



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

Máster en Psicología General Sanitaria

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Interpretación de un caso de evitación experiencial con síntomas
ansiosos y propuesta de intervención desde ACT y FAP**

Florencia Billordo Pérès

Tutor académico: Serafín Gómez Martín

Febrero 2020
Defensa: Marzo 2020

Resumen

En el presente trabajo se realiza una interpretación desde ACT y FAP de un caso de una mujer de 20 años caracterizado por la evitación experiencial del malestar y los síntomas ansiosos, con presencia de ataques de pánico e inflexibilidad psicológica. La fusión cognitiva a cierto tipo de reglas verbales ha llevado a la paciente a presentar un comportamiento centrado en los intentos de control y evitación de sus eventos internos. Finalmente se presenta una propuesta de intervención desde dichas terapias contextuales, ya que el caso fue llevado desde una perspectiva humanista. Además, se añade el registro de CCRs de la paciente como método de evaluación del progreso terapéutico.

Palabras clave: Terapia de aceptación y compromiso (ACT), Psicoterapia analítico funcional (FAP), Trastorno de evitación experiencial (TEE), Ansiedad

Índice

1.	Introducción	4
2.	Procedimiento de Evaluación.....	8
3.	Conceptualización del caso	8
3.1.	<i>Información biográfica.....</i>	<i>8</i>
3.2.	<i>Motivo de consulta.....</i>	<i>9</i>
3.3.	<i>Estresores vitales.....</i>	<i>9</i>
3.4.	<i>Objetivos terapéuticos</i>	<i>10</i>
3.5.	<i>Análisis funcional</i>	<i>10</i>
4.	Descripción de las sesiones de intervención.....	11
4.1.	<i>Sesión 1</i>	<i>11</i>
4.2.	<i>Sesión 2</i>	<i>13</i>
4.3.	<i>Sesión 3</i>	<i>16</i>
4.4.	<i>Sesión 4</i>	<i>18</i>
4.5.	<i>Sesión 5</i>	<i>19</i>
4.6.	<i>Sesión 6</i>	<i>21</i>
4.7.	<i>Sesiones 7 y 8</i>	<i>23</i>
5.	Interpretación desde ACT y FAP	24
6.	Propuesta de intervención.....	¡Error! Marcador no definido.
6.1.	<i>Análisis funcional.</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
6.2.	<i>Normalizar el malestar.....</i>	<i>26</i>
6.3.	<i>Validar la emoción.</i>	<i>27</i>
6.4.	<i>Desesperanza creativa</i>	<i>27</i>
6.5.	<i>Desliteralización o defusión</i>	<i>27</i>
6.6.	<i>Fiscalización.</i>	<i>28</i>
6.7.	<i>Valores</i>	<i>29</i>
6.8.	<i>Control como problema.....</i>	<i>29</i>
6.9.	<i>Yo-contexto</i>	<i>30</i>
6.10.	<i>Compromiso y dirección a la acción.</i>	<i>30</i>
7.	Resultados.....	31
8.	Discusión	32
9.	Bibliografía	34

1. Introducción

Los seres humanos somos los únicos seres verbales, lo que nos hace capaces de ser conscientes de nuestra propia existencia. Esta capacidad, denominada autoconocimiento, presenta ventajas pero no viene exenta de desventajas, como dos caras de una moneda. Por un lado, puede facilitarnos tanto una mejor adaptación en determinadas circunstancias, como permitirnos disfrutar siendo conscientes de ello (por ejemplo, recordando vivencias placenteras); por otro lado, nos condiciona a sufrir más que si no dispusiéramos de esta habilidad (Valdivia & Luciano, 2006), por ejemplo, un superviviente a un trauma puede volver a experimentar dolor simplemente con el informe verbal de ese trauma. Los animales no verbales, en cambio, disfrutan y sufren las consecuencias negativas de la vida pero sin reparar o saber que lo hacen, sin consciencia del hoy o el ayer o capacidad para dar cuenta de aquello que ven, sienten, piensan o recuerdan (Luciano, Martínez & Valverde, 2005).

La adquisición del lenguaje y la inexorable influencia de nuestro contexto sociocultural-verbal llevan consigo ciertas consecuencias psicológicas que actúan como barreras que nos impiden aceptar cierto tipo de experiencias privadas, contribuyendo a su control indeseado (Kohlenberg et al, 2005), haciendo del lenguaje, por tanto, un arma de doble filo. Entre estas barreras, se podrían citar la creencia de que los eventos privados son causa de la conducta, que conlleva la necesidad de control emocional (tratando de quitar esas supuestas causas), el dar explicaciones o razones de nuestra conducta, la categorización o evaluación de los hechos en términos de bueno/malo, mejor/peor, y la propia literalidad del lenguaje (Gómez-Martín, López-Ríos & Mesa-Manjón, 2007; Ferro, 2000; Hayes y Wilson, 1994). Esto representa el objeto de estudio de la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001) cuyo objeto de estudio es saber cómo los humanos aprendemos el lenguaje en las interacciones sociales y cómo esto influye en nuestro comportamiento (Pérez-Álvarez, 2004).

Un ejemplo concreto de lo anterior lo podemos encontrar en los mensajes que hoy en día promueve la sociedad “avanzada” en la que vivimos; fórmulas sobre la forma “correcta” de vivir que aconsejan, entre otras cosas, evitar al máximo posible el malestar, eliminar rápidamente el sufrimiento y buscar felicidad y placer inmediato (Valdivia & Luciano, 2006). Reglas que están totalmente en contra de la naturaleza humana.

