders. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A Guide Treatments that Work (2<sup>nd</sup> Ed.)* (pp. 301-335). Nueva York: Guilford University Press.
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación [Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy]. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 43-63.
- Capafóns, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452.
- Ciarrochi, J., y Robb, H. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 2: Applications. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 107-130.

- Ciarrochi, J., Robb, H. y Godsell, C. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 79-106.
- De Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 153-168.
- Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. y Payne, L. L. (1980). Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- Forman, M. E. (2006). Rival theories, flaming ListsServes and empirical data: the three-ACT story of whether Acceptance and Commitment Therapy is anything new or different. *WorldCon II The second world conference on ACT, RFT and Contextual Behavioural Science*. Londres.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Gallops, M. S., Martin, L. y., Aaronson, C., Gorman, J. M., Lievowitz, M. R., y Klein, D. F. (1990). Familial transmission of simple phobias and fears. *Archives of General Psychiatry*, 47, 252-256.
- García, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *Revista de Psicología y Pedagogía. Edupsyké*, 5, 287-304.
- Haidt, J., McCauley, C., y Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713.
- Hayes, S. C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 131-151.

- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49 (1), 33-47.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C., Wilson, K. G., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavior disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Kozak, M. J. y Montgomery, G. K. (1981). Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene elicited fainting (vasodepressor syncope). *Behavioural Psychotherapy*, 9, 316-321.
- Lader, M. H., Gelder, M. G, y Marks, I. M. (1967). Palmar skin conductance measures of predictions of response to desensitization. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 283-290.
- Luciano, M. C. (2001). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso [Advances from Acceptance and Commitment Therapy]. *Revista de Psicología y Pedagogía. Edupsyké*, 5 (2), 173-201.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.



- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Öhman, A. (1987). Psychophysiology of emotion: An evolutionary-cognitive perspective. En P.K. Ackless, J. R. Jennings y M. G. H. Coles (Eds.), *Advances in psychophysiology* (vol. II). Londres: JAI Press.
- Öhman, A., Dimberg, V., y Öst, L. G. (1985). Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.); *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 123-178). Nueva York: Academic Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Öst, L. G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Pérez-Testor, C. (2015). Trastornos fóbicos. En A. Jarne y A. Talarn (Eds.), *Manual de Psicopatología Clínica* (pp. 269-295). Barcelona: Herder.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380-396.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dyckinson.

- Sandín, B. (2009). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Coords.), *Manual de psicopatología. Volumen II* (pp. 91-136). Madrid: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1970). On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 2, 307-320.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. En M. Pérez., C. Fernández, I. Amigo y J. R. Fernández (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 235-247). Madrid: Pirámide.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2014). Fobia específica. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble, (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª edición)* (pp. 161-182). Madrid: Pirámide.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. y Rachman, S. (1960). Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 135-148.

### **3. TERCERA PARTE: EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO, DE SU EVALUACIÓN Y DE SU TRATAMIENTO.**

Comienza aquí la presentación del caso clínico que sirve de base a este trabajo. Para organizar sus contenidos, se han tomado como base las recomendaciones sobre cómo publicar un caso clínico que figuran en el artículo *Normas para la redacción de casos clínicos* (Buela-Casal y Sierra, 2002), si bien han sido adaptadas en lo necesario a las características de un trabajo formativo, como es el caso.

El texto elaborado se basa en la forma de entender y tratar el caso de la psicóloga responsable del mismo, D<sup>a</sup>. Luisa Pardo González.

#### **3.1. Resumen del caso.**

En el presente trabajo, se incluye el caso de una mujer de 42 años que acude a consulta tras haber sufrido un ictus meses atrás. La paciente refiere que, desde que sufrió el ictus, experimenta un gran temor a que éste se repita, y evita ciertas situaciones en las que el miedo es más acusado.

Tras realizar la evaluación inicial, se concluye que se cumplen los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-5 para la fobia específica y se inicia el tratamiento. El tratamiento se realiza a lo largo de nueve sesiones de una hora de duración y de frecuencia variable, según los avances que se van observando durante el desarrollo de las sesiones. El trabajo se realiza, principalmente, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, usando las metáforas y ejercicios más acordes para este caso. No obstante, también se han incluido técnicas procedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual y de Mindfulness.

Tras finalizar las sesiones de tratamiento, se observa una evolución muy positiva en la paciente, pues consigue vencer muchos de sus miedos y recuperar la mayoría de las actividades que dejó de realizar a causa de éstos.

### **3.2. Descripción del caso.**

R., mujer de 42 años, enfermera, casada y con dos hijos de dos y ocho años de edad. Acude por primera vez a consulta porque, hace unos meses, sufrió un ictus y siente mucho miedo a que éste se repita. No puede dejar de pensar que puede sufrir otro ictus en cualquier momento, y siente temores constantes ante dicha posibilidad.

R. se define como una persona que siempre ha sido muy responsable, sin problemas para ocuparse de las tareas domésticas, cuidar a su familia y trabajar. Además, añade que, en los últimos años, a sus ocupaciones diarias se les ha unido el cuidado de sus padres, los cuales se encuentran impedidos por su edad.

En cuanto a la relación con su marido, la describe como buena. Lo considera una persona muy trabajadora, pero que no suele ayudarle mucho en casa, pues no sale de trabajar hasta cerca de las nueve de la noche. Por tanto, ella se ocupa de llevar a los niños a la escuela y a la guardería, de cuidar a sus padres y trabajar.

Describe su ritmo de vida como muy acelerado, ya que “me preocupa que todo salga bien y me paso los días sin parar de hacer cosas”. Además, trabaja en un hospital y suele hacer bastantes guardias nocturnas, para ganar el mayor dinero posible. Por tanto, suele dormir muy poco, unas dos o tres horas al día, independientemente de que tenga o no que trabajar por la noche.

Los meses anteriores al ictus los vive muy ajetreados por la realización de un cambio de domicilio. Ella sola se encarga de recoger la vivienda anterior por completo, limpiar la casa nueva y acomodar los muebles y demás enseres; además de trabajar, y encargarse de sus hijos y de sus padres. No recibe ayuda de su marido, ya que estaba trabajando, y tampoco pide ayuda a sus amigas y hermanos con la mudanza.

En septiembre, cuando ya ha finalizado la mudanza, empieza a notar que un lado del cuerpo y de la cara se le empieza a dormir. Por su profesión, sospecha que es algo neurológico y acude a Urgencias. Recibe el diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular, o ictus, y permanece ingresada durante dos semanas. Tras someterle a varias pruebas, los neurólogos concluyen que no ha habido ningún factor físico desencadenante del ictus y que, lo más probable, es que la causa del mismo esté relacionada con su ritmo de vida tan acelerado.

La recuperación física es buena, pero aparecen muchos miedos, pensamientos y comportamientos obsesivos alrededor de la enfermedad. Su mayor miedo es que el ictus se vuelva a repetir. Cuando este temor aparece se pone muy nerviosa, y le sucede en diferentes lugares y, sobre todo, cuando está sola con los niños. Por esto, evita quedarse sola, ha dejado de conducir, no se siente capaz de retomar su trabajo y se observa constantemente, en busca de síntomas que puedan predecir la repetición de la enfermedad.

Cuando acude a consulta dice que quiere “volver a ser la de antes, con su vida de hacer mil cosas a la vez sin tener esos miedos”.

