

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
Máster en Psicología General Sanitaria



**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE UNA PERSPECTIVA  
CONTEXTUAL/FUNCIONAL EN UNA PERSONA CON ABUSO DE  
CANNABIS, TRASTORNO BIPOLAR Y YO INSEGURO**

TRABAJO FÍN DE MÁSTER

Autor  
**José Alberto Carmona Torres**

Director  
**Serafín Gómez Martín**

Almería, Septiembre de 2020

## Resumen

Se presenta un estudio de caso cuyo abordaje se realizará siguiendo el planteamiento de las terapias contextuales y una conceptualización funcional de los problemas del cliente. Se describe el caso de un hombre de 23 años con una problemática compleja y refractario a tratamientos anteriores caracterizada por abuso de cannabis, trastorno bipolar II, conflictos interpersonales y un trastorno leve del yo (*yo inseguro*). Dada la casuística tan extensa, se considera un caso complejo en su formulación y tratamiento, por lo que la intervención combinará procedimientos y técnicas provenientes de diferentes aproximaciones contextuales de manera flexible según las necesidades del cliente y los objetivos terapéuticos. No obstante, la intervención se estructurará siguiendo la conceptualización de la psicoterapia analítica funcional (FAP), por haberse mostrado eficaz en casos complejos y en combinación con otras terapias. Los resultados tras la intervención muestran cambios clínicamente significativos en cuanto a la reducción de las conductas problemáticas y el aumento de conductas deseables, la eliminación de conflictos interpersonales en la vida diaria del cliente. Además, ya no existe consumo de cannabis. Paradójicamente, la puntuación de los cuestionarios BAI y BDI-II muestran un aumento significativo de los síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente: de 9 puntos (ansiedad leve) a 25 puntos (ansiedad moderada) y de 5 puntos (depresión mínima) a 29 (depresión grave). Además, en las últimas sesiones se agravan las características del trastorno leve del *yo inseguro* y se hace evidente un aumento de las dificultades conversacionales del cliente para mostrar lo que opina y quiere, principalmente. Se discute la importancia del entendimiento contextual de los problemas del cliente desde una perspectiva funcional y centrada en la vida de la persona frente a la concepción centrada en la sintomatología.

**Palabras clave:** abuso de cannabis, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, terapias contextuales, psicoterapia analítica funcional.

Índice	
1. Introducción	4
2. Características del caso	6
3. Demanda inicial	7
4. Historia clínica	8
5. Evaluación	13
6. Resultados de la evaluación	15
7. Conceptualización del caso	19
8. Curso de la terapia	25
9. Resultados de la intervención	39
10. Discusión	42
Referencias	46

## 1. INTRODUCCIÓN

Hace casi tres décadas comenzó a surgir una nueva generación de terapias que vendrían a renovar y superar algunas de las limitaciones presentes en las aproximaciones terapéuticas precedentes. Siguiendo a Pérez Álvarez (2006) en su exposición, la llamada *primera generación* de terapia de conducta, basada en la psicología del aprendizaje y los hallazgos sobre el condicionamiento clásico (pavloviano) e instrumental (skinneriano) se aplicó principalmente a trastornos relacionados con obsesiones, ansiedad y miedo. La *segunda generación* consistió en la aparición y aparente superación de la terapia de conducta clásica por la puesta en escena de la terapia cognitiva o cognitivo-conductual y el dominio del cognitivismo. Supuso un abandono del enfoque más ambientalista o contextual de la primera ola por el entendimiento de las cogniciones (i.e., creencias, pensamientos, expectativas, etc.) como la causa de los problemas de conducta emocionales. Se utilizará la metáfora del procesamiento de la información, y se hablará de la modificación de las cogniciones y, en definitiva, de la modificación de conducta cognitivo-conductual. La *tercera generación* de terapias de conducta, denominada tercera ola por Hayes (2004), surge con el afán de superar varias de las limitaciones que se presenta la terapia cognitivo-conductual (segunda ola). La tercera generación de terapias tiene sus raíces en el conductismo e implica un entendimiento contextual de la naturaleza de los trastornos mentales, y por ende, una alternativa a la medicalización de los problemas de la vida. Una suerte de despsicopatologización de los problemas de la vida. Además, surge y se desarrolla el análisis de la conducta clínica (Dougher, 2000), una variante del análisis funcional de la conducta pero ahora aplicado a los problemas a las interacciones clínicas, aportando una nueva comprensión de los problemas psicológicos y aplicable en terapia. Todo este desarrollo experimental y clínico/aplicado dará lugar al nacimiento de un conjunto de terapias con características comunes, como es la explicación del comportamiento y de los trastornos mentales basada en el análisis funcional de la conducta (AFC) tanto pública (interacciones personales) como privada (relación de uno mismo con sus pensamientos, emociones y sentimientos) (Valero y Ferro, 2015). Otra característica compartida es que ya no se perseguirá modificar los problemas psicológicos, sino modificar el contexto (social y/o verbal) en el que los problemas psicológicos aparecen. Con énfasis no en el contenido sino en la función de los problemas psicológicos, que será lo que se trate de cambiar. Como se ve, lo que importa es reconocer el contexto que hace surgir los problemas mentales y modificar la función que tiene para la persona dichas experiencias, más que ensañarse en la lucha contra ellas, mientras se re-dirige a la persona cara a la vida (e.g., relaciones, intereses y valores personales, etc.), y no cara al síntoma (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

La tercera generación de terapias de conducta la conforman como principales exponentes la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999), la *psicoterapia analítica funcional* (FAP; Kohlenbert y Tsai, 1991), la *terapia dialéctica conductual* (TDC, Linehan, 1993), la *terapia conductual integrada de pareja*

(IBCT; Jacobson y Christensen, 1996), terapia cognitiva con base en *mindfulness* (Segal, Teasdale y Williams, 2004) y la *terapia de activación conductual* (AC; Martell, Addis y Jacobson, 2001). Será precisamente el énfasis que este grupo de terapias de al entendimiento contextual de los problemas clínicos lo que definirá a las terapias de tercera generación las definirá como *terapias contextuales* (Pérez Álvarez, 2014).

La *psicoterapia analítica funcional* (FAP), más que un conjunto de técnicas es un planteamiento psicoterapéutico que puede ser aplicado en combinación con otro tipo de tratamientos. Como afirman Valero y Ferro (2015, pp. 219), FAP puede ayudar con sus principios a mejorar la intervención con otras terapias, produciendo resultados sinérgicos. Cada vez existe más evidencia de que la combinación de FAP con otros procedimientos terapéuticos está dando buenos resultados (López, Ferro y Valero, 2010; Valero y Ferro, 2015). Además, FAP se han mostrado como terapia eficaz para abordar problemas complejos o cronificados en personas resistentes al tratamiento (Ferro-García, Valero-Aguayo y López-Bermúdez, 2015).

El estudio de caso que se presenta en este trabajo es el de un joven con una casuística compleja para la intervención, caracterizada por abuso de cannabis, trastorno bipolar, conflictos interpersonales y un trastorno leve de la personalidad caracterizado por un yo inseguro (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001). Además, presenta una historia de resistencia al tratamiento que se ejemplifica por años de intervenciones sin cambios clínicamente significativos. Dada la complejidad del caso, para el abordaje de los distintos problemas se integró el planteamiento propuesto desde la terapia FAP con técnicas y procedimientos de otras terapias de tercera generación. La intervención con FAP como eje central de la intervención se justifica por el hecho de que la demanda inicial y principal fuente de malestar asociado a conflictos en la vida del cliente proviene de problemas interpersonales. Como señala Pérez Álvarez (2004), la terapia FAP estaría especialmente indicada para problemas con implicaciones interpersonales, de manera que estos problemas aparecerán con una alta probabilidad en el contexto clínico con el terapeuta (o pueden ser evocados por éste). Dando esto la oportunidad para que terapeuta y cliente puedan trabajar directamente en sesión con los problemas que el cliente presenta también fuera de sesión en su vida diaria.

## 2. Características del caso

Gustavo<sup>1</sup> es un hombre de 23 años de edad, español y residente en la ciudad de Almería. Son sus padres quienes muy desesperanzados solicitan que sea atendido su hijo en consulta por su consumo excesivo de cannabis y por otros problemas que han estado presentes durante años desde su adolescencia, como sus episodios depresivos y los continuos conflictos interpersonales que aparecen en los diferentes contextos de su vida (familiar, relaciones de amistad, pareja, etc.). El cliente presenta un historial clínico en la que ha sido atendido en terapia psicológica y farmacológica por varios psicólogos y psiquiatras desde los 18 años, sin observarse cambios clínicamente significativos en su problemática. Cuando es atendido al inicio del tratamiento se presenta por cuestiones asociadas a su consumo de cannabis, depresión, manía y los continuos conflictos interpersonales que aparecen principalmente en el ámbito familiar, pero también en el resto de contextos sociales.

---

<sup>1</sup> Con vistas a mejorar la claridad expositiva, se ha sustituido el nombre real del cliente por el de "Gustavo", el cual es un nombre ficticio que utilizamos con la finalidad de salvaguardar el anonimato del cliente.

### 3. DEMANDA INICIAL

Inicialmente fue la madre de Gustavo quien contactó por teléfono con el terapeuta. El tono tenso de su voz, el habla rápida, entrecortada y nerviosa, que en otros momentos de la conversación se tornaba grave, apagada y triste, llanteando, desvelaba la intensa desesperación de la madre por su hijo por no haber observado cambios en los comportamientos problemáticos tras 5 años de intervenciones terapéuticas de distinto signo. La demanda inicial de la madre es por el estado depresivo que notaba en su hijo, y los cambios fluctuantes de su estado emocional que lleva observando desde su adolescencia, refiriendo, por ejemplo, que su hijo “sin razón aparente, se volvió depresivo” en los últimos meses. Al mismo tiempo, relata con mucha preocupación que su hijo “pasa todo el día fumando porros” y que cuando lo hace “cambia su comportamiento a peor” y está convencida de que esta adicción es la fuente de los comportamientos problemáticos y atípicos que presenta su hijo. Esta preocupación contrasta con la visión de Gustavo acerca de su consumo, el cual le resta importancia considerando que no es un problema para él, sino una obcecación de sus padres que “no entienden que fumar porros es algo común” y en su caso no problemático, según su apreciación. Por último, la madre refirió constantes problemas de conducta y conflictos con ellos en casa y con otras personas fuera.

En la primera sesión, Gustavo se presenta en consulta aquejado de tener un estado de ánimo bajo (depresivo) y presentar continuos conflictos interpersonales tanto en el contexto familiar (con sus padres) como en otros contextos sociales. En este sentido, atribuye el origen de sus problemas a los demás y siente que éstos tratan de controlarlo, especialmente sus padres. Justifica sus conductas problemáticas (e.g., mentir, fumar porros, robar a sus padres, etc.) como una manera de resistirse al control paterno y escapar, según sus propias palabras. Además, se queja de que sus padres no lo valoran, a diferencia de a su hermano, al que cree que lo ven como un hijo “perfecto”. Gustavo afirma que la relación con su hermano, aunque no es conflictiva, es inexistente. Por su parte, en la sesión inicial con Gustavo, cuando es tanteado por el terapeuta acerca de su opinión sobre su consumo de marihuana, le resta importancia y nos dice que él no cree que le genere problemas en su vida. Argumentando que son sus padres quienes no comprenden que consumir marihuana no es la causa de los problemas por la que está aquí en terapia. Minimizando la importancia que pudiera tener en la aparición o mantenimiento de sus problemas.

## 4. HISTORIA CLÍNICA

La historia médica, familiar, social, académica y del desarrollo evolutivo fue obtenida en entrevistas con el cliente y sus padres que tuvieron lugar durante el transcurso de las sesiones de terapia.

### 4.1. Datos biomédicos

No existen datos biomédicos de importancia. Si atendemos a la historia de enfermedades orgánicas, la entrevista con la familia y con el propio cliente no aportó ningún dato biomédico reseñable; por lo que se descarta una posible etiología orgánica que pudiera explicar el desarrollo y mantenimiento de los problemas psicológicos que presenta el cliente.

### 4.2. Contexto familiar

Gustavo creció en el seno de una familia compuesta por el padre, la madre y su hermano menor de 21 años de edad. Es una familia estructurada en la que ambos progenitores aportan ingresos económicos estables: la madre es funcionaria de la administración del estado y el padre empresario del sector de la agricultura. Por lo que el nivel socio-económico es algo superior a la media de ingresos habitual de la zona geográfica en la que viven. No refieren que existan problemas familiares destacables, salvo los asociados al comportamiento de Gustavo y las dificultades que genera. En la actualidad vive con sus padres y hermano. En lo académico, nunca destacó por su desempeño, pero ha ido superando los cursos educativos. Ha superado los estudios universitarios y posee el título de graduado en psicología. Al comienzo de la terapia, Gustavo se preparaba para las oposiciones a funcionario de prisiones.