El problema surge a la larga, cuando la evitación del sufrimiento se convierte en el motor principal en la vida y aleja a las personas de lo que realmente valoran. Esto genera un profundo malestar psicológico al suscitar sentimientos de ineficacia debido a los intentos fallidos de control de aquellos pensamientos y/o emociones calificadas como negativas inherentes a la vida, ya que quedan atrapados bajo el funcionamiento “lógico” de la sociedad (“el sufrimiento es malo, por tanto actúo para quitármelo”), alejándose cada vez

más de lo importante y, consecuentemente, con menos vida y más sufrimiento (Valdivia & Luciano, 2006).

A este patrón de comportamiento, aprendido y reforzado negativamente, se lo ha denominado Evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996) y ocurre cuando una persona actúa bajo reglas verbales que le llevan a hacer todo lo posible por no contactar con determinadas experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos) e intentar cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Luciano, Martínez & Valverde, 2005). Esta clase de conducta resulta ineficaz precisamente porque el hecho de intentar cambiar o deshacerse de un pensamiento de forma deliberada implica seguir la regla verbal “No debo pensar en el pensamiento x”, conteniendo el “pensamiento x” y, por tanto, produciendo contacto con dicho pensamiento (Hayes et al., 1996). Si la evitación experiencial persiste incluso cuando es costoso, inútil o distorsiona la vida de la persona, se vuelve patológica, configurando el llamado Trastorno de evitación experiencial (TEE) (Hayes et al., 1996), planteado como una dimensión funcional alternativa a los sistemas tradicionales de clasificación topográficos y categoriales como el DSM (American Psychiatric Association, 2013) que se encuentra como factor común presente en una gran variedad de diagnósticos, por ejemplo, todos los desórdenes de ansiedad (Ferro, 2000).

En este sentido, la ansiedad no es sólo un conjunto de estados corporales y conductas, es una categoría verbal evaluativa y descriptiva que lleva integrada gran cantidad de experiencias como recuerdos, pensamientos, evaluaciones y comparaciones sociales, entre otras. Estas evaluaciones que hacemos sobre las emociones que sentimos alteran las funciones de las experiencias privadas. Por ejemplo, al etiquetar la ansiedad como “mala”, la bidireccionalidad del lenguaje humano (García, 2000) lleva a la persona a convertirla en una cualidad inherente a la emoción en sí: “esta es una emoción mala”, en lugar de “esto es una emoción y la estoy evaluando como mala” (Hayes et al., 1996). Así, los eventos privados llegan a convertirse en algo con vida propia que la persona debe mantener bajo control para poder actuar o vivir (Luciano, Martínez & Valverde, 2005). De esta manera, podríamos afirmar que muchas formas de psicopatología no se deben sólo a malos problemas, sino más bien a malas soluciones (Hayes et al., 1996).

Bajo esta perspectiva nace la Terapia de Aceptación y Compromiso propuesta por Steven Hayes (Hayes, Wilson, Robinson & Strosahl, 2014; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la cual se presenta como una alternativa innovadora que rompe con la tradición terapéutica existente, ya que no se hace un análisis sintomático de los problemas psicológicos, sino funcional; además, realiza un análisis conductual de las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos de los problemas típicamente cognitivos (Kohlenberg et al., 2005). Para ACT lo importante sería la función que cumplen las conductas que el sujeto desarrolla para evitar sus eventos privados, y no las características formarles de la psicopatología (depresivo, ansioso, psicótico, etc.)

(Kohlenberg et al, 2005), además su objetivo no es la eliminación o disminución del malestar como en las terapias cognitivo-conductuales, mayoritariamente empleadas en las problemáticas psicológicas, sino dirigir el comportamiento del sujeto en la dirección que marquen sus propios valores, independientemente del malestar (Páez-Blarrina, Martínez, Salas & Luciano, 2006).

El concepto principal de esta terapia, la aceptación psicológica, es una estrategia de cambio empleada para tratar la evitación experiencial que consiste en alterar el contexto en que la persona se relaciona con sus emociones y pensamientos, en lugar de intentar cambiar su forma, frecuencia o intensidad (Hayes et al., 1996). De esta manera, pretende que el paciente abandone los intentos de evitación, control o cambio de los eventos privados y propone no enfrentarse a las emociones y/o pensamientos (García, 2000), sino más bien ponerse en contacto directo con las experiencias psicológicas mientras se comporta de manera efectiva y valiosa (Hayes et al., 1996). El enfoque de la aceptación redirige los esfuerzos de cambio de la persona hacia áreas modificables, como el comportamiento observable o determinadas situaciones de la vida, en lugar de la historia personal o los pensamientos y sentimientos automáticos (Hayes y Wilson, 1994).

Para ello, ACT utiliza diversos métodos como metáforas, ejercicios experienciales y paradojas que buscan alterar los contextos verbales del TEE, reduciendo la literalidad del lenguaje y así flexibilizar el comportamiento del paciente ante la presencia de sus eventos internos mediante la exposición a los mismos en el aquí y ahora, fomentando una diferenciación entre el “yo contexto” y los contenidos cognitivos o “yo contenido” que surjan en cada momento, ayudándolo a clarificar las direcciones valiosas para su vida, haciéndose cargo de los pros y contras (Soriano, Martínez & Valverde, 2005) y comprometiéndose al cambio. Todo ello se recoge en el modelo Hexaflex, planteado por el propio Hayes (adaptado de Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). (Figura 1).