### **3.3. Evaluación psicológica y diagnóstico psicopatológico.**

#### ***3.3.1. Descripción de las conductas problemáticas actuales.***

A partir de la información proporcionada por la paciente en las primeras sesiones, se han definido una serie de conductas como problemáticas. Estas conductas forman parte del problema por el que la paciente ha acudido a consulta y, a su vez, contribuyen al agravamiento y al mantenimiento del mismo. Dichas conductas han derivado, como consecuencia, en el seguimiento de un estilo de vida muy limitado, el cual consiste en un abandono progresivo de las actividades que la paciente consideraba indispensables para avanzar en su trayectoria vital.

Por un lado, la principal conducta problemática detectada es la conducta fóbica ante la posible repetición del ictus. Esta conducta se define como un miedo acusado a que dicha enfermedad se repita, y se traduce en la presencia constante de pensamientos y obsesiones relacionados sobre el momento en que sufrió el ictus. Además, la paciente afirma que no puede dejar de pensar en qué hubiese pasado si la situación hubiese sido mucho más grave, y que lo que más le preocupa es que, en el caso de que esta situación se repitiera, cómo la afrontarían sus hijos y qué sería de ellos. A esto hay que añadir que la paciente, debido a su profesión, ha presenciado varios casos en los que la repetición de un ictus no ha tenido un pronóstico positivo y, por tanto, considera que su integridad física se vería muy deteriorada si sufriera un nuevo ictus. Así, todos estos pensamientos y razonamientos han ido gobernando el día a día de la paciente, hasta el punto de tener que abandonar ciertas actividades consideradas placenteras por la angustia que dichos pensamientos le producen.

De esta forma, la paciente reconoce que ha ido desarrollando una gran angustia a quedarse sola, pues si el ictus se repitiera sería muy difícil que alguien la pudiera auxiliar y no recibiría atención médica a tiempo. Además, informa que esta angustia e inquietud se incrementa en compañía de sus hijos, pues teme que se queden desatendidos si a ella le pasara algo. Como consecuencia de esta situación, la paciente ha ido dejando de lado numerosas actividades que le resultaban gratificantes y/o necesarias para vivir como a ella le gustaría, entre las que se encuentran trabajar, conducir y disfrutar del tiempo que está en compañía de sus hijos.

Por otro lado, cuando la paciente acude a consulta, confía en que el tratamiento psicológico recibido le permitirá continuar con su vida tal y como era antes de sufrir el ictus. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que el estilo de vida mantenido anteriormente no se caracterizaba por ser saludable, sino que englobaba un conjunto de conductas que, a largo plazo, podrían seguir afectando de forma negativa a su salud física y mental. En otras palabras, se trata de conductas que forman parte de un estilo de vida muy acelerado, en el que todo lo hace con prisas, sin contar con tiempo para disfrutar de sus aficiones o para estar en pareja o con sus hijos. Además, los especialistas que la trataron cuando sufrió el ictus identificaron una serie de conductas como desencadenantes del mismo, entre las que se incluyen las siguientes:

- ❖ Adoptar más obligaciones de las que puede afrontar, sin contar con la ayuda de su marido o hermanos, ya que solo confía en que las cosas saldrán bien si es ella la encargada de realizarlas.
- ❖ Mantener un horario laboral excesivo que, aunque le proporcionaba mayores ingresos, le suponía sacrificar tanto su tiempo de ocio como el mantenimiento de unos hábitos adecuados de sueño.
- ❖ Descuidar la alimentación y la actividad física.

En resumen, las conductas descritas en este apartado –la conducta fóbica ante la hipotética repetición de un ictus y el mantenimiento de un estilo de vida acelerado y poco saludable–, constituirán la base sobre la que se asentará la posterior intervención psicológica; la cual se centrará tanto en el trabajo con diferentes técnicas como en la adquisición de nuevas estrategias, que impidan que estas conductas sigan suponiendo una fuente de limitaciones y problemas para la vida de la paciente.

### ***3.3.2. Procedimientos de evaluación aplicados y resultados.***

La evaluación inicial se llevó a cabo en las dos primeras sesiones, y se empleó la entrevista como única técnica evaluativa. Esta técnica, a través de la conversación entre terapeuta y paciente, permitió la obtención de numerosa información acerca de la historia de vida de la paciente y del problema por el que acude a consulta. Además, no solo se recogieron hechos objetivos acerca de la problemática objeto de tratamiento, sino que también se pudieron obtener las interpretaciones subjetivas realizadas por la paciente sobre el origen y mantenimiento del problema.

Sin embargo, la entrevista realizada no solo se limitó a la recogida de la información proporcionada por la paciente, sino que también contribuyó al establecimiento de la primera toma de contacto, por parte de la terapeuta, con la paciente; la cual contribuyó al desarrollo de una buena relación terapéutica, cuestión indispensable para asegurar el éxito del tratamiento psicológico futuro.

En resumen, la entrevista semiestructurada empleada a lo largo de las sesiones de evaluación permitió la obtención de información relacionada con los aspectos que se detallan en la Figura 5. Además, la información obtenida se empleó para realizar una descripción detallada del caso que contribuyó al establecimiento de las hipótesis clínicas expuestas en el siguiente apartado.

- 1. Datos personales:**
  - a. Nombre completo.
  - b. Fecha de nacimiento.
  - c. Dirección postal.
  - d. Teléfono de contacto.
  - e. Profesión.
  - f. Estado civil.
  - g. Situación económica y familiar.
  
- 2. Motivo de consulta:**
  - a. Definición del problema por el que la paciente acude a consulta.
  
- 3. Historia personal:**
  - a. Datos relevantes sobre las diferentes etapas vitales de la paciente.
  - b. Antecedentes familiares.
  - c. Vida actual.
  - d. Características del ambiente sociofamiliar.
  - e. Asistencia psicológica anterior.
  
- 4. Información acerca del problema que afecta a la paciente:**
  - a. Características, intensidad, frecuencia, duración, desarrollo y evolución de los síntomas.
  - b. Cómo afecta el problema en su vida personal.
  - c. Interpretaciones, por parte de la paciente, del problema.
  - d. Factores que contribuyen al mantenimiento y/o agravamiento del problema.
  
- 5. Otra información relevante:**
  - a. Creencias y expectativas.
  - b. Características de la personalidad.
  - c. Calidad de las relaciones sociales.
  - d. Satisfacción con la vida actual.
  - e. Actividades e intereses.

Figura 5. Aspectos tratados durante la entrevista de evaluación.

### **3.3.3. Hipótesis clínica.**

En este apartado se describen las principales causas que originaron y que mantienen la conducta fóbica en la paciente, con el objetivo de planificar la intervención psicológica más adecuada en función de las características del caso. En la Figura 6 se recoge un análisis gráfico de dichos aspectos.