Durante la entrevista, en cuando al desarrollo evolutivo de nuestro cliente, los padres no refieren nada reseñable hasta la adolescencia. Sí llama la atención que los padres coincidan en que su hijo “no acaba los proyectos que comienza” (e.g., deporte, dieta, cambiar de estudios, banda musical, etc.). Afirmando que “no cumple y abandona”. Describen el desarrollo de Gustavo como el de cualquier otro niño normal. Desde joven, Gustavo mantiene una relación más íntima y cercana con su madre. Aunque se ha mantenido hasta la actualidad, en los últimos años la madre ha notado un distanciamiento progresivo entre ambos. Lo cual es para ella significativo porque recuerda que la relación entre ellos ha sido siempre muy estrecha compartiendo confidencias, momentos de la vida diaria, etc. Por su parte, desde la adolescencia de Gustavo la relación con su padre es distante, incluso tensa en ocasiones. Gustavo se queja de falta de comprensión por parte de su padre, y de ser una persona inflexible e impositiva en su modo de opinar y muy invalidante hacia las opiniones de Gustavo



desde que tiene recuerdo. La relación no siempre fue así. En la época en la que Gustavo jugaba al fútbol en un equipo federado, que posteriormente cambió por el balonmano, la relación entre ambos sí era más estrecha. En el momento de la entrevista, Gustavo refiere que la relación con su hermano (dos años menor que él) es inexistente: ni buena ni mala. Los padres se quejan de que se trata de “un niño complicado”, que “no sabe lo que quiere” y “se pasa el día fumando porros”. Además de otras cuestiones como que no sabe administrarse con el dinero, les quita dinero o les miente.

#### *4.3. Consumo de cannabis*

Gustavo comenzó a consumir cannabis a partir de los 13 años de edad. Desde entonces, la frecuencia de consumo ha ido en aumento y al inicio de la intervención consumía durante todo el día, desde que se levanta por la mañana hasta antes de acostarse en la cama por las noches. Además, prácticamente todos sus amigos con los que habitualmente se relaciona son también consumidores habituales. Gustavo afirma cuando es preguntado que su consumo no le genera problemas en su vida y que no es relevante con respecto a los problemas que le traen a terapia. Si bien, paradójicamente, en el momento del comienzo de la terapia nos informa que desde hace 3 años asiste periódicamente al Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) de Almería; aunque cuando se indaga sobre la cuestión, con preguntas estratégicamente orientadas del tipo (terapeuta) “yo también pienso que el consumo de marihuana no tiene por qué ser necesariamente un problema; si como me dices no es un problema para ti tu consumo de marihuana, ¿qué sentido tiene que sigas yendo desde hace 3 años al CPD? ¿Qué beneficio obtienes yendo?”, nos confiesa que lo hace (cliente) “para que mis padres me dejen tranquilo”.

#### *4.4. Episodios hipomaníaco-depresivos*

Según refiere el propio Gustavo, a partir de la adolescencia, y concretamente el día de su 18 cumpleaños, comenzó a sentir que “algo le pasaba” o que “algo no iba bien con él”. Sin ser consciente del diagnóstico de trastorno bipolar I en el que encaja en el momento presente (y del que nunca ha sido diagnosticado), según la anamnesis del caso podemos afirmar que a partir de los 18 años Gustavo presentó su primer episodio depresivo. Desde entonces ha pasado por al menos un episodio depresivo más en su vida (que coincide con el momento actual de la intervención) en alternancia con episodios maníacos e hipomaníacos. En el caso que nos ocupa, los episodios maníacos habrían generado una mayor limitación en la vida de Gustavo, principalmente en el ámbito social y de pareja. Mientras que los episodios depresivos se habrían circunscrito a generar un mayor malestar emocional, sin verse esto necesariamente reflejado en la vida social del cliente.

A su vez, la presencia de episodios maníacos e hipomaníacos ha sido una constante en los últimos años, sin que Gustavo fuese consciente de la importancia de estos estados, ni del deterioro progresivo que le ha supuesto en las relaciones sociales y de pareja. Al inicio de las sesiones Gustavo atribuía a los demás la responsabilidad de los conflictos interpersonales o a no entender las razones del enfado o la reacción del otro. Además, la descripción que Gustavo hace en sesión de las situaciones interpersonales que generaron conflicto en el pasado y en la actualidad denota dificultad para ver las repercusiones en los demás (y en sí mismo) de sus acciones; así como cierta ceguera para reconocer el efecto emocional de sus actos en los demás. Con dificultad para empatizar, tomar perspectiva y situarse en el lugar del otro. Por ejemplo, en una ocasión decidió viajar de manera precipitada 400 km en coche para regalarle un perro a su novia, sin contar con que su novia no quería tener perro. Eufórico, con la creencia de que le sorprendería, salió precipitadamente para ir y volver en el mismo día. Condujo a una media de 160 km por hora. Fue multado por exceso de velocidad. Tras viajar aquel día 800 km, se presentó en la casa de su novia con el perro como regalo, y ésta, con perplejidad y tratando de comprender qué estaba ocurriendo, le dijo que no lo quería (al perro) y que se lo llevase. En el momento en que me relató esta historia, Gustavo no entendía que su novia no hubiese querido quedarse el perro ni apreciado el regalo; como tampoco era consciente de lo precipitado del viaje, los riesgos tomados, etc. En otras ocasiones, se observa que existe una diferencia insalvable entre los proyectos vitales que Gustavo idea y sus posibilidades reales. Siendo alumno del grado de psicología, sin experiencia alguna en terapia ni experiencia en las prácticas del grado, le propuso al terapeuta crear conjuntamente con él un centro de psicología. Valgan como otros ejemplos el proyecto de comprar un solar en el centro de la ciudad con la intención de utilizarlo para un futuro negocio que estaba proyectando; cuando Gustavo no disponía de la posibilidad económica para ello en absoluto. En cuanto a las relaciones de pareja, durante la época de estudios universitarios tuvo una relación estable durante varios años con una compañera de clase que cursaba sus mismos estudios. Según relató su exnovia, el deterioro de la relación estuvo marcado por algunos de los comportamientos anteriormente citados: las mentiras, consecuencias del consumo (e.g., decidir estar con amigos consumidores en lugar de con ella), etc. En general, tanto sus amigos como su expareja se han alejado progresivamente de Gustavo. Quizá con la salvedad de aquellos amigos muy circunscritos a determinados contextos y actividades concretas, como amigos que también consumen, o aquellos pertenecientes a la banda de música donde toca.

Llama la atención que Gustavo jamás ha recibido el diagnóstico de trastorno bipolar por ninguno de los psicólogos y psiquiatras a los que ha consultado, a pesar de que éstos han sido una constante en su vida en los últimos años. Por el contrario, el foco de las intervenciones pasadas parece que se ha puesto principalmente en el abuso de cannabis y, como verá más adelante, no será éste precisamente el objetivo de nuestra intervención.

#### *4.5. Un ejemplo de conductas maníacas en el seno de un grupo de terapia para personas con trastorno bipolar*

Un antecedente muy clarificador de los comportamientos problemáticos asociados a la presencia de episodios maníacos y/o hipomaníacos se produjo cuando Gustavo participó como alumno en un grupo de terapia específico para personas con trastorno bipolar. El terapeuta encargado de la dirección del grupo es el mismo autor de este trabajo, por lo que pude presenciar en primera persona (2 años antes de iniciar la terapia con Gustavo) cómo éste desplegaba toda una plétora de comportamientos problemáticos. Gustavo cursaba el último curso del grado de psicología y el grupo de terapia lo conformaban casos graves o muy graves de personas con trastorno bipolar, la mayoría de ellos con historia de experiencias psicóticas. Se le asignó un rol de observador, si bien se le dio total libertad para intervenir como un miembro más del grupo. El terapeuta ya había oído hablar de la problemática de Gustavo porque años antes tuvo en terapia a la novia de éste. Era consciente de que el grupo sería un contexto excepcional en el que casi con toda seguridad aparecerían los comportamientos problemáticos en el marco de las relaciones interpersonales que se dieran en el grupo de terapia. Por lo que aprobé su participación<sup>2</sup>. En otras palabras, facilité que una persona con trastorno bipolar (que no estaba al tanto del diagnóstico), participase en calidad de alumno en formación como un miembro más de un grupo conformado por personas con trastorno bipolar. Sabía de antemano que Gustavo se focalizaría en el comportamiento (trastornado) del resto de pacientes y que esto facilitaría la aparición de sus propios comportamientos (trastornados). Mientras que esperaba que el resto de pacientes con historias de décadas de trastorno y de tratamientos, muy sensibles a la aparición de conductas maniaco-depresivas, serían un contexto interpersonal idóneo para desvelarle a Gustavo la presencia en él de este tipo de comportamientos y el efecto devastador que provocaba en las personas del grupo y, por transferencia funcional, en las personas de su vida.

Pues bien, con su comportamiento, Gustavo literalmente saboteo directa e indirectamente el funcionamiento terapéutico del grupo. Para empezar, invalidaba la experiencia del resto de miembros restándole importancia a las descripciones de su problemática, contradiciéndoles en sus afirmaciones, creencias y experiencias asociadas al trastorno; en definitiva, estaba enfrentándose al resto de miembros del grupo tanto individualmente (Gustavo-miembro), como enfrentándose al grupo como unidad (Gustavo-grupo), exponiéndose a sí mismo como chivo expiatorio para el resto del grupo. En cuanto a la relación con el terapeuta, a lo largo de todas las sesiones Gustavo sin ser consciente de ello trató de adquirir el rol de terapeuta. En este sentido,

---

<sup>2</sup> Aprobar su participación cumplía dos fines en pos de ayudar a la persona: por un lado le dio la oportunidad como parte de su formación como psicólogo de presenciar el funcionamiento de un grupo de terapia con personas con una psicopatología específica y, por otro, su participación sirvió a un fin terapéutico para el alumno por permitirle abordar su problemática en el contexto de un grupo con personas con su misma psicopatología. 2 años más tarde, ambos coincidimos en la impresión compartida de la importancia que aquella primera intervención tuvo para él.

cuestionaba ante el grupo las afirmaciones del terapeuta, pedía el turno de palabra (algo que no era necesario) para iniciar una lista de preguntas ocupando un tiempo muy superior al del terapeuta, que casi ni tenía opción para intervenir, y cuando lo hacía, solía ser interrumpido en su intervención para volver a preguntar o dar su propia explicación diferente de la del terapeuta. Lo que suponía rivalizar con el terapeuta del grupo por el papel de líder/guía del grupo. Como colofón, se saltó una de las normas básicas del grupo y contactó encubiertamente (fuera de sesión) con una de las pacientes más graves para ofrecerse a sí mismo como su terapeuta para tratarla fuera del grupo. De nuevo, un desafío contra el terapeuta. Recuérdese que Gustavo aún ni había adquirido el grado en psicología para el desempeño de la profesión. La paciente con la que contactó, perpleja y confusa por la propuesta, lo confeso en la sesión siguiente. Esta última transgresión fue tan flagrante, que sumado al sabotaje continuo de la terapia y el desencanto del resto de miembros del grupo (que mayoritariamente me habían transmitido la intención de abandonar como consecuencia de la actuación de Gustavo) me llevó a tomar la difícil decisión de apartarlo del grupo.

Con la máxima de que *todo es aprovechable en terapia*, cite a Gustavo para mostrarle los comportamientos que habían generado problemas en el grupo, el efecto (emocional, cognitivo y conductual) de cada que cada uno de ellos tuvo en cada uno de los miembros del grupo, incluyendo al terapeuta, y la imagen que los demás nos habíamos generado de él como consecuencia de su actitud y comportamientos con los demás miembros del grupo y el terapeuta. Gustavo parecía ser inconsciente a la importancia que su conducta tenía, y cómo ésta generaba toda una gama de emociones aversivas y de conflictos interpersonales en las personas del grupo. Como curiosidad, observé todo tipo de reacciones por parte de los miembros del grupo hacia Gustavo, a saber, desde agresivas (algunos miembros sentían odio hacia él y querían agredirle físicamente), pasando por deseos de abandonar el grupo, el sentimiento del terapeuta de ser anulado o sabotado de manera consistente, o indiferencia por parte de un miembro, por citar solo algunas.

## 5. EVALUACIÓN

En cuanto a la evaluación de los problemas del cliente, se siguió una doble perspectiva de cara al análisis y diagnóstico de los problemas del cliente. Por un lado, se realizó una evaluación *formal* basada en la presencia o ausencia de determinados comportamientos y la conformación de síndromes clínicos. Para ello, por un lado se recurrió al uso de cuestionarios de autoinforme y, por otro, al uso de la entrevista clínica en profundidad para el diagnóstico de síndromes clínicos y trastornos de la personalidad. Por otra parte, se llevó a cabo una evaluación de tipo *funcional* siguiendo el modelo conductual y contextual en psicología para analizar los problemas del cliente en su circunstancia personal y vital, con la finalidad de que sirva de guía que oriente la intervención.

En el siguiente apartado se detallan las herramientas de evaluación utilizadas para la evaluación del caso que nos ocupa.

### 5.1. Instrumentos de evaluación.

A continuación se detallan las características de las medidas de las herramientas de evaluación utilizadas para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como la posible presencia de un trastorno de la personalidad.