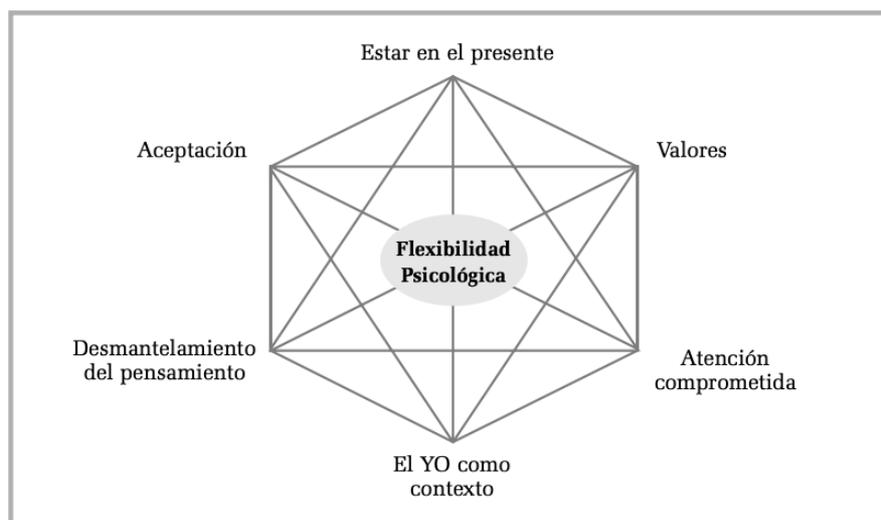


Figura 1. Modelo Hexaflex: flexibilidad psicológica.

Actualmente existe un gran número de investigaciones y publicaciones de casos que evidencian la eficacia de la intervención en trastornos de ansiedad por medio de ACT (Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013), remontándose al año 1998 la aparición de uno de los primeros casos de ansiedad generalizada tratados mediante esta terapia en España (Huerta, Gómez, Molina y Luciano, 1998).

Conjuntamente con ACT se suele trabajar con la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP por sus siglas en inglés) desarrollada por Kohlenberg y Tsai en 1991, ya que, como comentaron sus creadores, FAP puede ser combinada prácticamente con cualquier otro tipo de terapia con resultados sinérgicos y especialmente con ACT, con quien comparte numerosos puntos en común y así han demostrado numerosas investigaciones y estudios de casos publicados (Parra y García, 2008; Kohlenberg et al., 2005; Pérez Álvarez, 2004; Ferro, 2000).

Esta terapia de conducta está basada en el conductismo radical de Skinner (Skinner, 1994) y en el contextualismo funcional (Hayes, 1993). FAP pone el énfasis en las contingencias que ocurren en el propio contexto terapéutico, en el refuerzo natural, la equivalencia funcional entre los ambientes y el moldeamiento (García, Aguayo & Bermúdez, 2009) y entiende que la relación terapéutica entre cliente-terapeuta debe ser genuina, sensible y emocional, dado que supone el núcleo del proceso de cambio (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

FAP discrimina tres tipos de comportamientos del cliente, denominados Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). Las CCR tipo 1 serían los problemas de la vida diaria que ocurren durante la sesión, las CCR2 mejoras que ocurren durante la sesión y las CCR3 serían interpretaciones que hace el cliente de su propio comportamiento. Las pautas para el terapeuta son reglas o métodos que tienen como objetivo observar las CCRs que se den en sesión, evocar CCR1 y CCR2, reforzar CCR2, notar el efecto que tiene la conducta del terapeuta sobre la conducta del cliente y proporcionar al cliente interpretaciones sobre variables que afecten a su comportamiento (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993). También se tienen en cuenta las CCRs del terapeuta.

Así, el terapeuta debe estar atento a lo que sucede en sesión, realizar un análisis funcional de la conducta del cliente y del propio terapeuta (Parra y García, 2008), analizar la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del paciente y actuar de forma natural y contingente, buscando un cambio significativo en el comportamiento del cliente, de manera que se permita la generalización de los avances que se den en sesión en la vida del paciente fuera de ella (García, Aguayo y Bermúdez, 2009), siguiendo las cinco reglas estratégicas de técnica terapéutica planteadas por FAP (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

El presente caso ha sido originalmente llevado desde una perspectiva ecléctica, por una psicóloga formada, entre otras escuelas, en Gestalt. Sin embargo, no se han aplicado exclusivamente procedimientos provenientes de estas terapias, confluyendo diversos recursos terapéuticos según la necesidad de las sesiones, a criterio de la terapeuta.

El objetivo de este trabajo es presentar una reinterpretación del caso a partir de las terapias de tercera generación, en concreto desde ACT y FAP, realizando una descripción de lo trabajado en cada una de las sesiones. Además, como método de evaluación y ya que no se llevó a cabo ningún tipo de registro en el caso original, se realiza una medición de las CCRs del paciente como mero ejemplo de cómo se podría evaluar el progreso terapéutico desde FAP. Por último, se ofrece una propuesta de intervención indicando aquellos aspectos que se habrían trabajado si el caso se hubiese llevado desde dichas terapias contextuales.

2. Procedimiento de Evaluación

Como no se utilizaron métodos cuantitativos de evaluación, realizaremos un registro de las CCRs del paciente por medio del programa Behavioral Observation Research Interactive Software (BORIS) cuyos resultados comentaremos más adelante. Las sesiones serán grabadas en audio y posteriormente se realizará el registro mediante dicho programa.

La medición de las CCRs se llevó a cabo como método para intentar cuantificar de manera sistemática el progreso del paciente durante las sesiones. Por lo general, en las primeras sesiones se evidenciaron gran cantidad de CCR1 y nulas o muy pocas CCR2, a medida que avanzó la terapia, este proceso se invierte, decreciendo las CCR1 y aumentando las CCR2, dándose lugar, cerca del final de la intervención mayoritariamente, la aparición de CCR3 y la práctica inexistencia de CCR1. De esta manera se puede decir que el tratamiento ha sido eficaz, al haber cumplido los objetivos terapéuticos.

3. Conceptualización del caso

3.1. Información biográfica

Nuestra paciente, llamémosle Sara, acude al Centro de Psicología Almeriense CEPsIAL, en octubre de 2019. Actualmente, Sara es estudiante de grado, tiene 20 años y vive con sus padres y su hermana menor.

Antes de acudir al CEPsIAL, Sara nos cuenta que lleva desde 2017 probando con distintos psicólogos con los cuales no congeniaba por diversos motivos y acababa abandonado la terapia a los pocos meses de empezar, principalmente debido a no notar ningún tipo de cambio en su malestar. Dos de esos psicólogos aconsejaron a Sara acudir al psiquiatra, el cual le recetó antidepresivos. Actualmente toma Sertralina.