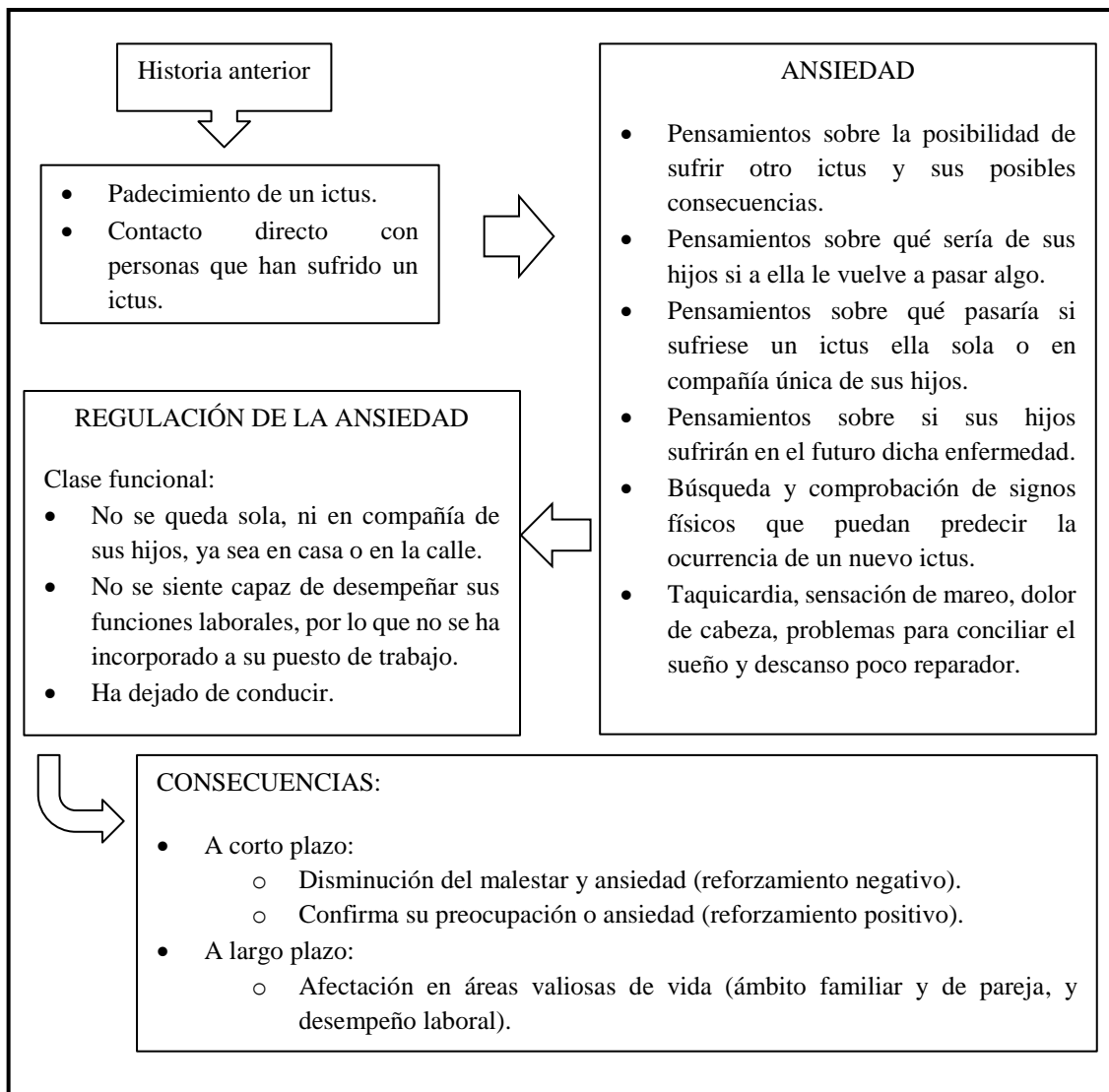


Figura 6. Análisis funcional del problema motivo de consulta.

A lo largo de la trayectoria vital de R. destacan ciertos episodios relacionados con su problemática actual. Por un lado, el contacto, debido a su profesión, con personas que han padecido esta enfermedad y el consecuente conocimiento de sus consecuencias y pronóstico. Por otro lado, como ya se ha mencionado a lo largo de la descripción del caso, R. sufrió un ictus el pasado mes de septiembre que le obligó a permanecer ingresada en un centro hospitalario durante dos semanas. Desde que este suceso tuvo lugar, la paciente no ha sido capaz de pensar en otra cosa y afirma que, desde que recibió el alta hospitalaria, solo piensa en la posibilidad de sufrir un nuevo ictus. Además, desde entonces no dejan de asaltarle pensamientos relacionados con este asunto y tampoco puede dejar de pensar en qué pasaría si el ictus se repitiera estando sola o en compañía única de sus hijos.

Ante estos pensamientos, R. empezó a sentir signos de ansiedad y malestar cuando debía de quedarse sola o en compañía de sus hijos, tanto dentro como fuera de casa, y comenzó a dejar de lado actividades que consideraba peligrosas en el caso de sufrir un nuevo ictus, como salir a la calle sola o en compañía de sus hijos, conducir y acudir a su puesto de trabajo. Además, empezó a observarse más con el objetivo de detectar posibles síntomas físicos que pudieran predecir el inicio de un nuevo ictus, lo que contribuía a aumentar más su malestar y ansiedad.

De esta forma, cuando R. percibe una situación como peligrosa para su integridad física o la de sus hijos si se produjera un nuevo ictus, pone en marcha una serie de conductas destinadas a un mismo objetivo, la regulación del malestar y la evitación de las situaciones temidas. Estas conductas son deliberadas y proporcionan una serie de consecuencias beneficiosas a corto plazo. Por un lado, alivian el malestar y la ansiedad que le produce la anticipación de dichas situaciones (reforzamiento negativo); por otro lado, R. confirma a través de estas conductas su perspectiva de la situación y demuestra que tiene razón (reforzamiento positivo).

Sin embargo, estas conductas pueden resultar problemáticas a largo plazo. Principalmente, tendrían grandes repercusiones en áreas valiosas de la vida de R., contribuyendo al agravamiento y mantenimiento del problema.

#### ***3.3.4. Diagnóstico psicopatológico.***

A partir de la información obtenida tras realizar la evaluación psicológica, se concluye que R. presenta una fobia específica de otro tipo, debido a la posible repetición de un ictus, al cumplir los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (APA, 2014). Dichos criterios diagnósticos se corresponden con los que se presentan a continuación:

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

*Especificar si:*

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

**300.29 (F40.218) Animal** (p. ej., arañas, insectos, perros)

**300.29 (F40.228) Entorno natural** (p. ej., alturas, tormentas, agua)

**300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida** (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

**Nota de codificación:** Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue:

**F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones;

**F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

**300.29 (F40.248) Situacional** (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

**300.29 (F40.298) Otra** (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

**Nota de codificación.** Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

### **3.4. Tratamiento psicológico.**

#### **3.4.1. Objetivos terapéuticos.**

El *objetivo general* que se persigue al aplicar la intervención psicológica es la disminución o eliminación de la sensación de miedo a que en cualquier momento pueda repetirse el ictus. Además, este objetivo puede concretarse en otros más específicos con el fin de facilitar la intervención y la consecución del objetivo principal. Así, los *objetivos específicos* que se pretenden conseguir a lo largo del desarrollo de las sesiones de tratamiento se corresponden con los siguientes:

- Identificar las situaciones concretas en las que aparece el miedo.
- Propiciar la exposición a las situaciones temidas, facilitando alternativas a las conductas de evitación y escape.
- Proporcionar estrategias que contribuyan al afrontamiento.
- Establecer alternativas de actuación ante la presencia de los pensamientos considerados negativos por la paciente.
- Contribuir al entendimiento de que el estilo de vida llevado anteriormente por la paciente no era sano ni beneficioso.
- Fomentar la instauración de un estilo de vida saludable.
- Aprender a pedir ayuda a los demás y delegar responsabilidades en ellos.
- Motivar a la paciente para la realización de actividades que le resulten agradables y que contribuyan al disfrute de su tiempo libre.