- *Inventario de depresión de Beck* (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996), (adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Se trata de un cuestionario compuesto por 21 ítems elaborado para evaluar de manera autoinformada los niveles de síntomas depresivos en la última semana de la vida del paciente. El cuestionario ofrece una escala tipo Likert con 4 puntuaciones que oscilan entre 0 y 3, en donde 0 indica ausencia de síntomas y 3 presencia de síntomas de manera severa. Puntuaciones más altas indican una presencia mayor de sintomatología depresiva, siendo la puntuación máxima 63 puntos. En cuanto a las propiedades psicométricas del BDI-II en población española, La fiabilidad de consistencia interna del BDI-II fue elevada (coeficiente alfa de 0,87). EL análisis factorial indica que el cuestionario mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional.
- *Inventario de ansiedad de Beck* (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), (adaptación española de Sanz, Vallar, de la Guía y Hernández, 2011). Diseñado para evaluar síntomas de ansiedad, el cuestionario BAI es una medida de autoinforme que consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta múltiple. Los participantes son preguntados acerca de cuánta molestia les han generado los

síntomas de ansiedad en un rango que oscila entre 0 (*nada en absoluto*) y 3 (severamente). Con una puntuación máxima de 63 puntos. Puntuaciones más altas indican niveles mayores de ansiedad que pueden categorizarse en ansiedad mínima, leve, moderada y severa. Los datos psicométricos en población española mostraron una consistencia interna del instrumento de 0,90 y refleja el 44% de los síntomas de ansiedad (Sanz, García-Vera y Fortún, 2012).

- *Escala de Experiencia del Yo* (EOSS) (Kanter, Parker y Kholenberg, 2001) (adaptación española Valero, Ferro, López y Selva, 2014). Es una escala autoaplicable de 37 ítems distribuidos en 7 secciones que evalúa el control público del yo desde la concepción de FAP. Su puntuación se encuentra comprendida entre 37 y 259, y a mayor puntuación obtenida existe un mayor control público del yo y mayores diferencias entre las necesidades personales frente a las de otras personas. La escala presenta tanto en la versión inglesa como española altos niveles de fiabilidad con un índice  $\alpha$  entre .83 y .94.

## 6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

En esta sección se muestran los resultados de la evaluación al inicio del tratamiento (pre-test) correspondientes al diagnóstico sindrómico, la evaluación de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y por último la evaluación de las conductas problemáticas del cliente.

### 6.1. Diagnóstico psicopatológico sindrómico.

En base a los criterios diagnósticos reflejados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Trastornos Mentales* en su cuarta edición (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) (en adelante, APA), la entrevista clínica realizada al comienzo del tratamiento y en subsecuentes sesiones confirmó el diagnóstico de varios síndromes clínicos (Eje I, DSM-IV-TR) y, por tanto, la comorbilidad en el diagnóstico en base a la anamnesis del caso, descripciones del cliente y familia y la observación del comportamiento en sesión nos ha llevado a confirmar la existencia de los siguientes trastornos, para los cuales se detallan los criterios diagnósticos que cumple el cliente en el momento de iniciar el tratamiento:

- *Trastorno por consumo de cannabis, grave*: existe un consumo a diario y continuado desde hace varios años que genera un deterioro clínicamente significativo (criterio A) que se manifiesta en el caso de nuestro cliente por los siguientes síntomas: consumo de cannabis en cantidades y durante un tiempo más prologando del previsto (síntoma 1), deseo o esfuerzos fracasados por abandonar o controlar el consumo (2), inversión de mucho tiempo para consumir (3), deseo por consumir (4), consumo recurrente que lleva al incumplimiento en sus deberes académicos (5), el consumo es continuado a pesar de sufrir problemas sociales e interpersonales recurrentes exacerbados por los efectos del consumo (6), el consumo provoca el abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio (7) y tolerancia (10).
  
- *Trastorno bipolar II, (último episodio hipomaníaco, en remisión total)*: se cumplen los criterios de varios episodios hipomaníacos y depresivos (Criterio A), nunca ha habido un episodio maníaco (B). *Los episodios hipomaníacos* se caracterizaron por la existencia de varios periodos en los que el estado de ánimo era persistentemente elevado, presente la mayor parte del día, al menos durante 4 días (criterio A), persistiendo al menos 3 de los siguientes síntomas (criterio B): aumento de la autoestima o sentimiento de grandes (síntoma 1), facilidad de distracción (5), aumento de la actividad dirigida hacia un objeto (6) y participación en actividades con posibles efectos perjudiciales y/o dolorosos para la persona (p.ej., conducir el coche a altas velocidades, consumo de drogas, etc.). En cuanto a la presencia de *episodios depresivos*, al menos el actual se

caracteriza por la existencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de 2 semanas (criterio A): estado de ánimo deprimido, casi la mayor parte del día (síntoma 1), disminución del placer e interés por actividades la mayor parte del día, casi todos los días (2), retraso psicomotor casi todos los días (5), sentimiento de culpabilidad o inutilidad casi todos los días (7) y disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones (8).

*6.2. Resultados de la evaluación: depresión, ansiedad y control público de la experiencia del yo.*

Si atendemos a los resultados de los cuestionarios utilizados, como puede verse en la tabla 1, el cuestionario BDI-II para evaluar síntomas depresivos mostró una puntuación de 5, lo que se corresponde con un nivel mínimo de depresión. Por su parte, el cuestionario BAI arrojó una puntuación de 9, lo que indica niveles leves de ansiedad (ver tabla 1).

**Tabla 1. Resultados pre-test de los cuestionarios BDI-II y BAI para la evaluación de síntomas depresivos y de ansiedad.**

Cuestionario	Puntuación
BDI-II (depresión)	5
BAI (ansiedad)	9

*Nota.* BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II; BAI: Inventario de ansiedad de Beck.

Por su parte, la evaluación de la experiencia del yo (EOSS) mostró puntuaciones más altas en aquellas secciones del cuestionario referidas a un mayor control público del yo respecto a a sí mismo en relación a los demás, y puntuaciones menores en cuanto a relaciones personales con personas más íntimas (familiar, amigo íntimo, etc.) y a la relación consigo mismo en general (véase tabla 2).

**Tabla 2. Resultados pre-test de la escala de experiencia del yo (EOSS).**

Sección	Rango	Puntuación
I	7-49	22
II	10-70	17
III	10-70	23
IV	10-70	33
Total	37-259	95

*Nota.* EOSS: escala de experiencia del yo.



*6.2. Resultados de la evaluación funcional: conductas clínicamente relevantes de tipo problemático (CCR1).*

Para una comprensión de los problemas del cliente, se llevó a cabo una *evaluación conductual de tipo contextual-funcional* que persiguió entender las dificultades del cliente atendiendo a las funciones que sus comportamientos cumplen en los diferentes contextos de la vida de la persona. Ésta será la verdadera evaluación que guiará el proceso de intervención. La evaluación no se ha circunscrito a las primeras sesiones formales de evaluación, sino que al estilo propuesto desde la FAP u otras aproximaciones con filosofías de intervención afines (Tsai et al., 2009; Yalom, 2000; Nardone y Watzlawick, 1992), ha sido un proceso continuo a lo largo de toda la intervención en la que las hipótesis generadas en las primeras sesiones han sido constantemente cuestionadas por el terapeuta en colaboración con el cliente (y sus familiares, cuando fuera el caso), para así comprobar su validez mediante preguntas estratégicamente orientadas, la observación del comportamiento del cliente en sesión, de las CCR propiamente, etc. Así, la evaluación funcional nos permitió delimitar las conductas clínicamente relevantes de tipo problemático (CCR1<sup>3</sup>) que serán objeto de intervención y a las que será necesario atender en sesión para su adecuado manejo por parte del terapeuta en pos de ayudar al cliente con su problemática. En la tabla 3 se puede consultar un listado de las conductas problemáticas (CCR1) que se han observado tras las sesiones llevadas a cabo hasta el momento de escribir estas líneas.

---

<sup>3</sup> Por motivos de exposición no se diferenciará a lo largo del trabajo entre conductas clínicamente relevantes (CCR) en sesión y conductas clínicamente relevantes fuera-de-sesión (Os).

Tabla 3. *Listado de conductas clínicamente relevantes problemáticas (CCR1) tanto dentro como fuera de sesión agrupadas según clases de respuesta.*

<b>Clase de respuesta</b>	<b>Conducta clínicamente relevante 1 (CCR1/O1)</b>
Afirmación de sus necesidades	Dificultad para expresar lo que quiere
Comunicación bi-direccional	Poco sensible al impacto de su comportamiento en otros Poca conciencia del impacto de su comportamiento en el terapeuta Imprecisión a la hora de evaluar el impacto en el terapeuta Dificultad para ponerse en el lugar del otro (falta de empatía)
Conflicto	Dificultad para tolerar el conflicto o el desacuerdo Dificultad para comprometerse Culpar a otras personas de sus problemas Genera conflictos innecesarios con personas de su vida Atribución externa de su responsabilidad (justificaciones/racionalizaciones) Discusiones con el padre/madre Se excusa cuando provoca un perjuicio a alguien (p.ej., se me ha olvidado) Robar: coger dinero a los padres Engañar acerca del destino del dinero (p.ej., clases academia) Dañar bienes ajenos (p.ej., coche paterno) y restarle importancia Mentir Gastarse la paga semanal en comprar cannabis y quedarse sin dinero para sus gastos
Revelaciones y cercanía interpersonal	Dificultades para conversar
E. Otras	Abuso de cannabis Dificultad para decir lo que opina y piensa

## 7. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

La casuística que presenta este caso, marcada por la presencia de varios síndromes clínicos y un trastorno leve de la personalidad, lo convierten en un caso relativamente complejo en su abordaje. A lo que tenemos que sumar la resistencia al cambio que ejemplifican los 5 años de intervenciones diversas, sin cambios clínicamente significativos en la problemática del cliente. Y en lo que se circunscribe al abuso de cannabis en particular, en el momento de comenzar con nuestra intervención el cliente cumplía 3 años de tratamiento en un centro especializado en adicciones (Centro Provincial de Drogodependencias de Almería, CPD). Lo que es un signo de la resistencia al tratamiento que presentan las personas con conductas adictivas y/o con psicopatología dual. En este contexto, la intervención y conceptualización del caso no se limitó a un enfoque psicoterapéutico particular, sino que más bien se siguieron los principios y filosofía del enfoque contextual-funcional en terapia. En nuestro caso, el terapeuta partió de la libertad de aplicar de manera flexible cualquiera de las técnicas provenientes de las terapias contextuales y de otras aproximaciones afines según las necesidades del cliente y su criterio clínico. En este sentido, cabe destacar la importancia para el estilo del terapeuta del planteamiento existencial y del uso de técnicas interpersonales propuestas desde la perspectiva existencial en psicoterapia (Yalom, 2000, 2018).

### *7.1. Entendimiento contextual-funcional de los problemas del cliente*

La casuística presentada por el cliente se aviene a un entendimiento contextual/funcional si acaso solo fuera por razones comprensivas y por la continuidad efectiva entre evaluación y tratamiento. Comprensiva por cuanto permite aprehender por parte del clínico (y el cliente) el sentido, significado o función que los comportamientos tienen en el contexto de la vida de la persona. Entendiendo los comportamientos problemáticos (y en su caso el trastorno) en el contexto que les corresponde, que no es otro que el de la vida de la persona, con toda su complejidad. El caso que nos ocupa está caracterizado por la presencia de múltiples comportamientos problemáticos que, entre otros, son fuente de conflictos interpersonales (CCR1), por lo que su manejo dentro del *setting* clínico tal y como se propone desde FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) podría ser una propuesta que se avendría bien al caso en cuestión que nos ocupa. Lo que justificaría una conceptualización del caso e intervención desde esta perspectiva. En efecto, la FAP estaría especialmente indicada para problemas que tuvieran implicaciones interpersonales de manera que podamos observar el problema del cliente en terapia (Pérez Álvarez, 2004).

El análisis funcional de los problemas del cliente, entendiéndose éste como el análisis de la relación existente entre la situación antecedente, el comportamiento y las consecuencias (i.e., contingencia de 3 términos) nos desvela que los comportamientos

problemáticos de Gustavo conforman una clase funcional orientada a conseguir lo que desea a la vez que evita a aquellas personas que pudieran cambiar el estado de las cosas en su vida. Así, fingir que estudia, que acude a clases, acudir a tratamientos psicológicos, etc., cumplirían la función de mantener a sus padres calmados, a cierta distancia, evitando su control para mantener el *statu quo* de la vida que tiene, la cual implica consumir marihuana a lo largo de todo el día, no estudiar ni trabajar, ver a amigos con los que consume, etc.

Por su parte, no ser consciente del impacto negativo que su comportamiento genera en los demás, no dar importancia a las consecuencias de sus actos minimizando la importancia de los daños personales o materiales ocasionados a los demás, etc., le permite evitar sentimientos aversivos como la culpa, la angustia o la vergüenza, a la vez que obtiene consecuencias gratificantes (e.g., que le sigan dejando el coche sus padres, quedar con los amigos en lugar de con su pareja, etc.) a pesar del daño ocasionado a los demás. Esta falta de perspectiva o empatía será uno de los objetivos terapéuticos necesarios para producir el cambio. Este tipo de comportamientos (algunos de los cuales son los que conforman los estados maníacos de Gustavo), aunque a corto plazo pueden aportarle gratificaciones personales, a medio y largo plazo le generan problemas a los demás y a sí mismo (e.g., pérdida de la pareja, distanciamiento de sus padres, conflictos y pérdida de amigos íntimos, multas de tráfico, etc.).

#### 7.1.2. *Temas.*

Podríamos hablar de ciertos *temas* dentro de los cuales se podrían agrupar los comportamientos problemáticos conformando grupos o temáticas concretas. Estos temas serán lugares comunes a los que se volverá una y otra vez a lo largo del proceso terapéutico y que serán objeto de atención clínica y contenido del coloquio terapéutico. El trabajo con los temas seguirá el estilo terapéutico, los procedimientos y técnicas del enfoque existencial e interpersonal propuesto por Yalom (2000, 2018) en el marco de la intervención propuesta en este trabajo desde la perspectiva conductual de FAP. Los principales temas podrían agruparse como se muestra a continuación:

- A. Utilizar o manipular (instrumentalmente) a los demás para conseguir sus propios intereses.
  - Ejemplo: mentir a sus padres y gastar el dinero de la academia en marihuana u otras cosas.
  