3.2.Motivo de consulta

La cliente acude a consulta debido a problemas con los estudios. Cuenta que siempre ha sido muy buena estudiante, ha sacado buenas notas, incluso matrículas de honor, pero desde bachillerato se agobia mucho estudiando, no puede evitar pensar constantemente que va a suspender, que no le va a dar tiempo a estudiar, aunque siempre acaba sacando muy buenas notas.

3.3.Estresores vitales

Como estresores vitales que están influyendo actualmente en el malestar que Sara manifiesta, encontramos dos. Por una parte, su situación familiar, que supone una fuente de estrés muy potente, ya que su madre lleva alrededor de un año enferma de cáncer y en el momento de la consulta se encuentra bastante débil. Además, la paciente afirma que su madre siempre ha sido su principal fuente de apoyo y debido a la situación que atraviesa, este apoyo se ha visto deteriorado con el paso del tiempo.

La relación con su padre nunca ha sido muy estrecha y últimamente se ha tornado negativa, ya que, según comenta, su padre intenta imponer a Sara su propia forma de pensar sin tener en cuenta la opinión de su hija. Ella siente que su padre no le deja tener criterio propio y actuar de una manera diferente a lo que él espera. Aunque ella sigue manteniendo un comportamiento autónomo, esto le genera mucha frustración.

Con su hermana dice no tener mucha relación, ya que son personas muy distintas y siente que su hermana no la entiende. Actualmente la situación es un poco tensa, debido a que todas las tareas y responsabilidades de la casa recaen únicamente sobre Sara, mientras que su hermana menor no colabora.

Por otro lado, Sara no cuenta con una red social que pueda proporcionarle el apoyo del que carece en estos momentos. La cliente dice no tener amigos “de verdad” y que, con las únicas personas, a excepción de su familia, con la que interactúa son sus compañeros de universidad, con los que no siente que encaje por ser personas muy distintas a su forma de ser; y con los pacientes del centro en el que está realizando las prácticas de enfermería, contexto que a veces se vuelve hostil por el comportamiento de ciertos pacientes hacia ella por sus diversas situaciones personales.

3.4. Objetivos terapéuticos

Desde la perspectiva de ACT, los objetivos terapéuticos de Sara son flexibilizar su repertorio conductual de tal manera que esté regulado por las contingencias y no por sus reglas verbales y dirigir su comportamiento hacia aquello que es importante para ella. Es decir, que Sara sea capaz de estudiar, estar con su madre, salir con amigos y ser la persona que ella quiere ser independientemente de lo que le diga su miedo y su ansiedad.

Los objetivos terapéuticos desde FAP serían aumentar las CCR2 del paciente y disminuir las CCR1, dentro de sesión, fomentando su generalización a su vida diaria (Tabla 1). En cada sesión se especificarán cuáles son las CCRs de Sara.

CCR1	CCR2
<ul style="list-style-type: none">▪ Siempre sonrío o se río al contar sucesos difíciles y expresar su malestar▪ Evita o bloquea sus emociones▪ No sabe lo que siente y/o no sabe expresarlo▪ Verbaliza de forma recurrente preocupaciones sobre los estudios▪ Se juzga a sí misma▪ Busca explicaciones sobre su comportamiento▪ Abandonar actividades de ocio cuando se siente mal▪ No expresa sus necesidades ni pide ayuda a los demás▪ Evita situaciones que le provocan malestar	<ul style="list-style-type: none">▪ Dejar de sonreír al contar algo doloroso▪ Contactar con sus emociones▪ Expresar lo que siente▪ Pedir ayuda o demandar atención cuando la necesita▪ Estar en el momento presente sin evitar el malestar ni hacerle caso a sus preocupaciones▪ Dedicarse más tiempo a sí misma▪ Dedicarle más tiempo a su madre▪ Realizar más actividades de ocio

Tabla 1. CCRs de Sara

3.5. Análisis funcional

El análisis funcional es la herramienta principal en psicoterapia y de la cual se hace uso para conocer las variables intervinientes en cada caso y las relaciones funcionales entre ellas, permitiendo realizar un análisis ideográfico con el que plantear hipótesis y diseñar intervenciones específicas.

Por tanto, se deben evaluar tanto las variables antecedentes, es decir, ante qué situaciones se presentan las variables problemáticas; éstas mismas, es decir, las conductas que han traído a la paciente a consulta; así como las consecuencias a corto y largo plazo que está obteniendo mediante dichos comportamientos.

Antecedentes	Comportamientos	Consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener un examen próximo ▪ Pensar en el estudio ▪ Estudiar ▪ Enfermedad de la madre ▪ Falta de apoyo social ▪ Mala relación con su padre y su hermana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad, Agobio, llantos, palpitaciones, nerviosismo, sensación de ahogo, estrés, preocupación constante, culpa. ▪ Pensamientos: “voy a suspender”, “no me va a dar tiempo a estudiar”, ... ▪ Problemas para dormir y mantener el sueño ▪ Alteración del apetito ▪ No salir de su casa ▪ No tener vida social ▪ Estudiar más ▪ No tomar descansos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alivio del malestar (R-) ▪ Tener razón, hacer lo correcto (R+) <p>CMLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del malestar ▪ Aumento de rumia y culpa ▪ Aislamiento social

Tabla 2. Análisis funcional del caso

Las conductas de Sara estarían siendo mantenidas por Refuerzo positivo, al hacer lo que cree que debe hacer (estudiar más, no tomar descansos, abandonar ocio) y por refuerzo negativo, al aliviar su malestar a corto plazo (No saliendo de su casa, rumia,...). Las consecuencias a medio largo plazo que Sara consigue, lejos de ayudarla, acaban aumentando considerablemente su malestar.