Una vez expuestos los aspectos sobre los que intervenir durante el tratamiento, se procederá a la selección de las técnicas terapéuticas más adecuadas para la consecución de dichos objetivos.

### ***3.4.2. Selección de las técnicas terapéuticas más adecuadas.***

Para el desarrollo del tratamiento psicológico, se han seleccionado una serie de técnicas a través de las cuales se pretenden cumplir los objetivos expuestos anteriormente.

Por un lado, se ha decidido iniciar el tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, seleccionando las metáforas y recursos más acordes para el caso expuesto. El trabajo desde esta terapia ha estado dirigido, en primer lugar, al establecimiento de un estado de desesperanza creativa en el que la paciente ha contactado con las experiencias y acciones realizadas que han contribuido al agravamiento de su problema, con el objetivo de buscar alternativas de acción futuras. Además de esto, se consideró relevante el establecimiento, por parte de la paciente, de aquellos aspectos que consideraba importantes y valiosos en su vida, pues se consideraron indispensables para mantener la motivación y compromiso con la terapia. Por último, se estimó necesario trabajar tanto la forma de actuar ante los pensamientos negativos que había mantenido la paciente, como

el modo en el que se enfrentaba a ellos, pues estos aspectos resultaban en una fuente de limitaciones en la vida de la paciente.

Por otro lado, se incluyen técnicas propias de la Terapia Cognitivo-Conductual, como la exposición y la desensibilización sistemática. La elección de estas técnicas se basa en que la paciente necesitaba afrontar directamente una serie de situaciones que le producían malestar, como conducir o estar sola. Por tanto, se escogieron estas técnicas para facilitar el afrontamiento a las situaciones temidas y establecer una respuesta que no supusiera la evitación o escape de dicha situación. Además, se incluyeron otras técnicas, como el mantenimiento de un diálogo interno positivo.

Por último, se incluyó la meditación o Mindfulness en el tratamiento, con el objetivo de facilitar la atención plena y despejar la mente de los pensamientos negativos o “basura mental” que sufría la paciente.

### ***3.4.3. Aplicación y desarrollo del tratamiento psicológico.***

La intervención psicológica se ha distribuido a lo largo de nueve sesiones, en cada una de las cuales se han trabajado distintos aspectos relacionados con la problemática de la paciente. La duración de cada sesión ha sido de una hora, aproximadamente, y la frecuencia de las mismas ha ido variando según la evolución de la paciente. Así, las sesiones de la primera a la quinta han tenido lugar de forma semanal; las sesiones de la sexta a la octava, se han realizado cada 15 días; y, por último, la novena sesión, se realizó de forma mensual.

A continuación, se realiza una descripción del desarrollo de dichas sesiones, describiendo las técnicas utilizadas y los avances conseguidos durante las mismas.

#### ***3.4.3.1. Primera sesión.***

A lo largo de esta sesión tiene lugar la primera toma de contacto con la paciente. Tras el saludo y las presentaciones correspondientes, la terapeuta procede a iniciar la entrevista de evaluación, mediante la cual se pretende obtener un conocimiento más profundo del problema y de las características personales de la paciente. De esta forma, R. comienza exponiendo de forma detallada, y mediante la ayuda de las intervenciones de la terapeuta, el motivo por el que acude a consulta, centrándose en su forma de comienzo, características, evolución y las consecuencias que éste implica en el transcurso de su día

a día. Además, este intercambio de información entre terapeuta y paciente transcurre de forma cordial, lo que indudablemente supone un gran paso en cuanto al establecimiento de una buena relación terapéutica, aspecto de vital importancia para asegurar tanto el buen funcionamiento como el éxito de la intervención a realizar en las próximas sesiones.

Antes de finalizar la sesión, la terapeuta propone a R. la realización en sesión de un ejercicio de Mindfulness, ya que la mayoría de nuestros pensamientos son “basura mental”. En lugar de centrarnos en el momento presente, dirigimos casi involuntariamente nuestro pensamiento hacia el pasado o hacia la anticipación de situaciones futuras. Por tanto, lo que se pretende con este ejercicio es liberar al cuerpo de estos pensamientos.

En primer lugar, se le pide que se siente cómodamente, con la espalda erguida y apoyada en la silla, los brazos relajados, los pies apoyados en el suelo, y los ojos cerrados. Se le indica que note cómo su espalda se apoya en el respaldo, cómo sus pies tocan el suelo y cómo sus brazos caen sobre el resto del cuerpo.

A continuación, se le pide que haga tres respiraciones, cogiendo el aire por la nariz y soltándolo por la boca. Entonces, se le indica que se centre en su respiración (“*nota cómo el aire entra y sale de tu cuerpo, cómo roza el aire al pasar por la nariz y cómo se eleva y baja tu vientre al soltarlo*”).

La tarea continúa de esta forma, mediante la observación de la respiración y respetando como es en cada momento. Además, se le indica que es posible que se distraiga durante la realización de la misma, por lo que se le sugiere que, si esto sucediera, vuelva a dirigir amablemente la atención a la respiración.

Una vez finalizado este ejercicio, es propuesto como práctica para realizar en casa, con la indicación de ponerlo en práctica cada día durante 15 minutos, y se da por finalizada la sesión hasta la próxima semana.

#### *3.4.3.2. Segunda sesión.*

En esta sesión se continúa con la evaluación inicial y la recogida de información sobre la problemática que expone R. Concretamente, lo que se persigue en esta sesión es completar la información obtenida durante el día anterior. Así, a la información obtenida anteriormente sobre el motivo de consulta, se le unen los detalles sobre su vida anterior y

actual que pueden ser relevantes para la intervención, información sobre el estado de sus relaciones familiares y sociales, y las creencias y expectativas que la paciente mantiene en cuanto al desarrollo del tratamiento psicológico.

Una vez obtenida la información necesaria para elaborar la correspondiente descripción del caso y análisis funcional, se retoma el ejercicio de Mindfulness propuesto la semana anterior. La paciente indica que lo ha realizado, pero no todos los días por no encontrar un momento apropiado. Por tanto, se vuelve a realizar dicho ejercicio en sesión, siguiendo las mismas pautas proporcionadas con anterioridad, y se le anima a seguir practicándolo, pues son muchos los beneficios que éste le puede proporcionar en su vida diaria y en su estado de ánimo.

Por último, antes de que la paciente abandone la sesión, la psicóloga realiza un resumen de las expectativas que la paciente ha depositado en la terapia, con el objetivo de proponer de forma conjunta una serie de cuestiones que se trabajarán a lo largo de las próximas sesiones. Dichas cuestiones o aspectos a trabajar son los siguientes:

- ❖ Disminuir o eliminar la sensación de miedo, y de que en cualquier momento puede repetirse el ictus.
- ❖ No tener pensamientos negativos sobre su enfermedad y sobre el futuro de sus hijos si a ella le pasara algo.
- ❖ Instaurar un ritmo de vida sano, en el que tenga tiempo para hacer deporte y cuidar su alimentación.
- ❖ Aprender a pedir ayuda cuando haga falta.
- ❖ Volver a conducir.
- ❖ Poder estar en la calle sola, con su hijo pequeño y no sentir miedo.

Así, una vez expuestos estos puntos y aprobados por la paciente, se concluye la sesión hasta la semana posterior.