- B. No hacerse responsable de las consecuencias de sus actos (irresponsabilidad); minimizar las consecuencias perjudiciales para los demás y él mismo.
  - Ejemplos: rayar el coche de los padres y no darle importancia.

- C. Doble cara según las circunstancias. Esto es, mostrar una cara según la persona que tenga delante para conseguir sus propios fines.
- Ejemplo: participar como alumno en un grupo de terapia: desempeñar el rol de alumno ante el terapeuta a solas y desplegar el rol de terapeuta ante el grupo de terapia sin el consentimiento del terapeuta, llamar a escondidas a un paciente del grupo para tratarlo sin el consentimiento del terapeuta, etc.
- D. Continuos conflictos interpersonales.
- Ejemplo: deber dinero al que le vende la marihuana,

### *7.3. Terapéutica para el abordaje de la problemática del cliente*

Como se dijo anteriormente, no se ha seguido un protocolo estructurado durante la intervención que se ajuste a la propuesta de alguna de las terapias antes mencionadas. Si no que se aplicaron procedimientos y técnicas guiadas por la conceptualización del caso y se aplicaron convenientemente por el terapeuta según las necesidades del cliente. De hecho, algunas de las técnicas utilizadas se proponen desde varios de los enfoques (por ejemplo, el trabajo con los valores del cliente se propone desde ACT y FAP; o la técnica del aquí-y-ahora desde FAP y el enfoque existencial según Yalom). Sin olvidar esta apreciación, no obstante a continuación se especifican los fundamentos o procedimientos básicos y el enfoque terapéutico contextual que se siguió.

#### *7.3.1. Alianza terapéutica.*

Dada la complejidad del abordaje terapéutico de personas con trastornos adictivos, y habida cuenta de la resistencia al tratamiento de este tipo de clientes, se sugiere minimizar dicha oposición desde el comienzo realizando las primeras entrevistas con suficiente tacto para que la persona exprese su opinión real y sincera acerca de su trastorno y conseguir la necesaria motivación para que se mantenga en el tratamiento, se involucre y se movilice hacia el cambio. Como señalan Miller y Rollnick (1999) tras su experiencia con personas con conductas adictivas, un estilo confrontativo del terapeuta está asociado a una peor evolución y mayor tasa de recaídas; frente a un estilo comprensivo (pero realista) del terapeuta que se ha comprobado que favorece la motivación de la persona para implicarse con el tratamiento. Desde este punto de vista, una manera de conseguirlo es no invalidar las creencias típicas y sentimientos que presentan las personas con conductas adictivas. Como defiende Martín Murcia (2010), la creación de un vínculo afectivo es la condición efectiva previa para hacer que el paciente trabaje y colabore; vínculo que en ocasiones es el único respetuoso, comprensivo y estimulante que le queda a la persona.

### 7.3.2. Conductas conflictivas en contextos interpersonales (CCR1 y O1).

FAP se centra en el manejo de las conductas problemáticas en el aquí-y-ahora de la sesión terapéutica como un marco desde el que el terapeuta puede influir sobre la otra persona a través de las funciones discriminativas, reforzantes y evocadoras de conductas clínicamente relevantes que pueden ayudar al cliente (Kohlenberg y Tsay, 1991; Tsai et al., 2009). El uso de la relación terapéutica como situación privilegiada para intervenir en los problemas interpersonales del cliente es una herramienta determinante para la resolución de los problemas vitales del cliente. Se siguió la propuesta de FAP principalmente para el trabajo con las conductas clínicamente relevantes con énfasis en el aquí-y-ahora de la sesión según la asunción de que existe una *equivalencia funcional* entre la situación clínica y la vida diaria de la persona, la *transferencia de funciones* y las contingencias de reforzamiento que se dan en la relación interpersonal entre terapeuta y cliente (Kohlenberg y Tsay, 1991).

El inicio del trabajo desde FAP se focalizó en la validación de los sentimientos y cogniciones del cliente: se trata de mostrar comprensión validando la experiencia emocional del cliente, confirmando la emoción y dotándola de sentido y significado. Además de buscar y reconocer posibles CCR1 en el cliente desde el comienzo y a lo largo de todo el proceso terapéutico (regla 1 en FAP), lo que serviría también para elaborar el análisis funcional de los problemas del cliente. Al comienzo de la intervención, y a través de diferentes técnicas, se trató de generar un *setting* clínico que evocase CCR1 y que a la vez o posteriormente fomentase CCR2 y reforzarlas de manera natural (reglas 2 y 3 en FAP). Y, en fin, se observó el valor reforzante del terapeuta para guiar sus respuestas contingentes y en relación a las CCR del cliente (regla 4) y se persiguió que el cliente generase sus propias explicaciones funcionales de la problemática que presenta.

### 7.3.3. Trastorno leve de la personalidad.

El tratamiento del trastorno leve del yo caracterizado por la presencia de un yo inseguro fue abordado desde la perspectiva FAP. Las personas con un trastorno leve del yo tienen un número significativo de respuestas “yo X” bajo control público, estos es, están muy influidos las personas que tienen a su alrededor, sus opiniones, sentimientos y deseos. La característica principal de una persona con yo inseguro se define porque ésta tiene dificultades a la hora de saber lo que quiere, siente o piensa cuando se encuentran en presencia de otras personas (Kohlenberg y Tsay, 1991). Las personas con un trastorno leve del yo se caracterizan en sesión por estar alerta y evitar la expresión de deseos, opiniones, gustos, etc. (Valero y Ferro, 2015). Por lo que la intervención para los problemas del yo inseguro se dirigió a validar la experiencia privada del cliente de manera continua. Para ello, se reforzó cualquier “yo X” en ausencia de claves externas, se utilizaron ejercicios tipo *mindfulness* para generar un mayor autoconocimiento o

exposición a experiencias privadas sin evitar, así como ejercicios estructurados de “asociación libre”.

#### *7.3.4. Valores, dirección vital y compromiso.*

El cliente tenía dificultades para saber qué quería para su vida, por lo que el trabajo para clarificar los valores del cliente y generar un horizonte con sentido se estableció como uno de las metas del tratamiento. Así como también para comprometerse con la dirección vital elegida (e.g., abandono de los proyectos que empieza). Se siguió la formulación propuesta desde la ACT para este propósito en cuanto a la importancia de mostrar al cliente la importancia de comprometerse con direcciones personalmente valiosas guiadas por sus propios valores. Recuérdese que el cliente presenta un yo excesivamente controlado por las personas de su entorno caracterizado por la dificultad para elegir y conocer lo que quiere para su vida. Ejercicios como el de “escribir un epitafio” o “encontrar la propia brújula” se utilizaron para servir a este propósito (Wilson y Luciano, 2002).

#### *7.3.5. Activación conductual (AC) para la depresión.*

La situación depresiva leve que se hizo más evidente a partir de la mitad del tratamiento (cuando muchos de los reforzadores dejaron de estar presentes) siguió una intervención a lo largo de todo el tratamiento afín a la propuesta de Jacobson, Martell, y Dimidjian (2001). Básicamente consistió en mostrarle al cliente la lógica que generó y mantiene la situación depresiva (en su caso, pérdida de actividades, hábitos y personas valiosas en su vida como fumar marihuana, reunirse con amigos, relaciones de pareja, etc.) y las emociones asociadas a la vez que se enfatizó la importancia de hacer o actuar implicándose en actividades que fuesen personalmente valiosas y/o recuperar hábitos perdidos. Lo que, a medio y largo plazo implicará un cambio en sus emociones “depresivas” como consecuencia de las propias actividades y acciones (Barraca y Pérez, 2015).

#### *7.3.6. Dificultades con emociones y pensamientos aversivos.*

Aunque no fue una constante durante el tratamiento, el cliente presentó de manera puntual altos niveles de ansiedad y miedo en sesión asociados intentos de evitación de las emociones, pensamientos y recuerdos a raíz de una crisis de angustia facilitada por el consumo de marihuana en una ocasión puntual. Se utilizó técnicas que promueven el contacto con la experiencia privada de la persona, como son la descripción en detalle del episodio asociado a la crisis de angustia, así como ejercicios formales de exposición

experiencial y *mindfulness* según la conceptualización propuesta desde la ACT (Hayes et al., 1999, 2015; Wilson y Luciano, 2002).



## 8. CURSO DE LA TERAPIA

Hasta la fecha, la intervención ha consistido en un total de 18 sesiones de terapia, durante un periodo de tiempo de 6 meses. La frecuencia de las sesiones ha sido semanal, salvo durante el confinamiento domiciliario por motivos sanitarios por el Sars-Cov-19, El terapeuta al cargo de la intervención es el autor de este trabajo: es psicólogo y doctor en psicología con licencia profesional para

El contenido de las sesiones, incluyendo los temas tratados, las técnicas y procedimientos, los objetivos terapéuticos, etc., no siguió ningún orden preestablecido ni protocolo estructurado proveniente de ninguno de los enfoques psicoterapéuticos en los que se basó la intervención. Sino que la intervención sesión a sesión se adaptó de manera flexible a las cuestiones de urgencia de manera natural según apareciesen en sesión, trabajándose en cada momento lo que el encuentro terapéutico ofreciese y lo que el terapeuta consideró más oportuno terapéuticamente según la importancia de los problemas psicológicos que nos ocupan en este caso. Si tuviese que adherirse la intervención a algún protocolo concreto, quizá habría seguido la secuencia propuesta desde la FAP o desde el enfoque existencial de Yalom. Lo que no implicó que se utilizasen otros procedimientos y técnicas que provenientes de ACT, la terapia gestalt o del enfoque de la terapia estratégica.

### *8.1. Contexto de la terapia*

Las sesiones de terapia se han llevado a cabo de manera individual con el cliente. Durante toda la intervención, solo 2 personas (terapeuta y cliente) han estado presentes en la habitación en la que se han desarrollado las sesiones de terapia. El despacho donde se han llevado a cabo las sesiones es un espacio sin ventanas compuesto por un armario/estantería con libros y objetos de decoración, mesa escritorio con dos sillas, y un sillón (para el terapeuta) y sofá (para el cliente). Además, distintos objetos (como plantas, lámparas con luces cálidas y tenues, jarra con agua, máquina de café y té, mesa de centro, cuadros, cojines, etc.), persiguen generar un ambiente acogedor y tranquilo para el encuentro terapéutico similar al que podríamos encontrar en el salón de un hogar con una cuidada decoración.

### *8.2. Monitorización del proceso terapéutico*

*Sesión 1.* La primera sesión estuvo principalmente focalizada a generar una relación terapéutica empática, afectiva y profunda con la finalidad, entre otras, de facilitar la colaboración entre terapeuta y cliente. Se ha escrito mucho sobre la importancia de crear una relación de confianza entre terapeuta y cliente como condición

*sine qua non* para el logro terapéutico; y más aún en clientes refractarios al tratamiento, como es el caso que nos ocupa y algo habitual en pacientes con trastornos adictivos (

Se trató incluso de “calcar” el comportamiento y actitudes del cliente imitando su estilo conversacional, léxico, gestos, modo de sentarse; e incluso el terapeuta se mostró de acuerdo con algunas de las afirmaciones que podían ser potencialmente CCR1. Todo ello con la intención de disminuir las posibles resistencias y comenzar a forjar una relación terapéutica que, como se dijo, facilitase la colaboración terapéutica. Por ejemplo, el terapeuta se mostró de acuerdo con el cliente en cuanto a la inocuidad del consumo diario de marihuana en las personas. Como una manera de validar las creencias y sentimientos del cliente con respecto al consumo de drogas. En este sentido, habida cuenta de la historia de resistencia ante intervenciones anteriores centradas en el consumo y la minimización de las consecuencias negativas, el terapeuta decidió reforzar temporalmente su discurso sobre el consumo y la inocuidad del mismo para ganar la confianza del cliente reforzando una CCR1 y facilitar en posteriores sesiones el abordaje de este tipo de conductas problemáticas una vez el terapeuta se haya ganado su confianza sin que Gustavo perciba que se trata de un objetivo terapéutico y así disminuir su resistencia a tratar este tema. A continuación se muestra una transcripción de este diálogo.

El cliente fue preguntado acerca de qué consideraban sus padres como principal causa de los problemas del cliente.

- Gustavo: mis padres no entienden lo que me ocurre. Creen que todo lo que me pasa es por culpa de la marihuana, porque fumo porros.
- Terapeuta: y,... ¿Tú crees que tu consumo es un problema para ti? ¿Qué piensas sobre esto? [pregunta estratégicamente orientada]
- Gustavo: yo fumo, sí, como otras muchas personas que conozco. Pero esta no es la causa de mis problemas como piensan mis padres. Ellos piensan que si fumas ya eres un adicto. No entienden nada.
- Terapeuta: Bueno,... el consumo en sí mismo no es un problema. No tiene por qué ser así en tu caso. Eso depende de si te genera o no problemas en tu vida. Y,... en tu caso... (el terapeuta deja adrede esa frase inacabada).
- Gustavo: No, en mi caso no. No es un problema [CCR1; no reconocer el problema]. Son mis padres quienes creen que por fumar ya tienes un problema [CCR1; eludir la responsabilidad de sus comportamientos ]
- Terapeuta: No, no tiene por qué serlo en tu caso. Para mucha gente que no conocen qué es la marihuana, ni han fumado nunca, no entienden que pueda haber personas que fumen y eso no le genere problemas en su vida. Piensan que el simple hecho de fumar ya te convierte en un adicto. Pero yo entiendo a tus padres: piensan que nunca han fumado y no lo entienden. Por eso es normal que crean que el hecho de fumes marihuana sea el problema. Esto es más complejo que eso [dicho por el terapeuta con tono de complicidad, reforzando (temporalmente) una CCR1 para ganarse en estas primeras sesiones al cliente].