4. Descripción de las sesiones de intervención

A continuación, se describirá el contenido de las sesiones una a una y se expondrán las CCRs de la paciente en cada sesión, las cuales se comentarán más adelante. La intervención ha constado de 6 sesiones, espaciadas semanalmente y tuvo que ser interrumpida a partir de la sexta sesión debido al fallecimiento de la madre de Sara, por lo que las sesiones 7 y 8 se han dedicado al apoyo emocional, al acompañamiento en el proceso de duelo y a la evaluación del impacto de esta situación en su vida.

4.1.Sesión 1

La primera sesión consta principalmente de la evaluación del motivo de consulta, mediante entrevista no estructurada y observación; y del establecimiento del *rapport* entre paciente y terapeuta.

De la entrevista se obtuvo información relativa a la problemática actual de la paciente, que, junto con la observación de su lenguaje no verbal, permitió obtener una idea

general de las dificultades que atraviesa Sara en estos momentos y, sobre todo, cómo se relaciona con ellas.

La cliente cuenta que el problema comenzó cuando estudiaba bachillerado, desde entonces, estudiar se ha vuelto algo realmente difícil para ella. Actualmente no puede dejar de pensar en el estudio y siente agobio al creer que por mucho que estudie acabará suspendiendo o que no le va a dar tiempo a estudiar todo el temario, con la misma temida consecuencia. Finalmente, y es algo que ella misma verbaliza, siempre acaba obteniendo muy buenas calificaciones, incluso matrículas de honor. Sin embargo, no puede evitar preocuparse, incluso meses antes de tener que empezar a estudiar para un examen.

Cuando se va acercando la fecha de exámenes, Sara muestra una alteración en el apetito como conducta nerviosa, que se manifiesta mediante un aumento del consumo de alimentos, cambiando al extremo opuesto, es decir, se produce una disminución del apetito que la lleva a dejar de comer o comer muy poca cantidad, cuando la fecha del examen está muy próxima.

En el último mes, la cliente ha tenido varios ataques de ansiedad, que ella describe con sintomatología de tipo fisiológico (mareos, palpitaciones, taquicardia, alteración del sueño), gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea), emocional (llantos incontrolados y sin aparente motivo) y cognitivo (rumiación constante).

Durante la entrevista, se observaba en Sara un comportamiento radicalmente discordante con aquello que contaba. A la hora de expresar algo que le produce tristeza o malestar, por ejemplo, la enfermedad de su madre, utiliza ciertos mecanismos de defensa para evitar sentir y manifestar ese malestar, mediante risa nerviosa o sonrisas. Por tanto, exteriormente parecía que lo que contaba no le afectaba realmente.

Así, se ve en Sara una dificultad para contactar con las emociones, tanto negativas como positivas. La paciente bloquea las emociones negativas como forma de evitación del malestar y, consecuentemente, las positivas, debido a que sólo se centra en los aspectos negativos que actualmente parecen caracterizar su vida.

Todo lo mencionado anteriormente, junto con verbalizaciones del tipo “No me conozco”, “no sé quién soy” ha conllevado en Sara un malestar general tanto en el ámbito social, académico, como personal.

Conductas Clínicamente Relevantes

Las CCRs se dividen en aquellas que ha verbalizado que le ocurren en su vida diaria (CCR fuera de sesión) y las que se han ido observando a lo largo de la consulta (CCRs dentro).

En esta primera sesión se han contabilizado mediante el programa BORIS un total de CCR1, siendo éstas el 100% de las CCRs totales.

CCR1 dentro	CCR1 fuera
<ul style="list-style-type: none">• Verbalizaciones sobre pensamientos rumiativos y preocupaciones constantes sobre sus estudios• Risa nerviosa• Sonreír mientras habla de algo negativo para ella• No mostrar su tristeza• Verbalizaciones negativas sobre sí misma (“soy muy cabezota”, “no se quien soy”, “no se nada de mí”, “no me conozco”)• Evitar exponerse al malestar	<ul style="list-style-type: none">• Pensamientos recurrentes acerca de preocupaciones sobre sus estudios• Evitación de emociones negativas• Ataques de ansiedad• Autoexigencia• Risa nerviosa y sonrisas

Tabla 3. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 1

4.2.Sesión 2

En la segunda sesión Sara cuenta que durante la semana ha experimentado sensaciones desagradables como tensión, agobio, bloqueo, enfado, desesperación y ganas de llorar, sin entender el motivo de todo ello.

Ante las cuestiones que plantea Sara sobre no entender su comportamiento, la psicóloga normaliza la emoción mediante una metáfora, dadas las circunstancias vitales que atraviesa la paciente (enfermedad de la madre, viajes a hospitales, repercusiones en su expediente académico por las faltas de asistencia, etc.) y le cuestiona la utilidad real de “dar explicaciones”, de los por qué. “¿De qué te serviría saber por qué te estaba molestando el ruido o por qué te sentías así, si te sentías así?, si te retuerzo el dedo, y te explico por qué te lo estoy retorciendo, ¿te sirve de algo? ¿cambiaría el dolor? Pues para eso sirven los porqués”.

Para trabajar con la literalidad del lenguaje, la psicóloga plantea a Sara un ejercicio de desliteralización, consistente en diferenciar entre lo que uno piensa y la realidad, lo que uno piensa y lo que uno hace o lo que ocurre finalmente son cosas diferentes, no por

pensar X tiene que comportarse así o por pensar Y, las cosas sucederán así. Ella le plantea que “lo que pensamos, lo vamos a llamar “fantasía”, para diferenciar más claramente que lo que pienso no es real, es algo que me estoy imaginando. Aquí estarían las hipótesis, los porqués, las razones.”