#### *3.4.3.3. Tercera sesión.*

Al comienzo de la sesión se le pregunta a R. cómo le ha ido la semana, ésta informa que se siente un poco más tranquila porque está convencida de que ha tomado las medidas más efectivas para poner fin a su problema. Sin embargo, R. añade que se siente muy preocupada por su situación, ya que cada vez son más frecuentes los pensamientos acerca de la posibilidad de sufrir un ictus y últimamente nota que pasa más tiempo revisándose

en busca de posibles signos de dicha enfermedad. Además, indica que estos pensamientos y conductas le están ocasionando numerosas limitaciones, pues solo sabe evitar las situaciones en las que éstos se presentan y no puede seguir un ritmo de vida normal, como el que llevaba antes.

Sin embargo, ante esta última afirmación, la psicóloga considera necesario hacerle ver a la paciente que el ritmo de vida que seguía antes de sufrir el ictus no es sano, y que le ha proporcionado muchos más perjuicios que beneficios. Es decir, teniendo en cuenta el juicio de los médicos que la atendieron tras sufrir el ictus, esto es lo que le ha llevado a padecer sus problemas actuales y, como consecuencia, vivir una vida tan limitada.

Para ejemplificar este razonamiento se le propone la *Metáfora del hombre en el hoyo* (Wilson y Luciano, 2002), la cual cuenta la historia de una persona que se encuentra en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. La tarea de esta persona es correr por ese campo con los ojos vendados. Sin embargo, no sabe que en ese campo hay agujeros grandes y muy profundos. Así que empieza a correr por el campo y termina cayendo en uno de esos agujeros. Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede saltar hacia afuera y que no hay otras vías de escape. En la bolsa de herramientas que le habían dado solo hay una pala. Así que empieza a cavar, pero con eso lo único que ha conseguido es que el hoyo se vuelva cada vez más profundo. Por tanto, cavar no es la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen más hoyos. Cavando no se consigue una escapatoria, sino que se acaba hundiéndose más.

Así, se establece un paralelismo entre esta metáfora y la situación actual de R.: una vida caracterizada por una intensa preocupación por que todo salga bien, intentar llevarlo todo ella sola... solo ha hecho que se hunda más en su hoyo y sufrir un ictus. Además, los intentos por volver a salir de ese hoyo, es decir, observarse por si aparecen síntomas o evitar ciertas situaciones que podrían ser complicadas si en ese momento se repitiera el ictus, lo han hecho mucho más grande, de forma que se encuentra atrapada en una vida muy limitada.

De esta forma, R. reconoce que está de acuerdo con que vivir una vida así, siempre con prisas y preocupaciones, no es lo más ideal y que, por tanto, no quiere inculcárselo a sus hijos, ya que no quiere que ellos acaben pasando por el mismo problema por el que está pasando ella actualmente. Sin embargo, afirma que no sabe cómo hacerlo. En este punto, la psicóloga sugiere que quizás sería una buena idea empezar por ir descargando



responsabilidades en otras personas de su entorno, por lo que se finaliza la sesión reflexionando sobre la posibilidad de compartir las tareas relativas al cuidado de sus padres con el resto de sus hermanos.

#### *3.4.3.4. Cuarta sesión.*

Al inicio de la sesión la paciente comenta cómo le ha ido desde la última vez que acudió a consulta. De esta forma, R. manifiesta que los pensamientos negativos acerca de su enfermedad le siguen invadiendo, aunque es consciente de su irracionalidad. Además, añade que en esta semana ha conseguido encontrar un hueco cada día para realizar el ejercicio de Mindfulness que se le propuso en las primeras sesiones. Reconoce que, aunque no lleva mucho tiempo practicándolo, siente que este ejercicio le ayuda a liberar su mente de los pensamientos que la atormentan, aunque solo sea por menos de 15 minutos, ya que se distrae con cierta frecuencia. Ante este planteamiento, la terapeuta anima a R. a seguir realizando este ejercicio pues, solo a través la práctica, podrá aprovechar más ese tiempo de “respiro” para su mente.

Una vez abordado este tema, se retoma el trabajo terapéutico propiamente dicho. El objetivo principal de esta sesión es, a través de diferentes ejercicios, identificar los valores que rigen la vida diaria de R. El motivo por el que se persigue dicha actuación tiene que ver con que clarificar los valores de la paciente puede ser una gran ayuda a la hora de guiar el trabajo a lo largo de la terapia, permitiendo que el trabajo se centre en aquellas áreas o aspectos que se consideran más importantes o valiosos en su vida. Además, el reconocer determinados valores y el interés por conservarlos, permitirá que la paciente se sienta más comprometida con la terapia.

Para ello, se utiliza una versión de la *Metáfora del jardín* (Wilson y Luciano, 2002). En este caso, se pide a R. que dibuje un jardín con flores, en el que cada flor es un valor o un aspecto importante de su vida. Entre los valores que R. propone se encuentran el cuidado de sus hijos y sus padres, mantener una buena relación de pareja, conservar su trabajo y cuidar de su salud.

Teniendo en cuenta estos valores, la psicóloga le indica a R. que lo importante es dejarse llevar por ellos, y no perderlos de vista. Su jardín está formado por muchas flores diferentes, por lo que cada flor necesitará un cuidado distinto. Además, hay que tener en cuenta que en todos los jardines hay malas hierbas. La mayoría de las veces dedicamos mucho tiempo a cortarlas y arrancarlas, lo que provoca que descuidemos el resto de flores.

Sin embargo, las malas hierbas tienen un tiempo de vida muy corto y, con el tiempo, terminan desapareciendo. Sin embargo, si dedicamos nuestro tiempo a cortar las malas hierbas o a eliminar nuestros pensamientos negativos, por ejemplo, lo que éstas hacen es crecer con más fuerza. Por tanto, tenemos que aceptar no solo los pensamientos positivos, sino también los pensamientos negativos, pero la mayoría de nuestro tiempo y esfuerzo se lo tenemos que dedicar a los pensamientos positivos, pues en todo jardín siempre hay malas hierbas y, muchas veces, éstas sirven para algo.

Una vez que quedan claros los valores que gobiernan la vida de R., la psicóloga le invita a reflexionar qué podría hacer ahora mismo para seguir cuidando los valores o las flores que forman parte del jardín de su vida. Ante esta cuestión, R. responde que, en primer lugar, superar el problema por el que está acudiendo a consulta y, además, cuidar de su salud para poder cuidar de su familia. En cuanto a la segunda alternativa, la terapeuta propone que, como ella misma expuso en las primeras sesiones, hacer deporte puede ser una buena forma de cuidarse, por lo que le propone apuntarse a un gimnasio para abordar este propósito. Además, R. afirma en relación a la sesión anterior, que también va a empezar a tratar con sus hermanos el tema referente al cuidado de sus padres, para así disponer de más tiempo para ella misma.

Por último, se sugiere a R. que puede llevar consigo la representación del jardín que ha realizado en sesión, y mirarlo cuando sienta que se está alejando de sus valores.

#### *3.4.3.5. Quinta sesión.*

Desde las primeras sesiones, R. manifiesta estar muy centrada tanto en sus pensamientos negativos como sensaciones físicas. Estos pensamientos son los que dirigen su forma de vida actual y, por tanto, constituyen la principal fuente de limitaciones, ya que la realización o no de una conducta (por ejemplo, no salir a la calle con sus hijos o dejar de conducir) tiene como función principal la de intentar controlar la presencia o ausencia de dichos pensamientos. Por tanto, a lo largo de esta sesión se plantean una serie de metáforas y ejercicios para abordar la temática del control como problema.