Por otro lado, en esta primera sesión (y subsecuentes) el terapeuta recabó (con preguntas estratégicamente orientadas funcionalmente pertinentes) información acerca de la problemática desde la perspectiva de Gustavo. Además de servir para contrastar las descripciones dadas por Gustavo con la que nos proporcionó la madre en la llamada telefónica (previa al comienzo de las sesiones) y la información que le propio terapeuta tiene acerca de Gustavo proveniente de la experiencia previa proveniente de la participación de Gustavo en el grupo de pacientes con trastorno bipolar en el que participó como alumno (véase pág. X).

Por último, se devolvió al cliente en síntesis el análisis funcional de su problemática para que entendiese desde el comienzo a qué obedece su problemática y/o qué sentido (función) tienen sus comportamientos problemáticos, evitando nombrar cualquier diagnóstico formal.

[CCR1: no ser consciente del problema; evitar la responsabilidad; atribuir a los demás la causa de sus problemas; fumar marihuana antes de venir a sesión]

*Sesión 2.* Se citó al padre y la madre de Gustavo con la triple intención: a) conocer su impresión acerca de la problemática de su hijo y la descripción de la historia relevante asociada a los problemas de su hijo desde su perspectiva, b) observar en sesión el comportamiento y actitudes de ambos progenitores para conocer su estilo interactivo y relacionarlo con la problemática de su hijo y c) reconocer el papel que juegan en el mantenimiento de los problemas de su hijo y disminuir el posible obstáculo que pudieran ser para la terapia. La entrevista con los padres evidenció la preocupación de los padres por el estado de ánimo depresivo de su hijo, los cambios negativos en su comportamiento por el consumo de cannabis, su falta de responsabilidad, inconsistencia en sus proyectos vitales, mentiras y robos de dinero en casa y, en definitiva, por la falta de dirección vital y el miedo a donde el consumo y este tipo de vida podría llevarle.

Observamos un padre más distante de su hijo en lo personal que la madre que no comprende de dónde vienen los problemas de su hijo y poco comprensivo al respecto, así como invalidante de las opiniones, sentimientos, deseos y creencias de su hijo. Observamos en terapia cómo el padre tiende a juzgar a los demás (no solo a Gustavo, sino a los jóvenes en general e incluso al terapeuta, no siendo muy partidario de la eficacia de la psicología o la terapia). Por su parte, la madre presenta una relación más íntima y afectiva con su hijo, mostrándose afectada, triste y preocupada; en otras ocasiones tensa. La necesaria estrategia de supervisión y control, que no extraña dada la propensión de Gustavo a gastar el dinero que tiene (principalmente para comprar marihuana), agotar la paga y volver a pedir, la falta de dirección en la vida, mentiras, falta de responsabilidad, etc., paradójicamente generan en Gustavo una lucha por no ser controlado, mentir para evitar castigos, robar para comprar o fumar a escondidas para no ser sermoneado, minimizar el efecto dañino de su comportamiento en los demás, etc.

En definitiva, la estrategia de control de los padres genera la respuesta de contra-control en su hijo, y el paulatino alejamiento de Gustavo de sus padres y, por ende, del control de éstos sobre aquel.

Al analizarlo, observo que los intentos de control y supervisión, aunque lógicos y razonables, no han ayudado a solucionar el problema. Más bien al contrario, a la larga han ayudado a mantener el problema, confirmando la “irresponsabilidad” de Gustavo y la necesidad de supervisión. No obstante Gustavo se queja de ser tratado “como un niño”. Con un lenguaje persuasivo les trasmito a los padres lo importante que ha sido su ayuda hasta el momento y el importante apoyo que seguirá siendo a lo largo de todo el proceso terapéutico, pero les explico y les convengo de que, por unas semanas, seré yo quien en su lugar estaré atento y velando por su hijo (i.e., controlando por ellos). Que dejen el tratamiento ahora en mis manos. Además, aludo a la fuerte afectación emocional que observo en la madre para justificar que ceda en sus intentos de control y la necesidad que ésta tiene de descansar por un tiempo de los problemas de su hijo: (terapeuta) “la veo muy afectada por todo lo que está pasando con su hijo. Y lo último que querría ahora es que usted también acabase mal como su hijo y necesitase ayuda. Por lo que creo que ahora lo importante es que mire también por sí misma y se cuide para no acabar mal”. Se ve aquí claramente la importancia que tiene incluir a la familia en el tratamiento en los casos en los que los propios intentos de solución puestos en marcha son parte del problema que ayuda a mantener el trastorno (Nardone y Portelli, 2015). Si olvidar la importancia de entender a la persona y el trastorno en el contexto familiar y social en el que *precisamente* aparecen los trastornos psicológicos.

*Sesiones 3 y 4.* Faltan pocas semanas para el examen por el que oposita a funcionario de prisiones. Apenas ha estudiado, por lo que es realista y sabe que no aprobará. Desde la sesión 3 Gustavo aparece jovial, enérgico, más estimulado de lo visto en las anteriores sesiones, sin signos visibles de presentar un estado de ánimo deprimido. Él mismo me confirma que está “más activo de los normal”. Mi criterio clínico me dice que está acercándose al límite de lo que consideraríamos un estado hipomaniaco.

Muestra un claro interés y motivación por acudir a terapia y trabajar para solucionar sus problemas. Se muestra colaborador a la hora de indagar acerca de la naturaleza de sus problemas. La madre informó de que “tiene en un pedestal” al terapeuta; lo que indica que se está forjando una alianza terapéutica afectiva e intensa. Por lo que ya en la sesiones 3 y 4 traté de indagar en profundidad acerca de la naturaleza relacional de los problemas de Gustavo.

Se utilizó principalmente el *método socrático* para cuestionar y reflexionar sobre su problemática. Es decir, clarificar con lucidez. En estas sesiones el método socrático fue muy útil para conseguir que Gustavo llegase a sus propias conclusiones en co-

laboración con el terapeuta. Esto es, que sea el propio cliente (con la ayuda del terapeuta) quien vea por sus propios razonamientos cuál es la naturaleza de sus problemas. De esta manera, Gustavo describió sus estados de ánimo “deprimido” y “alto” (según sus propias palabras), como maneras de afrontar situaciones que le desbordan. Así, la depresión sería una manera de evitar o refugiarse de los problemas de la vida, mientras que sus estados anímicos “altos” tendrían una doble función, a saber: centrarse mucho en una tarea o evitarla. En sus propias palabras: “según sea mi estado de ánimo estacionario (alto/bajo) afronto de distintas maneras la situación.

A la misma vez, nos centramos en el proceso de *aprendizaje interpersonal* indagando acerca de los problemas relacionales de Gustavo. Las técnicas interpersonales utilizadas fueron la *transferencia* y la *transparencia* (Vinogradov y Yalom, 2015). Para ello, la descripción de las interacciones problemáticas fuera de sesión se analizaron por transferencia en el aquí-y-ahora de la terapia. Así como también el terapeuta desveló sus propias emociones, pensamientos, etc. (transparencia) como elemento transferencial con la vida del cliente. Como se dijo anteriormente (véase pág. X), el trabajo implica prestar atención al proceso interactivo (i.e., función) más que al contenido de la interacción (i.e., forma). Pues bien, Gustavo comenzó quejándose acerca de ser tratado como un niño por sus padres, y de ser catalogado como una persona nerviosa, inquieta, poco seria, etc. El terapeuta le relaciona su conducta, con el efecto en los demás, y a su vez con la imagen que desprende hacia sus padres (y los demás) y como él mismo autoperpetúa el trato hacia él haciéndole sentirse infantil o que no confían en él. Un fragmento de este diálogo puede verse en la siguiente transcripción de terapia.

Gustavo se queja de que su madre no le da la paga completa. Lo que le hace sentirse como un niño. Los culpa. La historia es la siguiente: le dieron la paga mensual a Gustavo, gastándola principalmente en marihuana (O2) y al quedarse sin dinero volvió a pedirles más (O2). En este contexto, discutió con sus padres porque no querían dejarle estar 1 día extra en Madrid para salir de marcha después del examen de oposiciones. El terapeuta en sesión describe esta situación de la siguiente manera:

- Terapeuta: Imagínate que tu hijo... [el terapeuta relata todo lo anterior]. ¿Tú qué pensarías de tu hijo si te pidiese quedarse 1 días más en Madrid para salir por la noche de marcha,... lo que implica aún más gastos para los padres.
- Gustavo: ¡Que no lo merece!

El terapeuta no responde, pero hace un gesto de afirmación o asentimiento con la cabeza y brazos, mientras esboza una sonrisa (algo pícara) como una manera natural de reforzar la afirmación de Gustavo y generar mayor complicidad entre ambos.

Gustavo estuvo en un festival multitudinario de música electrónica. Sus padres le dejaron la furgoneta familiar para que pudiese ir y dormir en ella hasta volver al día siguiente. Días después, en una conversación con su madre, Gustavo le espetó a su madre que tendría que haber visto “la fila de gente que hacía cola para entrar a su furgoneta para meterse rayas de coca”. Después, trató de tranquilizarla asegurándole que él no hizo eso.

- Terapeuta: Si yo fuese tu madre, ¿imaginas cómo me sentiría si tú me dijese eso?
- Gustavo: No,... ¿cómo?
- Terapeuta: me preocuparía. Si me dices que has estado en un festival y que todos los amigos con los que vas al festival consumen coca, incluso aunque me asegures que tú no lo haces, me preocuparía igualmente. Tendría miedo a que consumieses. Así es como yo me sentiría si me dijese lo que le dijiste a tu madre. Y si yo me siento así, es muy probable que tu madre se sintiese de una manera similar cuando le dijiste lo del festival, la furgoneta y las drogas. ¿Te das cuenta de cómo tu comportamiento afecta a tu madre y a los demás en tu vida generando desconfianza y preocupación por tu comportamiento?

Este es un ejemplo en el que se persigue generar empatía en Gustavo a la vez de que sea consciente del impacto de su comportamiento en los demás.

Obsérvese que hasta el momento el terapeuta no ha forzado a Gustavo a hablar acerca del consumo de cannabis. En coherencia con la conceptualización del caso (descrita en la página x), no se tratará este tema sino cuando la propia conversación lleve a eso, una vez el terapeuta esté seguro de la existencia de una alianza terapéutica fuerte; llegado el caso, se tratará como una conducta más a reducir y/o extinguir, tratándose de entender funcionalmente en toda su complejidad y significado personal para Gustavo.

[O1: evitar estudiar fumando, viajando decenas de kilómetros para ver a un amigo, pintar para evitar estudiar O2: estudiar las oposiciones]

*Sesiones 5 y 6.* Estas sesiones son cruciales porque suponen un punto de inflexión en nuestra intervención. En el espacio entre sesiones el terapeuta mantiene una llamada telefónica con la madre en la que ésta le desvela comportamientos problemáticos fuera de sesión (O1) que indica que Gustavo ha mentado al terapeuta en sesión (CCR1). Lo que lo convierte en una oportunidad terapéutica que genera conflicto con el terapeuta dentro de la sesión; un transferencia *out-to-in* según la nomenclatura FAP.

La madre de Gustavo ha descubierto que les engaña y no está yendo a la academia de las oposiciones (O1; mentir; gastar el dinero de las clases de la academia; fumar marihuana mientras no está en clase). Al terapeuta le dijo que no había ido a clase

aquel día porque “se sentía enfermo en clase y por eso volví a casa” (CCR1; mentir al terapeuta). En la sesión 6 le confronto de la siguiente manera:

Al comienzo de la sesión, hago una pregunta muy abierta:

- Terapeuta: ¿Cómo está tu vida ahora?
- Gustavo: (con cara de sorprendido, extrañado) ¡Bien!
- Terapeuta: (Con una sonrisa amable) ¿qué es bien para ti? ¿Puedes describirmelo para que me haga una idea?
- Gustavo: No se,... ¿a qué te refieres?
- Terapeuta: A cómo está tu vida. A qué haces normalmente en un día normal.
- Gustavo: Me levanto,...
- Terapeuta: ¿y fumas?
- Gustavo: (riendo) ¡sí!, fumo antes de desayunar. A partir de ahí lo hago ya a lo largo de todo el día. Suelo estar en casa, aunque he dejado de estudiar para las oposiciones. A veces le dedico un rato a hacer esculturas en casa. También salgo a ver a algún amigo o darme una vuelta yo solo con la bici. Casi todas las tardes hasta la noche suelo ir a ensayar con la banda y tocar la corneta. Luego nos quedamos allí por la noche algunos de la banda hablando y fumando para echar el rato. Muy esporádicamente alguna fiesta o nos reunimos en una casa en la montaña los amigos para hacer una fiesta. Esto suele ser un día normal en mi vida.
- Terapeuta: ¿Y el dinero de la paga que te dan tus padres? ¿En qué sueles gastarlo?
- Gustavo: Pues, casi todo en comprar marihuana.
- Terapeuta: (con una sonrisa sarcástica) ¡Ah, sí! ¡Ahora entiendo que es para ti que tu vida esté “bien”!. Así que básicamente tus padres te pagan todo (comida, ropa, casa donde dormir, etc.), mientras tu dedicas el tiempo a dar vueltas con la bici, fumar durante casi todo el día, ellos te pagan el dinero que necesitas para comprar [marihuana], echas el rato ensayando con la banda, que yo sé que es algo que te gusta mucho, quedas con los amigos y, en fin, ya no estudias pero tampoco trabajas. ¡Pues claro que estás bien! (dicho con tono y sonrisa sarcástica).