En la misma línea de lo anteriormente expuesto, y para trabajar la defusión, la psicóloga enseña un juego a Sara llamado “lo obvio y lo que imagino” para tomar consciencia con los momentos en los que estamos enredados con nuestro pensamiento. Así, señalar que es obvio que Sara lleva una camiseta blanca y lo que la psicóloga imagina es que la lleva porque le gusta, ayuda a discriminar un pensamiento como lo que es: una idea sobre algo real. En su caso, lo que ella imagina es que va a suspender y lo obvio es que está estudiando duro para un examen.

Por otro lado, sí es importante conocer la utilidad de las emociones y el mensaje que intentan transmitirnos de “algo no está yendo bien, hazme caso”. Es como una llamada de atención que si la entendemos de manera errónea, podemos patologizarla. Por ejemplo, cuando Sara siente ansiedad, automáticamente lo interpreta como el inicio de un ataque de pánico, cuando en realidad es una respuesta normal del cuerpo ante la acumulación de tensión y el bloqueo de diversas emociones durante un cierto tiempo. Entender que es una respuesta normal y que debemos darle espacio para que se exteriorice, en lugar de contener nuestras emociones, ayuda a no empeorar y aumentar la sintomatología al pensar que es algo fuera de lo normal, algo malo que no deberíamos estar sintiendo y que debemos evitar.

La paciente cuenta que últimamente no duerme bien por las noches, lo que provoca que al día siguiente se sienta cansada, enfadada y no tenga ganas de hacer nada, lo que le produce rabia porque si se queda encerrada no conseguirá nada de lo que quiere en su vida, pero aún así no sale porque no se siente bien. Cuando esto le ocurre, su “mente le dice” que no vale para nada, que no le gusta su vida, que no es feliz, lo que consecuentemente empeora el estado anímico de Sara y mantiene su comportamiento evitativo. De la misma manera, cuando se le presentan situaciones nuevas como tener que hacer una exposición o la posibilidad de conocer a un chico, sus pensamientos de “No quiero que la gente se de cuenta que estoy temblando” o “Me da miedo conocer a alguien por lo que pueda pensar de mí, creo que no soy suficiente para que alguien me conozca. No se actuar ante esas situaciones” muestran diferentes formas pero misma función de intentos de control o evitación de pensamientos, emociones y situaciones que las provocan, cuya consecuencia acaba siendo la limitación de su vida.

Se procede nuevamente a la normalización de las emociones: “Si te hubieses partido una pierna y estuvieses un mes en la cama de un hospital con la pierna enyesada, no te juzgarías y te parecería normal. Sin embargo, esto no lo hacemos cuando las dificultades son emocionales. A veces también nos puede atropellar un camión (emocionalmente

hablando) e igualmente vamos a tener ganas solamente de quedarnos en casa”. Y seguidamente dirigimos a la acción “Otra cosa es que nos lo permitamos, que te quedes en casa o no. Pero si te criticas a ti misma por sentir lo que sientes, vas a tener un doble problema: no vas a dejar de sentirte mal y aparte vas a tener un extra de malestar por sentirte mal por ser quien eres. Así que, tú decides, ¿quieres quedarte en tu casa o hacer aquello que realmente quieres hacer?”.

Antes de finalizar la sesión, la psicóloga pone un audio de un ejercicio de escaneo corporal o *body-scanner* para mejorar el sueño y que Sara consiga dormir, e invita a la paciente a practicarlo en consulta. Tras acabarlo y pedirle *feedback* de cómo ha ido el ejercicio, Sara dice que se ha puesto nerviosa, notaba temblores y no era capaz de concentrarse en el audio y en su respiración más que en sus síntomas fisiológicos.

Con este ejercicio se ha trabajado la exposición a los eventos privados sin hacer nada para evitarlos, Sara debía simplemente estar atenta a su respiración, notar aquellas sensaciones o aquellos pensamientos que apareciesen y dejarlos marchar, continuando con la respiración y la atención sobre el cuerpo.

Conductas clínicamente relevantes

En esta sesión, del total de CCRs que se han dado, un 85% han sido de tipo 1 y un 15% de tipo 2.

CCR1	CCR2	CCR3
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar contactar con su malestar - Buscar explicaciones y razones de su comportamiento - Juzgarse - Verbalizaciones de intentos de control de las emociones y/o situaciones que las provocan - Risa nerviosa - Verbalizaciones sobre agobio y preocupación por los estudios - Verbalizaciones negativas sobre su vida y sobre sí misma 	<ul style="list-style-type: none"> - Contactar con sus emociones - Tactar emociones negativas 	

- Quejas sobre su comportamiento		
----------------------------------	--	--

Tabla 4. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 2

4.3.Sesión 3

La tercera sesión se inicia retomando los intentos de control de Sara, así como la búsqueda de explicaciones para comprender sus eventos privados.

La cliente dice haber notado que hay un problema en ella y que eso le preocupa, y explica a la psicóloga un episodio de ansiedad que pasó la semana pasada, donde empezó a marearse, a sudar, se puso roja, sintió mucho agobio y se bloqueó, ocasionando lo que ella definió como pérdidas de memoria, ya que en ese momento no fue capaz de recordar el pin de su tarjeta de crédito. Sara comenta que esos episodios de bloqueo se han dado repetidas veces durante todo el año y le hacen sentirse mal consigo misma y pensar que es un desastre. Además, no comprende por qué le sucede.

Por un lado, se le explica a Sara que los eventos internos no se pueden controlar y que no tienen una única causa, sino que son multicausales y dependen, entre otras cosas, de nuestra historia de aprendizaje; por tanto, enredarnos en buscar una explicación concreta a “¿por qué me estoy sintiendo así?” o “¿por qué pienso de esta manera?” no le ayudará en nada.

Por otro lado, se normaliza la situación que ha comentado Sara, haciendo hincapié en que lo que le sucede se debe al malestar que presenta la paciente y la situación de estrés que vive actualmente, y no a lo capaz que ella sea.