En primer lugar, se le plantea a R. la *Metáfora de la lucha con el monstruo* (Wilson y Luciano, 2002). Se le pregunta si su problema con los pensamientos negativos se parece a una persona que estuviese unida a un monstruo por una cuerda y un foso entre ambos. Mientras el monstruo está tranquilo, esa persona no puede verlo, pero en cuanto despierta

se hace insoportable, y esa persona tira de la cuerda para tirar al monstruo al foso. A veces parece que se calma al tirar de la cuerda, pero lo que pasa a la larga es que cuanto más tira esa persona, más próxima está del filo del foso y más grande, fuerte y amenazante se está haciendo el monstruo. De esta forma, la persona tiene que estar pendiente constantemente de si el monstruo se levanta para tirar de la cuerda, por lo que su vida se limita a estar pendiente de la cuerda. A esa persona le gustaría no estar atado al monstruo, pero eso no es algo que se pueda cambiar. Una posibilidad para hacer su vida es soltar la cuerda y ver al monstruo; otra, que su vida se limite a estar pendiente de la cuerda.

Tras relatar esta metáfora, R. afirma que se siente muy identificada con ella pues, durante los últimos meses, está más pendiente de controlar su “monstruo particular” que de rehacer su vida. Además, afirma que cuanto más se propone no pensar en ciertas cosas, como que el día menos pensado va a sufrir otro ictus, más le cuesta alejar esos pensamientos de su cabeza. La psicóloga le explica que cuando uno intenta de forma deliberada no pensar algo, es muy común que esto resulte muy difícil o que, directamente, no funcione. Por ejemplo, si le dice que haga todo lo posible por no pensar en un coche rojo, ¿qué ocurriría? Efectivamente, R. responde que le resulta imposible no pensar en eso.

Llegados a este punto, la psicóloga reconoce la valía de los distintos intentos de R. por hacer frente a esos pensamientos. Sin embargo, el no poder superarlo y dejar de tener esos pensamientos no está relacionado con la persona en sí misma, sino que con lo que la persona intenta hacer. Dado que, a largo plazo, las soluciones que ha intentado poner en práctica R. para eliminar o disminuir los pensamientos negativos no han funcionado, habrá que intentar buscar otras alternativas que permitan avanzar en una dirección valiosa para R., aun cuando estos pensamientos estén presentes.

Por último, se retoman los temas tratados al final de la sesión anterior. Por un lado, ha conseguido hablar con sus hermanos acerca del cuidado de sus padres, y están empezando a organizarse y repartirse las distintas tareas. Por otro lado, afirma que ha estado mirando gimnasios y compaginando horarios. Además, se le pregunta si sigue realizando el ejercicio de Mindfulness que se le propuso en las primeras sesiones, y R. afirma que lo sigue realizando cada día, ya que le ayuda mucho a desconectar y a tener un rato exclusivo para ella y para despejar la mente.

#### *3.4.3.6. Sexta sesión.*

Se comienza la sesión comentando cómo ha transcurrido la vida de R. desde la última vez que acudió a consulta, ésta informa que ha comenzado a ir al gimnasio. Afirma que, aunque lleva poco tiempo haciendo deporte, esta actividad le está ayudando a relajarse más, descargar tensiones y descansar más, ya que el desgaste físico que le produce dicha actividad está contribuyendo a conciliar mejor el sueño.

Una vez finalizado este tema, se retoma la idea principal de la sesión anterior, pues los pensamientos siempre van a tender a aparecer y, dado que las soluciones que se han ido poniendo en práctica anteriormente no han producido el resultado deseado (eliminar los pensamientos negativos), se empezarán a trabajar una serie de estrategias a aplicar cuando el pensamiento se presente. Por esta razón, se propone un ejercicio de desensibilización sistemática, con el objetivo de hacer más llevaderas las situaciones en las que los pensamientos negativos sobre la repetición de un ictus le producen temor y malestar.

En primer lugar, se elabora una lista de las situaciones en las que se presenta el malestar, ordenadas de menor a mayor intensidad, que incluye: estar sola en casa, estar sola en casa con sus hijos, salir a la calle sola, salir a la calle sola con sus hijos, conducir sola y conducir sola con sus hijos. En esta sesión se trabajarán las dos primeras situaciones.

En cuanto al momento de estar sola en casa, R. añade que su principal temor en dicho momento es que el ictus se repita y no pueda acudir nadie a auxiliarla, por lo que la situación podría agravarse derivando en unas consecuencias muy negativas para ella. Sin embargo, afirma que cuando ha de quedarse sola en casa con los niños el temor empieza a ser el mismo, pero se va agravando, pues si se diera tal situación los niños quedarían desamparados hasta que su marido o alguna amiga se diera cuenta de que algo va mal.

De esta forma comienza el ejercicio, indicándole a R. que apoye los pies en el suelo, relaje el resto del cuerpo y se centre en la respiración. La psicóloga prosigue describiendo de forma detallada la primera de las situaciones. Se le pide que imagine el momento en el que se tiene que quedar sola en casa, el silencio que acompaña dicho momento, los pensamientos que suelen aparecer con mayor frecuencia, el temor y malestar que éstos le provocan... A continuación, la psicóloga indica que es el momento de regresar al

momento presente y de dejar atrás las malas experiencias del pasado. Así, se le pide que vuelva a centrarse en la respiración para ir, poco a poco, conectando con el momento actual. Una vez que R. afirma que está lista para continuar con la sesión, la psicóloga le pregunta acerca del grado de conexión que ha sentido con el momento vivido, y del nivel de malestar y las sensaciones que ha experimentado. R. informa que no ha sentido tanto miedo o ansiedad como cuando la situación ocurre de forma real, pero que sí se ha sentido bastante incómoda y ansiosa.

En cuanto a la segunda situación, se retoma el ejercicio una vez que la paciente informa que se encuentra preparada. En este caso, el procedimiento es muy similar al anterior, pero se añaden descripciones relacionadas con la presencia de sus hijos en casa y se tienen en cuenta los pensamientos que dicha presencia generan. En este caso, una vez que ha finalizado el ejercicio y la paciente ha regresado al momento presente, la psicóloga vuelve a consultar acerca del grado de conexión y el malestar experimentado. La paciente indica que no le ha costado tanto como antes el conectar con el momento, y que el malestar experimentado ha sido mucho mayor que en el ejercicio anterior.

De esta forma se procede a la finalización de la sesión, realizando un pequeño ejercicio de Mindfulness y recordando la importancia de seguir practicándolo con asiduidad. Además, se remarca la conveniencia de que, cuando se afronten las situaciones trabajadas, se reconozcan los pensamientos que surgen como “basura mental” y se proceda a centrarse en la respiración y el momento presente.

#### *3.4.3.7. Séptima sesión.*

En esta sesión se retoma el ejercicio de desensibilización sistemática que se inició en la sesión anterior. No obstante, antes de iniciar el ejercicio, se pregunta a R. sobre cómo han transcurrido los días desde la última sesión. La paciente manifiesta que ha estado poniendo en práctica lo tratado en la sesión anterior, afrontando las situaciones trabajadas siguiendo las indicaciones que se les proporcionó con anterioridad. Además, cuenta que se siente más segura, pues ya sabe cómo ha de actuar cuando los pensamientos y el miedo se presentan, sin recurrir a la evitación de dichas situaciones. Por último, añade que sigue practicando Mindfulness a diario y acudiendo al gimnasio de forma regular.