En otro momento de la sesión indago acerca del episodio en el que según me dijo el cliente se sintió enfermo y dejó las clases.

Al comienzo de la sesión, hago una pregunta muy abierta:

- Terapeuta: Acerca de lo me comentaste el otro día, en el que me dijiste que te sentiste enfermo y abandonaste las clases de la academia. Hay algo que no entiendo, y quería preguntarte para ver si puede ayudarme a entenderlo.
- Gustavo: Claro, dime que es.
- Terapeuta: (con gesto reflexivo) Me dijiste que te encontraste mal, como enfermo, y que decidiste irte de las clases. Es normal que lo hicieses, yo también lo hubiese hecho. En tu casa, ¿qué hiciste?
- Gustavo: En casa, cuando volví ese día,... nada especial.
- Terapeuta: Pero, ¿fumaste esa tarde?
- Gustavo: Sí,... claro.
- Terapeuta: Pero, no lo entiendo. ¿Te encontrabas enfermo y fumaste en casa marihuana a pesar de sentirte lo suficientemente mal como para dejar las clases? ¿Pero no para fumar?
- Gustavo: (deja esbozada una sonrisa que indica que se ha dado cuenta del truco dialéctico que deja su mentira al descubierto) En realidad, bueno,... la verdad es que no estaba enfermo. Fui a clase para que mis padres creyesen que estoy yendo a clase, pero en realidad no estoy yendo. Me volví de la academia y me quedé en casa, fumando aprovechando que ellos están en el trabajo. En realidad no fui porque no tenía ganas.

A colación de esta conversación, aprovecho para relacionar las mentiras a sus padres con mentirme a mí (transferencia funcional). Y el efecto que este comportamiento tiene en mí. Le digo que cuando me miente siento desconfianza hacia él. Aunque una parte de mí confía en él, otra, que se basa en mi experiencia e historia con él, no confía en lo que me dice. No puedo saber si lo que me dice es verdad o mentira. Y esta desconfianza, en lugar de acercarme a él, me aleja. “¿No es esto algo similar a lo que te ha ocurrido con la mayoría de las personas importantes en tu vida, que han acabado alejándose de ti? ¿De manera similar a como me está ocurriendo a mí ahora al saber que me has mentido?”

Esta sesión a su vez desvela que lo 100€ mensuales para la academia se los estaba quedando para gastarlo en otras cosas (CCR2; ser sincero). Se plantea dejar las oposiciones porque “ni estudio ni me motiva estudiar eso” (CCR2; acción orientada por sus valores: “Yo prefiero/quiero”). Además, refiere que esto le está costando a sus padre 100€ (CCR2; sensible al efecto de su comportamiento en los demás).



*Sesión 7.* En esta ocasión cito a los padres de Gustavo a demanda de ellos. Están decepcionados y desesperados con su hijo porque las mentiras continúan, el consumo de marihuana, el que solo se involucre en actividades de ocio, no trabaja ni estudia, discusiones familiares con él, etc. Me centro en la validación de sus sentimientos principalmente mostrándoles que yo me sentiría de manera muy similar si mi hijo actuase como lo hace el suyo. A la vez que establecemos unas pautas para el manejo de contingencias y el establecimiento de límites con su hijo. Por ejemplo, darle privilegios (como dejarle el coche) solo de manera contingente según sea el comportamiento de su hijo. O asignarle una paga semanal (no mensual) sin superar nunca lo asignado. Con énfasis en el refuerzo positivo de conductas deseables y evitando el castigo en lo posible. Además, les transmito en un lenguaje adaptado a ellos al más puro estilo estratégico (Watzlawick, 2012) que es fundamental que se conviertan para Gustavo en una fuente de refuerzo positivo ya que lo que nos interesa es que estén cerca de su hijo para así

Observo que para venir a terapia los padres han manipulado (controlado) tanto a su hijo como al terapeuta. Solicitaron venir a la sesión sin hablarlo previamente con su hijo ni decirme a mí que no habían hablado previamente con Gustavo. Lo veo como un ejemplo de la tendencia de estos padres a controlar a su hijo. El efecto en Gustavo (y en el terapeuta) es el de sentirse manipulado por ellos y enfadado. Valido esto en Gustavo poniéndome a mí mismo como ejemplo, pero lo contextualizo como una consecuencia de la falta de confianza que ha generado en sus padres.

[Nota: las sesiones 8 y 9 que se describen a continuación se llevaron a cabo de manera telemática durante el periodo de confinamiento forzoso por la difusión del virus SRAS-CoV-2].

*Sesiones 8 y 9 (online).* Gustavo ha comunicado a sus padres la decisión de cambiar de oposiciones a las de psicología, las cuales encajan con sus estudios (O2; elegir en función de sus valores/preferencias personales). Ha discutido con sus padres porque éstos no quieren pagarle los estudios (O1; falta de empatía con la postura de los padres). Me centro en mostrarle la perspectiva de los padres y el sentido de su negativa a pagarle la academia de nuevo. Finalmente llegan al acuerdo de que será él mismo quien se pague la academia yendo a trabajar con el padre al invernadero (O2; trabajar para responsabilizarse de sus gastos). El ambiente en casa ha mejorado a raíz de estos acontecimientos. Gustavo dedica la mayor parte del día a estudiar y asistir a clases de manera online (O2; estudiar).

Desde el inicio del confinamiento no ha fumado marihuana por decisión personal (O2; no consumir). Indago acerca de cómo esto le ha afectado y si nota cambios.

Le han echado de la banda donde tocaba la corneta por mentirles (O1; mentir) diciéndoles que estaba enfermo, cuando en realidad se había ido a ensayar con una

segunda banda similar. Gustavo no comprendía por qué se habían enfadado y no veía razón para que le hubiesen echado (CCR1; no ser consciente del efecto de su comportamiento en los demás y minimizar el efecto perjudicial de su comportamiento en los demás). Aprovecho la ocasión para transferir (*out-to-in*) este comportamiento al *aquí-y-ahora* de la terapia conmigo como terapeuta relacionando esto con el impacto que provocó en mí las mentiras que en el pasado tuvo conmigo, enfatizando el impacto emocional negativo en mí similar al que tuvieron los de la banda: rechazo, desconfianza, alejamiento de él, etc.

[Nota: en adelante, se retomaron las sesiones de tipo presencial].

*Sesión 10 (presencial).* Se presenta en sesión nervioso y asustado, la mirada esquiva. En el tiempo entre sesiones ha tenido una crisis de angustia (ataque de pánico) causada por el consumo puntual de marihuana con 2 amigos tras casi 2 meses sin consumir (O1; consumir). Se siente muy culpable por haber vuelto a consumir (CCR2; romper con los pasos dados y que interfiere con la dirección vital elegida). Describe la experiencia como muy aversiva. La crisis se caracterizó por llantos, miedo y la sensación de “pérdida de control” de sus pensamientos y de la experiencia emocional. “Mis pensamientos iban muy rápido, se mezclaban; todo era confuso y no podía controlarlos. Siguiendo la lógica propuesta desde la ACT (Hayes et al., 1999), dado los intentos infructuosos por evitar y tratar de controlar su experiencia privada (pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) en los días posteriores a la propia crisis de angustia y los evidentes signos de ansiedad y miedo que observo en sesión en ese momento, se llevaron a cabo 2 *ejercicios de exposición experiencial* a las experiencias privadas evitadas. En primer lugar se pidió a Gustavo para que rememore el episodio y describiese en detalle todo lo ocurrido, guiando su atención en momentos determinados para que fuese consciente de sus emociones (sin evitar), como una manera de exponerlo a los recuerdos evitados, así como a los pensamientos y emociones asociados. En segundo lugar, una vez descrita la experiencia, dado el alto grado de fusión cognitiva y de evitación emocional observado en sesión, se decidió realizar un *ejercicio de exposición formal* similar a los utilizados en ACT (p.ej., véase Hayes et al., 2015) como una manera de alterar la función de evitación de las experiencias aversivas, con vistas a generar una mayor aceptación de las mismas.

Me pareció oportuno ahondar en el *significado* de esta experiencia para el cliente. Encontrar un sentido personal a la experiencia tranquilizar y facilita la aceptación e integración de la experiencia desde un punto de vista emocional y cognitivo, respectivamente. Pues bien, ¿qué sentido tiene que tras años de consumo aparezca una crisis bajo los efectos de un consumo puntual de marihuana? Algo a lo que esta persona estaba totalmente acostumbrada. Se parece a como si dos partes antagónicas de Gustavo hubiesen entrado en lucha: el ángel (sincero, no consumidor, responsable, etc.) y el demonio (mentiroso, consumidor, irresponsable, manipulador,

etc. Del conflicto irresuelto entre ambas partes surgiría el rechazo de la parte demoníaca asociada a sentimientos de culpa, miedo a la reacción de sus padres si se enterasen, a romper con sus avances, etc. Por su parte, nos parece importante señalar que Gustavo pensó en llamar al terapeuta en el momento de la crisis, a pesar de que su amigo trató de disuadirle de hacerlo arguyendo que el terapeuta se lo contaría a sus padres (CCR2; confianza en el terapeuta). Por lo que fue reforzado en terapia tomándole en serio y guardando su confidencia.

Al finalizar la sesión, se llevó a cabo un trabajo de *conexión con valores* (Hayes et al., 2015) reconociéndole el valor que tiene los esfuerzos que está haciendo y las elecciones vitales en el contexto de sus valores personales (e.g., elegir estudiar las oposiciones a psicólogo interno residente (PIR), mejorar la relación con sus padres o sincerarse conmigo).

*Sesión 11.* El ánimo decaído, Gustavo relata que su proveedor de marihuana le está presionando para que pague una deuda pendiente de cerca de 100€ con contrajo con él (CCR2; sincerarse con el terapeuta). Me pide consejo acerca de si contárselo o no a sus padres, pero le digo que yo no puedo tomar la decisión por él para no fomentar un Yo controlado externamente habida cuenta de su dificultad para tomar decisiones controladas internamente por sus necesidades, preferencias, etc. *Valido y normalizo* que se sienta cansado, abatido porque “sus errores del pasado le persiguen y le rinden cuenta ahora que está tratando de hacer que sus padres confíen en él. A la vez que le muestro mi apoyo por lo que está haciendo como un intento de reforzar positivamente sus esfuerzos más allá de las emociones que le dicen que actúen en la dirección contraria a sus valores.

Realizamos el *ejercicio de la silla vacía* (basado en la tradición gestáltica en psicoterapia) para generar un diálogo entre dos partes de su personalidad, la angelical y la demoníaca con la finalidad de fomentar la aceptación de ambas partes de sí mismo en un Yo que las integre y la vez las trascienda. Un Yo que le permita tomar perspectiva y elegir en base a sus intereses personales (valores).

*Sesión 12 y 13.* Esta sesión supone un nuevo cambio de inflexión en el tratamiento por el afloramiento de los problemas de personalidad que hasta el momento parecían en cierto grado velados por la presencia en primer plano de los problemas tratados en las anteriores sesiones y que por su gravedad y urgencia fueron el foco de la intervención hasta este momento.

Casi la totalidad de las conductas problemáticas (O1/CCR1) se han extinguido y/o reducido significativamente su frecuencia de aparición, a la vez que se observa desde hace semanas la aparición y aumento de frecuencia de aparición de conductas deseables o adaptativas (O2/CCR2) acorde con los valores del cliente y la dirección

vital elegida (véase la página x). En contraposición, aparecen problemas asociados a la presencia de un *trastorno leve de la personalidad* caracterizado por un *yo inseguro* (según la nomenclatura de FAP) caracterizado principalmente porque Gustavo tiene problemas a la hora de decir lo que piensa, quiere o prefiere en presencia del terapeuta.

Entra en sesión visiblemente vacilante. Verbaliza que desde hace unos días “duda de todo” y se siente “muy inseguro en todas partes”, con “todas las personas”. O también no saber “lo que quiere” para su vida y no encontrarle un sentido a nada. Las sesiones se caracterizan por dificultades en la conversación: bloqueos, frases sin acabar, laconismos, dificultad para dar su opinión ante una pregunta directa del terapeuta. Ahora se siente tan inseguro ante la presencia de otras personas que ha comenzado a evitar las situaciones sociales y, cuando acude, muestra un mutismo solo interrumpido por laconismos o frases inacabadas.

Se muestra muy cansado, ansioso y aprehensivo por la presión consecuencia de estudiar las oposiciones a psicólogo (PIR). A la vez que perdido, “sin motivación para estudiar unas oposiciones”. El estado de ánimo deprimido.