Seguidamente, Sara comenta que últimamente no deja de “mirar” sus fallos del pasado, aquellas cosas que hizo mal y de las que se arrepiente. Nuevamente, procedemos a la normalización y dirigimos la atención hacia los aspectos útiles de “mirar al pasado”. A continuación, cito textualmente la intervención de la psicóloga:

“Somos seres racionales y es normal que intentemos entender por qué hicimos tal o cual cosa, el problema es que la mayoría de veces, ir al pasado solo nos trae cosas negativas. A no ser que vayamos al pasado para ver el aprendizaje que nos trajo hacer tal cosa. Porque la persona que eres hoy es gracias a lo que hiciste en el pasado, bueno o malo, te ha llevado a ser quien eres hoy, aquí y ahora. Y así es la vida. De los errores aprendemos, por tanto, no tenemos que sentirnos mal por errar, porque si no, no habría aprendizaje, no habría crecimiento personal. Todo el mundo se equivoca. Ahora bien, tenemos que aprovechar esos aprendizajes para no volver a caer en las mismas piedras. A veces cuesta

más y otras menos, dependiendo de lo arraigado que tengamos cada comportamiento. Por eso cada persona es diferente y le cuestan cosas diferentes.”

La terapeuta pone un audio a Sara llamado “La fábrica de las preocupaciones” que trabaja la defusión. El ejercicio busca que la paciente aprenda a tomar distancia para poder observar a los pensamientos y ser consciente de que es ella quien tiene los pensamientos pero ella no es sus pensamientos. Darse cuenta de los pensamientos que tiene, de que no necesita detenerlos, pero sí puede dejar de prestarles tanta atención todo el tiempo. Además, los pensamientos no lo saben todo, muchas veces no tratan sobre los hechos, sino sobre lo que uno piensa sobre los hechos.

Para ello, el audio comienza indicando a Sara que cierre los ojos y se centre en sus pensamientos de hoy, en qué le ha estado preocupando durante el día, que los escuche, que piensen sobre el tema que tratan. Luego, redirecciona la atención al cuerpo, buscando notar cualquier tensión que se haya producido. A continuación, vuelve a centrarse en los pensamientos, en qué le están diciendo ahora mismo e invita a la paciente a decir “Me doy cuenta de que tengo el pensamiento tal...”, con el objetivo de señalar esa diferencia entre la persona, el pensamiento y la persona que está teniendo el pensamiento pero que no es el pensamiento.

Para concluir, se realiza otro ejercicio de defusión buscando que Sara aprenda a discriminar entre pensamientos, sentimientos y hechos objetivos en el ambiente. Para ello se le invita a que, con los ojos cerrados, vaya anunciando en voz alta aquellas cosas que percibe del ambiente externo (me doy cuenta de que escucho música de fondo), de su cuerpo (me doy cuenta que me duele la espalda) y de sus eventos internos (me doy cuenta que siento agobio). A continuación, se pide a Sara que diga: “me doy cuenta que estoy teniendo el pensamiento de...” y añada aquello que esté pensando, sin incluir valoraciones ni juicios sobre lo que piensa.

Conductas clínicamente relevantes

En la sesión tres se han contabilizado un 95% de CCR1 y un 5% de CCR2.

CCR1	CCR2	CCR3
- Búsqueda de razones y explicaciones sobre sus emociones y/o pensamientos - Risa nerviosa - Verbalizaciones negativas sobre sí misma	- Contactar con emociones y pensamientos negativos	

(“hay un problema en mí y es mi culpa”) - Quejas y preocupaciones sobre comportamientos y momentos del pasado		
--	--	--

Tabla 5. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 3

4.4.Sesión 4

En esta sesión se vuelve a trabajar con la normalización para que Sara vea que tanto a ella como a cualquier otra persona le podría suceder lo mismo si se viese en sus mismas circunstancias, no se trata de que tenga algún tipo de patología o enfermedad, como ella plantea. No poder dormir o sentir ansiedad es una reacción común ante la situación por la que está pasando actualmente.

Por otro lado, Sara muestra dificultades a la hora de pedir la ayuda o atención que necesita. No es lo mismo comunicar un problema o preocupación esperando que de la otra persona nazca proporcionarnos su apoyo que expresar una necesidad y pedir atención de forma clara, ya que en el primer caso es posible que no obtengamos nada a cambio y lo interpretemos como otro factor que lejos de contribuir, perjudique.

Se le plantea a Sara que cuando sienta algún tipo de necesidad, pida aquello que quiere de forma explícita, ante lo que la paciente puntualiza que precisamente el problema es que no sabe lo que quiere realmente. Para ello, se lleva a cabo un ejercicio en el que Sara recuerda una situación en la que sintió que sus necesidades no fueron cubiertas y presta atención a lo que siente, a qué necesidad en concreto se refiere y cómo podría ser cubierta, qué podría haber hecho ella para conseguir aquello que requería en ese momento. Buscando así que la paciente tome contacto con sus eventos privados, sea capaz de identificarlos y cubrir sus necesidades en episodios futuros.

Durante el ejercicio, a Sara le cuesta verbalizar algún recuerdo donde se diese esa situación. Una vez lo consigue, la manera de relatarlo es nuevamente incoherente con las emociones que suscita en Sara.

Cuenta que estaba con su madre sentada en el sofá, acompañándola porque ella se sentía mal físicamente debido a su enfermedad, sin embargo, Sara no quería estar ahí y se agobiaba de pensar en todas las cosas que tenía que hacer (estudiar, limpiar, etc) en lugar de estar ahí sentada “sin hacer nada”.

Al final de la sesión, la psicóloga plantea a Sara la posibilidad de elaborar un horario donde poder organizar su día, el cual contenga tanto un tiempo para dedicárselo a su madre, como a sí misma y a sus responsabilidades, incluyendo momentos de ocio, ya que

a la cliente le cuesta mucho hacer cosas para ella misma, lo intenta pero cuando está en alguna actividad se empieza a poner nerviosa y acaba abandonándola.