Una vez realizadas estas puntualizaciones, se retoma la desensibilización sistemática trabajándose, en este caso, las situaciones de ir sola por la calle y de ir en compañía de

sus hijos. El procedimiento a seguir se corresponde al de la sesión anterior. De esta forma, se comienza preparando a la paciente para el inicio de la descripción de la primera situación. Así, se solicita que imagine una situación en la que ella pasea a solas por un parque, indicándole que repare en las personas que también pasean y en las que están conversando sentadas en un banco, en el bullicio, en los niños que juegan con sus padres... Además, se le pide que se detenga en los pensamientos y sensaciones que le comiencen a surgir. Una vez que la paciente ha experimentado lo que la psicóloga ha ido proponiendo, se le pide que empiece a centrarse en la respiración para ir conectando poco a poco con el momento presente.

Tras unos breves minutos, se le sugiere la realización del mismo ejercicio añadiendo, esta vez, a sus hijos. Cuando la paciente ha accedido, se introduce la descripción de una situación en la que R. ha tenido que salir a hacer unos recados en compañía de sus hijos. De igual forma, se le pide que repare en todos los detalles y en los pensamientos y sensaciones que se van presentando. Una vez que ha finalizado dicha experiencia y la paciente se encuentra conectada con el momento presente, se le pregunta acerca del grado de conexión con las situaciones anteriores y el nivel de temor y malestar experimentado durante las mismas. En este caso, la paciente afirma que no le ha sido difícil conectar con la experiencia descrita y que, aunque en ambas situaciones ha sentido cierto grado de temor y ansiedad, en la segunda situación estas sensaciones han sido más intensas.

Una vez finalizado el ejercicio, se remarca la importancia de que, a pesar del malestar y los pensamientos, R. sigue comprometida con su vida y con sus valores. Además, también se destaca la importancia de mantener un diálogo interno positivo, mediante autoinstrucciones y pensamientos alternativos, como “A pesar de encontrarme molesta, puedo conseguir disfrutar de un paseo sola/con mis hijos”, “Soy más fuerte que los pensamientos negativos” o “Son mis pensamientos los que producen el miedo”.

Por último, como ejercicio para realizar hasta la próxima sesión, se le sugiere poner en práctica estas indicaciones (centrarse en la respiración y mantener un diálogo interno positivo) cuando le acuda el miedo e ir efectuando pequeñas salidas sola o en compañía de sus hijos.

#### *3.4.3.8. Octava sesión.*

La sesión comienza preguntando a R. si ha puesto en práctica lo sugerido en la sesión anterior, indicando ésta que lo ha intentado y que cree que sí, ya que está saliendo con más frecuencia de casa, tanto sola como en compañía de sus hijos. Reconoce que le cuesta y que no es fácil, pero que poco a poco se va haciendo más llevadero.

A continuación, se realiza la última parte del ejercicio de desensibilización sistemática que se inició en las sesiones anteriores. En esta sesión se trabaja el miedo a conducir, tanto sola como en compañía de sus hijos. Al igual que en las situaciones antes trabajadas, el miedo deriva de los pensamientos acerca de la posibilidad de sufrir un ictus en dicha situación y las complicaciones derivadas de tal acontecimiento.

De esta forma, se procede a iniciar la desensibilización sistemática. Para ello, se le pide a R. que apoye los pies en el suelo, relaje el resto del cuerpo y se centre en la respiración. A continuación, la psicóloga comienza a describir una situación en la que R. tiene que coger el coche sola para recoger a sus hijos de casa de un familiar. Además, se le indica que preste especial atención a los pensamientos y sensaciones que van surgiendo a medida que se avanza en la descripción. Una vez que dicha descripción se da por finalizada, se realiza una breve pausa y se continúa con la desensibilización, incluyendo esta vez a los hijos de R. en la descripción. De igual forma, una vez que la psicóloga finaliza la descripción de la situación, pide a R. que vuelva a centrarse en la respiración y vaya conectando con el momento presente. Para finalizar, se le pregunta por el grado de conexión con las situaciones descritas y el nivel de malestar experimentado, a lo que R. responde que el malestar no ha sido tan intenso como en las otras sesiones, pero sí un poco mayor cuando la situación incluía a sus hijos.

Por último, se anima a R. a exponerse a las situaciones trabajadas en esta sesión, enfatizando en la importancia de la respiración y el mantenimiento de un diálogo interno positivo, y se le sugiere que podría comenzar conduciendo en distancias cortas, por ejemplo, cuando vaya a hacer la compra o a llevar a los niños a la guardería y escuela. Además, la paciente indica que en los próximos días se incorporará al trabajo.

#### *3.4.3.9. Novena sesión.*

La sesión se inicia realizando un pequeño recorrido por los diferentes aspectos trabajados en las sesiones anteriores, principalmente desde la sexta sesión. R. indica que

el miedo a padecer un nuevo ictus ha disminuido, ya que cada vez son menos los pensamientos que tiene acerca de este hecho y es capaz de enfrentarse a las situaciones que antes evitaba. Sin embargo, manifiesta que el miedo a conducir no ha desaparecido del todo y que, aunque es capaz de conducir por la ciudad, aun no se siente del todo segura en cuanto a conducir en distancias más largas. En general, se siente más tranquila y segura.

En cuanto a la incorporación a su puesto de trabajo, comenta que ha sido muy buena y que ha podido desempeñar sus funciones sin ningún problema. También informa que ha modificado su horario laboral, ya que antes hacía muchas guardias nocturnas. Por tanto, en la actualidad solo trabaja en turno de mañana y/o tarde, lo que ha supuesto una mejora en la duración y calidad del sueño.

La relación con sus hermanos ha mejorado. Ahora mantienen un mejor contacto y han llegado a un acuerdo acerca del cuidado de sus padres, distribuyéndose las tareas a realizar. Esta situación ha resultado beneficiosa para R., ya que dispone de más tiempo libre para dedicar a sus hijos y sus aficiones, entre la que se encuentra hacer deporte. Además, la relación de pareja ha mejorado, ya que pasan más tiempo juntos y se distribuyen las tareas domésticas y el cuidado de sus hijos.

Por tanto, y teniendo en cuenta los avances realizados, se decide poner fin a las sesiones de tratamiento, programando un seguimiento en los seis meses posteriores a esta sesión.

#### ***3.4.4. Resultados terapéuticos: evaluación de la eficacia del tratamiento.***

Antes de comenzar con la exposición de los resultados obtenidos una vez finalizado el tratamiento proporcionado, se ha de tener en cuenta que durante la evaluación inicial no se administró ninguna prueba psicométrica, por lo que no se disponen de datos objetivos sobre los síntomas presentados al inicio del tratamiento, ni sobre la evolución de estos síntomas a lo largo de las sesiones de tratamiento. Por tanto, la evaluación de la eficacia del tratamiento solo puede realizarse a través de los datos subjetivos proporcionados por la paciente y de la observación realizada durante las sesiones por la psicóloga responsable del caso.



Según lo expuesto al largo del desarrollo de las sesiones, el cual se encuentra resumido en la Figura 7, podemos comprobar como la evolución durante las mismas es muy positiva. La paciente se muestra muy motivada a lo largo del tratamiento, totalmente dispuesta a acudir a las sesiones propuestas por la psicóloga y muy interesada por los contenidos que se tratan y trabajan en ellas. Además, se ha mostrado muy colaboradora y participativa, implicándose en cada uno de los ejercicios planteados tanto dentro como fuera de consulta. Por tanto, podemos concluir que la paciente ha mostrado una gran adherencia al tratamiento.