*Sesiones 14 y 15.* Gustavo presenta claramente dificultades para decir lo que piensa cuando tiene que dar su opinión y dificultades para saber lo que quiere. Y en menor medida problemas para saber lo que necesita, desea, siente, etc. Cuando es preguntado en sesión acerca de lo que piensa o quiere sobre un tema concreto, observo que responde (mirando al suelo, con risa nerviosa) “no lo se,... esto es lo que me pasa todo el rato, que no se responder cuando me preguntan”, “me he dado cuenta que no se de nada”, “dímelo tú”. Gustavo nos describe que cuando está en reuniones sociales se siente muy incómodo, diferente, como excluido, sin saber qué decir u opinar sobre el tema de conversación. Y que, cuando es preguntado directamente, no sabe qué responder o si lo hace, lo hace muy vagamente. Según la conceptualización proveniente de FAP de los problemas leves del yo (Tsai et al., 2009), dado que existe en Gustavo un control privado insuficiente de las respuestas “yo X” (yo inseguro y/o inestable), nos centramos en esta y subsiguientes sesiones en reforzar todas la expresiones verbales que estén bajo control privado del cliente y, concretamente, fomentar todas aquellas expresiones “yo pienso” o “yo quiero” bajo control privado de Gustavo. En otras palabras, el terapeuta se centró en la validación continua del cliente de manera natural.

Se decidió comenzar con el trabajo con el yo inseguro de manera más o menos estructurada. Se utilizó el ejercicio del *cine de tu mente* como ejercicio de “asociación libre estructurada”, así como un ejercicio de “asociación libre” en el que se le pidió que asociase libremente en voz alta sin censurar nada. En este último mostró serias dificultades para hablar sin detenerse a la hora de hablar (CCR1): evitaciones, mirar a otro lado, bloqueos, pedir que siguiese hablando el terapeuta, etc. En la versión estructurada del ejercicio (el cine de tu mente) no mostró tantos problemas, pero solo era capaz de describir la misma escena con pequeñas variaciones (CCR1; dificultades con la imaginación/creatividad).

Al proceder terapéutico más o menos estructurado con ejercicios formales se combinó un trabajo menos estructurado consistente en *reforzar (de manera natural) tantas expresiones y X como fuera posible a través de conversaciones* que surgieran en sesión de manera natural (como ocurre en la vida cotidiana) sobre temas mundanos, situaciones que se dieran en terapia y que pudiesen usarse como oportunidades terapéuticas (e.g., dejarle elegir el horario de la siguiente sesión según su preferencia), etc. Con énfasis en generar respuestas yo pienso y yo quiero frente a otras unidades funcionales verbales. Se le aclaró que el objetivo no era llegar a ninguna cuestión profunda, o decir lo correcto, sino el simple hecho de fomentar que dijera lo que opina, quiere o prefiere, pero también lo que piensa, siente, etc.

Por su parte, dado el estado de ánimo deprimido del cliente, siguiendo con la lógica terapéutica propuestas desde la Activación Conductual (Jacobson, Martell y Dimidjian 2001), se enfatizó con diversos ejemplos la importancia de actuar, implicarse y comprometerse con lo que valora en su vida. Y cómo este mismo actuar conllevaría, a medio plazo, un cambio asociado en sus emociones. Así como la importancia de retomar hábitos perdidos (acorde con sus preferencias personales y guiado, de nuevo, por sus intereses personales).

*Sesiones 16 y 17.* Aunque nos dice que tiene miedo a “decir algo y que no esté bien o sea correcta su opinión”, “miedo a quedar en ridículo o dar una mala impresión cuando da su opinión”, se observa un ligero cambio en la conversación a la vez que una mejoría del estado de ánimo del cliente. Sigo focalizándome en reforzar cualquier expresión y X que sea una verdadera expresión controlada por la experiencia privada de Gustavo a través principalmente de conversaciones (para que dé su opinión) y del trabajo con sus preferencias y gustos personales de cara a trabajar conjuntamente el ámbito de los valores para generar un horizonte vital que de sentido a su vida y facilite que se implique en actividades en su vida.

Aunque con menor intensidad, siguen los bloqueos al hablar y verbalizaciones del tipo “no sé qué decir”, “no tengo nada que aportar”, etc. Si bien la conversación es más fluida que en anteriores sesiones. Relacionamos sus dificultades actuales con su historia personal y reconocemos el papel que ha jugado su padre principalmente, y en menor grado su madre, en la invalidación de las opiniones, gustos y preferencias de Gustavo a lo largo de su vida. Sin culpabilizarlos.

*Sesión 18.* En esta última sesión Gustavo aparece visiblemente más energético y hablador. A diferencia de las semanas previas, refiere sentirse motivado para relacionarse con otras personas, buscar trabajo, “hacer cosas en la vida” y “acabar con esta situación”. De manera contingente a este cambio en su estado de ánimo y cogniciones comprobamos que ha retomado el trabajo con su padre y está viendo a amigos. En este contexto nos parece importante señalar que los padres de Gustavo han

respetado la decisión de su hijo de no seguir con los estudios de las oposiciones y no presionarle con este tema (consideramos que se trata de una validación de las preferencias de Gustavo).

Técnica de la *silla vacía* para enfrentar en un diálogo a dos facetas o partes de la personalidad de Gustavo, a saber: su parte pasiva, evitativa, miedosa, casera e infantil con su parte activa, proclive a las experiencias y novedades, valiente, social y adulta.

Por su parte, observo un cambio clínicamente significativo en cuanto a la fluidez de la conversación, que en su mayor parte está guiada por Gustavo y en la que me limito a interesarme por la conversación, asentir e intervenir lo mínimo como una manera de reforzar de manera natural su conversación y que Gustavo hable sobre diferentes temas y de su opinión y apreciaciones al respecto (CCR2; yo opino, pienso, creo, etc.). En este contexto, y al finalizar la sesión, le pregunto cómo se ha sentido conmigo en esta última sesión, en la que lo he visto visiblemente más hablador, fluido en la conversación, y aunque con ciertas dificultades ha estado dando sus puntos de vista y opiniones ante mí, etc. Me dice que se ha sentido a gusto, sin la incomodidad que siente fuera con otras personas cuando se autocontrola, sin miedo a decir lo que piensa. A continuación me preguntó: ¿pero cómo lo hago? (CCR1; control externo). He evitado contestar con una sugerencia (porque hubiese sido reforzar el control externo por el terapeuta), pero he realizado una equivalencia funcional hacia el exterior diciéndole: “ya sabes cómo hacerlo. Lo acabas de hacer hoy aquí conmigo. Date cuenta de que has hablado con más fluidez que en sesiones anteriores, aunque con cierta dificultad, has dado tu opinión acerca de lo que hablabas y lo has hecho durante casi toda la hora de la sesión. Así que no tienes que aprender nada nuevo ¡Solo tienes que hacer lo que acabas de hacer hoy aquí conmigo! Además, ¿te das cuenta de cómo te sientes cuando hablas y das tu opinión? Si te sientes aquí conmigo cuando lo haces, es muy probable que te sientas de manera similar con otras personas fuera cuando lo hagas con ellos.

Además, ha retomado el contacto con su exnovia e incluso van a volver a verse a pesar de que ella no parece volver a querer tener una relación y esto le hace daño a Gustavo, el cual sí le gustaría. El terapeuta le valida y refuerza el hecho de que quede con ella (como una manera de fomentar un yo quiero/deseo, a pesar de que el terapeuta piense que este encuentro vaya a generarle frustración, decepción y tristeza a Gustavo tras la despedida; algo que ya ocurrió en el pasado).

## 9. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado se comparan los resultados de las pruebas utilizadas al inicio y al finalizar la intervención. Nos parece relevante indicar que en la intervención psicológica con Gustavo no ha finalizado en la fecha en la que se presenta este trabajo. No obstante, nos parece que los resultados obtenidos a través de los cuestionarios utilizados y de la observación clínica y análisis del caso son lo suficientemente significativos como para ejemplificar la pertinencia del enfoque contextual/funcional para el tratamiento de casos complejos como el aquí presentado.

Retomamos a continuación la exposición de los resultados tras la intervención y su comparación con los resultados pre-test obtenidos al comienzo del tratamiento.

### 9.1. Diagnóstico psicopatológico sindrómico.

La entrevista clínica realizada tras el tratamiento muestra que a diferencia del inicio del tratamiento Gustavo en el momento actual no cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) de un *trastorno por consumo de cannabis, grave*. Por su parte, se cumplen los criterios para el diagnóstico del *trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, leve*. Se mantiene el diagnóstico, con la salvedad de que al inicio del tratamiento la especificación para el trastorno bipolar era *último episodio hipomaniaco, en remisión total*.

### 9.2. Resultados de la evaluación al final del tratamiento: depresión, ansiedad y control público de la experiencia del yo.

Si atendemos a los resultados de los cuestionarios BDI-II y BAI tras su aplicación al finalizar el tratamiento, puede observarse un aumento estadísticamente significativo de las puntuaciones tanto de los niveles de sintomatología depresiva como de ansiedad (véase tabla 4). Así, En concreto, los resultados sobre sintomatología depresiva medido a través del BDI indican un cambio en la puntuación *pre-tratamiento* de una *alteración mínima* del estado de ánimo (5 puntos; mínima depresión) a una *alteración grave* del estado de ánimo (29 puntos; depresión grave) en el post-tratamiento, según los criterios de interpretación de la gravedad validados por los propios autores de la escala (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003). Igualmente, en cuanto a la escala BAI, se ha obtenido tras la intervención un aumento estadísticamente significativo de la sintomatología ansiosa con puntuaciones pre-test que indican *niveles de ansiedad leve* (9 puntos) al inicio del tratamiento y *niveles moderados de ansiedad* (25 puntos) al final del tratamiento (Beck et al., 1988; adaptación española de Sanz et al., 2011).

Tabla 4. *Resultados pre y post-test tras la intervención psicológica de los cuestionarios BDI-II y BAI para la evaluación de síntomas depresivos y de ansiedad.*

Cuestionario	Puntuación pre-test	Puntuación post-test
BDI-II (depresión)	5	29
BAI (ansiedad)	9	25

*Nota.* BDI-II: inventario de depresión de Beck II; BAI: inventario de ansiedad de Beck.

Por su parte, si comparamos la evaluación de la experiencia del yo (EOSS) al final del tratamiento la puntuación total aumenta de 95 puntos al comienzo de la intervención hasta 102 al final del tratamiento. Se observa que puntúa más alto en las secciones de control externo de la experiencia del yo respecto a un conocido (vecino, compañero, etc.) y a una relación más íntima (amigo, pareja, etc.).

Tabla 5. *Resultados pre-test de la escala de experiencia del yo (EOSS).*

Sección	Rango	Puntuación pre-test	Puntuación post-test
I	7-49	22	22
II	10-70	17	24
III	10-70	23	29
IV	10-70	33	27
Total	37-259	95	102

*Nota.* EOSS: escala de experiencia del yo.

## 6.2. *Resultados de la evaluación funcional tras la intervención (post-test): atención a las conductas clínicamente relevantes (CCR1, 2 y 3).*

Comenzando por el abuso de cannabis, en el momento de escribir estas líneas Gustavo ha estado sin consumir casi 4 meses (CCR2; extinción del consumo de cannabis) que demostró ser (y así lo verbaliza Gustavo) una fuente de conflictos familiares e interpersonales (CCR3; explicación funcional de los problemas asociados al consumo).

De manera general, la meta de la intervención al comienzo del tratamiento consistió por un lado en intervenir sobre la *clase funcional* dirigida a utilizar a los demás de manera instrumental para beneficio propio y, por otro, disminuir las conductas de evitación del malestar asociado a sus actos y el efecto aversivo que el comportamiento de Gustavo tiene en los demás. Tras la intervención, la observación en sesión de las conductas de Gustavo y la entrevista con la familia y las propias descripciones del cliente revelan que los problemas y conflictos familiares con Gustavo



(disputas, mentiras, robos, etc.) han cesado totalmente (disminución de la frecuencia de las O1 hasta su extinción), al igual que la gran mayoría de CCR1 que aparecían en sesión en presencia del terapeuta (mentir al terapeuta, ocultar sentimientos y pensamientos, etc.).

Al mismo tiempo, la reducción de las conductas problemáticas coincide en el tiempo con la aparición de mejorías en el cliente tanto en sesión como en la vida diaria fuera de sesión (CCR2 y O2). Una de las claves ha sido fomentar en Gustavo empatía de cara a ser capaz de situarse en el lugar del otro (i.e., tomar de perspectiva) y ser consciente del impacto emocional que su conducta genera en los demás (incluido el terapeuta) (CCR2). A la vez que se ha fomentado que Gustavo de una explicación funcional de la historia reciente de rechazo y alejamiento de las personas importantes de su vida como una consecuencia del daño que su comportamiento causaba en estas personas (CCR3). Lo que en otros contextos se conoce como *integración* de la experiencia o, en términos conductuales, generar reglas verbales que (auto)controlen su propio comportamiento. En consecuencia, Gustavo ha desarrollado un mayor autocontrol (O2/CCR2). Otra de las cuestiones más relevantes fue fomentar comportamientos que generasen confianza en los demás, eliminando la alta frecuencia de comportamientos dirigidos a manipular a los demás de manera instrumental (e.g., mentiras, pretextos, etc.) para beneficio propio (CCR1 y O1). A la vez que se reforzó de manera diferencial gestos de sinceridad y autenticidad con el terapeuta (CCR2) y con la familia (O2). Estos progresos se vieron afianzados por explicaciones funcionales de la relación entre los actos de sinceridad y las mentiras, y el efecto que éstos tienen en el terapeuta y, por transferencia, en las personas importantes de la vida del cliente (CCR3): por ejemplo, sentirse más cercano al cliente, confiar en él, etc.