Sesiones	Contenidos trabajados	Técnicas empleadas
1 y 2	- Evaluación inicial. - Conciencia del aquí y ahora.	- Entrevista de evaluación. - Mindfulness centrado en la respiración.
3	- Importancia del mantenimiento de un estilo de vida saludable. - Establecimiento de un estado de desesperanza creativa.	- Metáfora del hombre en el hoyo (Wilson y Luciano, 2002).
4	- Clarificación de valores. - Establecimiento de acciones dirigidas a conservar dichos valores.	- Metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002).
5	- El control como problema.	- Metáfora de la lucha con el monstruo (Wilson y Luciano, 2002).
6, 7, y 8	- Afrontamiento a las situaciones temidas.	- Desensibilización sistemática. - Mindfulness centrado en la respiración. - Diálogo interno positivo.
9	- Evaluación final.	- Entrevista de evaluación.
<b>Resultados globales obtenidos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del miedo a sufrir un nuevo ictus.</li> <li>- Aumento de la exposición a las situaciones temidas.</li> <li>- Disminución de las conductas de evitación y escape.</li> <li>- Adopción de hábitos de vida saludables.</li> <li>- Mejora de la relación con sus hermanos.</li> <li>- Mejora de la relación de pareja.</li> <li>- Aumento del tiempo de ocio y de sus aficiones.</li> </ul>		

Figura 7. Resumen del desarrollo de las sesiones.

En cuanto a las situaciones y pensamientos que producían malestar, la paciente ha conseguido exponerse a ellos y poner en práctica estrategias que facilitan dicha exposición. Esto ha llevado a un acercamiento significativo a las situaciones y pensamientos temidos por la paciente, exponiéndose a ellos y reduciendo las conductas de escape y evitación.

Por otra parte, aunque al inicio del tratamiento la paciente quería volver a su anterior estilo de vida, a lo largo de las sesiones ha reconocido que éste no era sano y era el principal causante de los problemas y miedos que le llevaron a consulta. A consecuencia de esto, la paciente ha puesto en marcha diferentes acciones, a lo largo del tratamiento, destinadas a modificar dicho ritmo de vida hacia una dirección más saludable, centrándose en buscar una solución a sus problemas de sueño, confiando más en las capacidades de los demás para depositar responsabilidades en ellos y, de esta forma, contar con más tiempo para disfrutar de las cosas que ha conseguido en la vida.

Finalmente, y como resultado de estas actuaciones, la paciente ha disminuido muchos de sus miedos y límites, ha mejorado su salud y mantiene una mejor relación con su pareja y familia. Por tanto, podemos decir que el tratamiento expuesto ha sido eficaz, a corto plazo, para el caso expuesto.

#### ***3.4.5. Seguimiento.***

Como se ha mencionado anteriormente, se llevará a cabo un seguimiento una vez transcurridos seis meses desde la última sesión de tratamiento. Por esta razón, dicho seguimiento no ha quedado recogido en el presente trabajo, al exceder el periodo de realización del mismo.

Aun así, es posible establecer el objetivo principal de la realización de dicho seguimiento, el cual consistirá en la constatación de que las mejoras conseguidas a lo largo del tratamiento perduran en el tiempo. En concreto, se tendrá en cuenta cómo ha transcurrido la vida de la paciente durante estos seis últimos meses, si ha aparecido la sintomatología por la que acudió a consulta y, en el caso de que se presentara, cómo la ha afrontado.

De esta forma, a través de la información obtenida en este seguimiento, se decidirá si la paciente recibirá el alta definitiva o si, por el contrario, es necesario continuar con el tratamiento o realizar otros seguimientos con posterioridad.

### **3.5. Conclusiones.**

A partir de los resultados anteriormente expuestos, podemos concluir que el tratamiento psicológico, aplicado en el presente caso clínico, para la fobia específica ha resultado eficaz. Este tratamiento se ha basado en la combinación de dos enfoques terapéuticos, en un principio bastante diferentes entre sí, como son las Terapias de Tercera Generación y la Terapia Cognitivo-Conductual.

En lo referente a las Terapias de Tercera Generación, se han utilizado los principios y técnicas procedentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en mayor medida, y del Mindfulness, en menor medida. Es decir, se ha empleado la ACT como la principal corriente terapéutica que ha guiado el quehacer psicológico durante la fase de tratamiento de este caso clínico. Por tanto, el trabajo realizado se ha centrado en que la paciente experimente los eventos privados que le atormentaban, aprendiendo a aceptarlos tal y como le vienen dados, sin caer en la necesidad de luchar contra ellos, pues esta lucha por eliminar o reducir la frecuencia de los mismos era la principal responsable de que el problema se agravase, limitando cada vez más la vida de la paciente. Además, como un complemento a lo trabajado en el transcurso de la terapia desde este enfoque, se realizó un pequeño acercamiento a la práctica de la atención plena, o Mindfulness. Así, el trabajo desde este abordaje fue de gran utilidad para la paciente ya que, como ella misma expresó durante las sesiones de tratamiento, esta práctica le sirvió para darse cuenta de los distintos pensamientos, tanto positivos como negativos, que gobernaban su mente a lo largo del día, y cómo éstos condicionaban su conducta. De esta forma, la paciente aprendió a aceptar amablemente estos pensamientos, sin juzgarlos y sin intentar controlarlos.

Sin embargo, a lo largo de las sesiones, la psicóloga encargada del caso se encontró con diferentes aspectos que suponían una verdadera limitación en el transcurso vital de la paciente, ya que los pensamientos negativos que le producían el miedo a volver a sufrir un ictus habían desembocado en diferentes acciones destinadas a evitar esta sensación, en lugar de afrontarla. Así, la paciente ante el miedo de que el ictus se repitiera, había dejado de lado diferentes acciones y/o situaciones que, hasta el momento, había considerado muy importantes y valiosas para ella. Por tanto, ante tal situación, la psicóloga consideró necesario el afrontamiento de estos miedos a través de técnicas de exposición y desensibilización sistemática, ambas muy utilizadas por los terapeutas cognitivo-

conductuales, y, como se ha desarrollado en la segunda parte del presente trabajo, de gran eficacia en el tratamiento de las fobias específicas. De esta forma, a través de estas técnicas y de lo aprendido en las sesiones anteriores en las que predominó la intervención desde ACT, la paciente consiguió enfrentarse a los miedos que limitaban su vida y abordarlos con una actitud activa, sin caer en conductas de evitación o escape de dichas situaciones.

Teniendo todo esto en cuenta y, aunque a priori las técnicas empleadas puedan parecer contradictorias, la combinación de las mismas ha aportado grandes beneficios, llevando al cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos al inicio del tratamiento, y proporcionando estrategias que han permitido el afrontamiento a las distintas situaciones que la paciente identificaba como fóbicas, de forma más funcional y adaptativa. Sin embargo, no podemos asegurar la eficacia de dicha intervención a largo plazo, pues aún no es posible recabar información acerca de cómo se desenvuelve la paciente en los meses posteriores a dicha intervención.

### **3.6. Referencias bibliográficas de la tercera parte.**

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Buela-Casal, A., y Sierra, M. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2 (3), 525-532.

Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.