## 10. DISCUSIÓN

El estudio de caso que se presenta en este trabajo ha consistido en una intervención psicológica que ha seguido los principios, procedimientos y técnicas del *enfoque contextual* en psicología con base en el *análisis funcional* de la conducta clínica del cliente tanto dentro como fuera de la sesión como guía para la intervención. Estamos ante un caso complejo de un joven de 23 años refractario a los tratamientos anteriores con una casuística extensa con abuso de cannabis, trastorno bipolar II, conflictos interpersonales y un trastorno leve de la personalidad caracterizado por un *yo inseguro* (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001). Además, presenta una historia de resistencia al tratamiento que se ejemplifica por años de intervenciones sin cambios clínicamente significativos. Dada la complejidad del caso, para el abordaje de los distintos problemas se integró el planteamiento propuesto desde la terapia FAP con técnicas y procedimientos de otras terapias de tercera generación. En concreto, la intervención con FAP se focalizó principalmente en el manejo en sesión de las conductas conflictivas del cliente (CCR) y en el trabajo con el yo inseguro; técnicas y procedimientos de ACT para el trabajo con los valores y la reducción de la evitación de experiencias privadas aversivas (e.g., *mindfulness*); la lógica de la activación conductual (AC) para el abordaje de la situación depresiva y, en fin, el apoyo en otros planteamientos afines al enfoque contextual para adaptar la intervención de manera flexible a las necesidades del cliente y objetivos terapéuticos, como en el caso del uso del diálogo al modo estratégico (Watzlawick, 2012), técnicas del enfoque existencial (Yalom, 2000, 2018; Vinogradov y Yalom, 2015) o técnicas gestálticas como “la silla vacía” (Perls, 2012).

En cuanto a los resultados, al final del tratamiento el consumo de cannabis cesado por completo y se mantiene tras casi 4 meses sin consumir. De manera general, los principales resultados muestran una reducción clínicamente significativa de las conductas problemáticas del cliente (O1/CCR1) presentes al inicio del tratamiento a la vez que un aumento de conductas deseables (O2/CCR2) al finalizar la intervención. Los familiares refieren que los conflictos con Gustavo en casa han desaparecido totalmente, además de que el cliente refiere que estos problemas interpersonales tampoco se están dando en otros contextos sociales, ni tampoco con el terapeuta en sesión. Contingente a la extinción de las O1/CCR1 ha aumentado la frecuencia de O2/CCR2 en el contexto familiar y de CCR3 por parte del cliente a la hora de explicar su comportamiento en clave contextual/funcional. Además, estos cambios se están dando en el marco de elecciones vitales acorde con los valores del cliente. En cuanto al abuso de cannabis, el cliente no consume desde hace casi 4 meses, por lo que ya no cumple los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de cannabis. Estos resultados vendrían a sumarse a aquellos otros estudios que se han mostrado la efectividad de FAP para el tratamiento de abuso de sustancias y de personas con conflictos interpersonales (Valero y Ferro, 2015, pp. 205-208).

Por contrapartida, resulta cuanto menos interesante percatarse de que de manera contingente a los cambios positivos observados y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, se ha producido un aumento clínicamente y estadísticamente significativo de los

síntomas de depresión según el cuestionario BDI-II, oscilando la puntuación de depresión mínima (5 puntos) a depresión grave (29 puntos). De manera similar, el cuestionario BAI indica la existencia de niveles leves de ansiedad al inicio del tratamiento (9 puntos) y de niveles moderados de ansiedad al final (25 puntos) (véase tabla 4, página 40). Por último, los problemas del yo inseguro se han hecho más evidentes en las últimas sesiones, lo que también se evidencia por los resultados que muestra el cuestionario EOSS sobre el control externo de la experiencia del yo (ver tabla 5, página 40), con un aumento en la puntuación total tras el tratamiento de 7 puntos. Tras el tratamiento, las puntuaciones que han aumentado indicarían un ligero aumento del control externo de las experiencias del yo cuando el cliente se encuentra con personas cercanas e importantes en su vida (familiares, pareja, etc.). En cuanto al aumento tan dramático de la sintomatología depresiva, pensamos que es una consecuencia lógica de la pérdida de actividades, situaciones y hábitos sociales que eran reforzantes para el cliente antes de la intervención, como son fumar marihuana, quedar a menudo con amigos, tocar la corneta con la banda o salir de casa con la bicicleta, por poner algunos ejemplos de actividades que ha dejado de hacer en los últimos meses. Así, el aumento de la situación depresiva estaría asociado a un cambio de hábitos y a la disminución significativa de situaciones y actividades que eran reforzantes para el cliente en el pasado. Y, como se ve, la explicación funcional de la situación depresiva del cliente es suficiente para explicar la depresión actual, sin la necesidad de acudir a causas explicativas de corte médico, como sería el caso de afirmar que el estado depresivo se debe a la expresión (impredecible) de la enfermedad bipolar del cliente. Por su parte, el aumento de la ansiedad es consistente con el aumento de la conciencia del cliente del impacto emocional que su comportamiento tiene en los demás cuando se encuentra en situaciones interpersonales. En las sesiones más recientes el cliente refiere que tiene “miedo a meter la pata al hablar y decir algo que vuelva a hacer daño”, así como miedo al rechazo, a no encajar, etc. Si tenemos esto en cuenta, es lógico desde un punto de vista funcional que si el cliente tiene ahora una mayor conciencia y no quiere volver a ser rechazado (y que las pocas personas que le importan en su vida se sigan alejando), que haya aumentado su ansiedad cuando se encuentra con otra persona, como le ocurre con el terapeuta en sesión.

Las terapias psicológicas contextuales o de tercera generación implican en base a sus propios fundamentos la des-medicalización de los problemas de la vida (que en la época actual tomarán la forma de *trastornos mentales*) por un replanteamiento contextual de los problemas clínicos, cuyas implicaciones abarcan desde un particular entendimiento de la psicopatología hasta las repercusiones que dicho planteamiento contextual supone para la evaluación y la terapia psicológica. Así, propone un modelo psicopatológico alternativo, des-medicalizado, la evaluación basada en el análisis funcional de la conducta como herramienta de análisis de los problemas del cliente, así como un replanteamiento del tratamiento de los problemas mentales que en lugar de empeñarse en la lucha contra los síntomas (i.e., experiencias emocionales y cognitivas aversivas) que es característico de la psiquiatría biológica y los modelos afines en psicología (e.g., enfoque cognitivo-conductual), se plantea la *aceptación* (emocional) e

*integración* (cognitiva, reflexiva) de las experiencias privadas aversivas y la reorientación de la persona cara al horizonte de la vida, y no a los síntomas (Pérez Álvarez, 2006).

No cabe duda de los cambios terapéuticos positivos como consecuencia de la casi total desaparición de las conductas problemáticas y el desarrollo de conductas deseables acorde con los valores del cliente. Lo que indica que se han conseguido alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos al inicio del tratamiento. No obstante, nótese que si atendemos a criterios basados en la sintomatología, se observa un aumento de los síntomas de depresión y ansiedad contingente a la intervención psicológica. Lo que, desde una perspectiva biomédica o psicológica afín (e.g., cognitivo-conductual) cuyo criterio de eficacia terapéutica es la presencia o ausencia de sintomatología como criterio de eficacia terapéutica se diría que la intervención no solo no habría mejorado el estado psicológico del paciente sino que incluso podría haber ayudado a “empeorar” el estado del cliente. Este es precisamente uno de los riesgos de importar y utilizar el enfoque biomédico en psicología como criterio para la explicación de la mejorías del cliente. Y es que si atendemos a la presencia o ausencia de conductas problemáticas tras la intervención observamos que aunque la sintomatología de tipo depresivo y ansiosa han aumentado, paradójicamente observamos una reducción clínica y estadísticamente significativa de las conductas problemáticas (CCR1), que era justamente la queja inicial y demanda de tratamiento y, por tanto, objeto de intervención desde el comienzo. Además de observarse un aumento de las conductas deseables (CCR2 y 3) tan importantes para este caso como el fomento de una mayor empatía por parte del cliente a la hora de ser sensible al impacto de sus acciones en el terapeuta (CCR2) y otras personas importantes de su vida (O2). Generar la capacidad de tomar perspectiva y ser consciente del impacto emocional de tu comportamiento en los demás es fundamental de cara a generar un mayor autocontrol y disminuir la reactividad al medio o estar excesivamente controlado externamente por otras personas. Una manera de que la persona se haga responsable de sus actos. En otras palabras, más libre, y menos reactiva (menos controlada externamente). Y esa conciencia de la libertad puede traer aparejada emociones no deseadas como la ansiedad. Como lo definió Rollo May (2000): “la angustia es el vértigo de la libertad”.

Por último, y no menos importante, pensamos que el establecimiento desde la primera sesión de una relación terapéutica afectiva, auténtica, íntima y sincera ha sido la condición necesaria que ha permitido la colaboración e implicación de Gustavo en el tratamiento y los resultados obtenidos. Y más teniendo en cuenta la fuerte oposición que las personas con trastornos adictivos suelen presentar al tratamiento y la resistencia al cambio con la que contábamos con Gustavo al inicio del tratamiento habida cuenta de los años de intervenciones infructuosas previas. Como se dijo anteriormente, la creación de un vínculo afectivo entre terapeuta y cliente es la condición efectiva previa para hacer que el paciente trabaje y colabore; vínculo que en ocasiones es el único respetuoso, comprensivo y estimulante que le queda a la persona (Martín Murcia, 2010).

En conclusión, el estudio de caso que se presenta viene a sumarse a la evidencia empírica que presenta a la FAP como un tratamiento psicológico eficaz en casos que presentan una casuística compleja (Warner, 2005; citado por Valero y Ferro, 2015) así como también en el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos, lo que ha sido observado principalmente a través de estudios de caso (Ferro, 2008). Además, como sugieren los propios creadores de esta terapia, los planteamientos terapéuticos de FAP pueden ayudar a mejorar los resultados terapéuticos de otras terapias, lo que presenta como una poderosa herramienta que puede generar resultados sinérgicos en combinación con otras intervenciones (Kholenberg y Tsai, 1994). En este sentido, se ha combinado con terapias de segunda generación, en concreto con la terapia cognitiva de Beck. No obstante, presenta aún más interés para nosotros la integración de FAP con terapias de tercera generación. Así, se han obtenido buenos resultados con FAP combinada en la mayoría de los estudios con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), pero también con la terapia de conducta dialéctica (DBT), la activación conductual (AC) y terapias basadas en *mindfulness* (Valero y Ferro, 2015).

#### *Limitaciones y futuras direcciones.*

A pesar de alcanzar los principales objetivos de la intervención propuesta al comienzo del tratamiento, otras dificultades han pasado a primer plano, como el yo inseguro y el episodio depresivo actual que requieren necesariamente continuar con el tratamiento.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado*. Barcelona, España: Masson.
- Barraca Mairal, J. y Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid, España: Síntesis.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual*. San Antonio, EEUU: Psychological Corporation.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Ferro García, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López-Bermúdez, M.A. (2015). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítico Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41, 1-28.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: España.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York, Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Jacobson, N. y Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in Couple Therapy: a therapist's guide to transforming relationships*. Nueva York, EEUU: W.W. Norton & Company.

- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270
- Kanter, J. W., Parker, C. R., y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 198-211.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, EEUU: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: Una aproximación conductual para entender los problemas del Yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. Nueva York, EEUU: Gilford Press.
- López Bermúdez, M A., Ferro García, R. y Valero Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22, 92-98.
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York, EEUU: W. W. Norton.
- Martín Murcia, F. M. (2010). Intervención psicológica en anorexia nerviosa. En A. J. Cangas y V. Ibáñez Rojo (Eds.), *Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave* (pp. 209-235). Granada, España: Alborán Editores.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Millon, T., Davis, R. y Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Minneapolis, EEUU: Pearson.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2015). Obsesiones, compulsiones, manías. Entenderlas y superarlas en tiempo breve. Barcelona, España: Herder.
- Nardone G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona, España: Herder.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, pp. 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2008). *Contingencia y drama. La Psicología según el conductismo*. Madrid, España: Minerva Ediciones.

- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Perls, F. (2012). *Sueños y existencia. Terapia gestáltica*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro vientos editorial.
- Sanz, J., García-Vera, M.P. y Fortún, M. (2012). El “Inventario de Ansiedad de Beck”: BAI. Propiedades Psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20, 563-583.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sanz, J., Vallar, F., de la Guía, E. y Hernández, A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck*. Madrid, España: Pearson Educación, S. A.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., y Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M., Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York, EEUU: Guilford.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, courage, love, and behaviorism*. New York, EEUU: Springer.
- Valero Aguallo, L. y Ferro García, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional sesión a sesión*. Madrid, España: Síntesis.
- Valero Aguallo, L. y Ferro García, R., López Bermudez, M.A. y Selva López de Hualde, M.A. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26, 415-422.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (2015). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio. Técnica de comunicación terapéutica*. Barcelona, España: Herder.
- Wilson, K. G. y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Editorial Paidós.



Yalom, I. D. (2018). *El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes*. Barcelona, España: Ediciones Destino.