Conductas clínicamente relevantes

Las CCR1 registradas en la sesión 4 han representado el 100% de las conductas clínicamente relevantes dadas en sesión.

CCR1	CCR2	CCR3
<ul style="list-style-type: none"> - No pedir ayuda explícitamente - Contar cosas que le producen tristeza riéndose o con una sonrisa - Verbalizaciones sobre preocupaciones y rumia sobre su comportamiento y sobre sus problemas - Abandonar actividades de ocio cuando se siente mal 		

Tabla 6. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 4

4.5.Sesión 5

La quinta sesión empieza con la pregunta ¿cómo te sientes?, a lo que la paciente no sabe muy bien qué contestar, mostrando ciertas dificultades en la discriminación de sus emociones. Por ello, se le presenta una lista de emociones y sentimientos en los cuales debía identificar aquellos que coincidiesen con su estado actual, aquí y ahora, los cuales fueron: triste, agobiada, abrumada, decaída, indefensa/incapaz, nerviosismo.

Sara explicó que todo ello se debía a una excesiva carga de diferentes cosas: estudios, situación familiar actual, obligaciones, preocupaciones anticipatorias, entre otras.

La psicóloga aprovechó para realizar un ejercicio experiencial que expone claramente la situación de la paciente: le fue colocando un montón de objetos sobre las manos para que los sujetara y llegó un momento en el que no pudo con todos y alguno acabó cayendo.

- *Psicóloga: ¿Lo necesitas todo a la vez?, ¿qué harías con ello?*
- *Sara suelta las cosas poco a poco y las pone en su sitio.*

- *Psicóloga*: Bien, ahora vamos a hacerlo con lo tuyo, ¿por dónde empezamos?

Sara, desde *lo mental*, no supo contestar a esa pregunta; la terapeuta la llevó a *lo corporal*, a la necesidad que sentía, a qué le pedía el cuerpo, y no tanto a lo racional, a lo que pensaba o creía. Con ello, ayudamos a que Sara contacte con sus emociones y sensaciones, que las escuche y aprenda a responder a ellas en lugar de ignorarlas.

A partir de aquí, Sara empezó a comentar cómo se sentía, entrando en contacto poco a poco con sus emociones aunque conteniendo las ganas de llorar. Se le reflejó esto y se hizo un ejercicio de mindfulness para que se centrara en lo que estaba sintiendo aquí y ahora y le diese lugar a la emoción.

A continuación, Sara comentó su situación con los estudios y que estaba preocupada por suspender un examen un mes antes de tenerlo, el cual, por ahora llevaba bien y acabaría aprobando sobradamente. Así, se realizó un análisis funcional con la paciente (Tabla 6).

Antecedente	Conducta	Consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene un examen dentro de un mes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piensa que va a suspender ▪ Se pone nerviosa ▪ Siente ansiedad, pánico ▪ Se estresa ▪ Lloro ▪ Sólo se dedica a estudiar ▪ No sale ▪ No se relaciona ▪ No se dedica tiempo a sí misma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alivio momentáneo (R-) ▪ Hacer lo correcto, ser responsable (R+) <p>CMLP: mayor malestar</p>

Tabla 7. Análisis funcional de la sesión 5

Esto es lo que le ocurre cada vez que tiene un examen. A corto plazo, todo lo que Sara hace en relación a sus eventos privados indeseados, le libran de ellos, mientras que a largo plazo le encadenan a más de lo mismo.

La psicóloga utilizó la metáfora de la mochila en la espalda, cargada de cosas, para mostrar cómo ve a Sara según lo que ella le cuenta. La paciente coincide con ella, dándose cuenta que carga con más cosas de las que debería al mismo tiempo.

Ante la pregunta de “¿Qué quieres ahora mismo?” Sara contestó que le gustaría dedicarse tiempo a ella misma, que ahora mismo no tiene ganas de estudiar y que para poder hacerlo primero tiene que sentirse bien. Sin embargo, cada vez que ella planteaba una posible solución que la llevase a dedicarse tiempo “podría hacer tal cosa”, ella misma acababa

cerrando esa puerta que había abierto “...pero el problema es que...”, poniendo finalmente una excusa para no hacerlo. Se le reflejó esto.

Finalmente, se condujo la sesión de tal manera que a Sara le fuese más apetecible probar algo nuevo, hacer algo diferente a lo que lleva haciendo este tiempo, para ver qué pasa y cómo se siente, sabiendo que, si sigue haciendo lo mismo, seguirá sintiéndose como hasta ahora y eso no le ayuda. “Si te quedas mirando una sola cosa, lo demás desaparece”.

Ante la verbalización de la paciente de “voy a intentarlo”, se hace el ejercicio de “intenta coger el boli” para diferenciar entre intentar algo y hacerlo.

Conductas clínicamente relevantes

En esta sesión se han registrado un 67.5% de CCR1, un 30% de CCR2 y un 2.5% de CCR3.

CCR1	CCR2	CCR3
<ul style="list-style-type: none"> - Risa nerviosa - Verbalizaciones sobre preocupaciones - Bloqueo de emociones y sensaciones - Ponerse excusas para cambiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de emociones - Contacto con emociones - Darse cuenta de sus formas de evitación - Verbalizaciones sobre posibles soluciones y cambios 	<ul style="list-style-type: none"> - “Si me quedo en mi casa con el pijama puesto, viendo series, contemplando la situación, en el caos de mi casa con mi familia, eso me consume, me hace sentirme peor y no me ayuda. En cambio, si salgo y veo a gente y veo caras nuevas, me sentiré mejor”.

Tabla 8. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 5

4.6.Sesión 6

En esta sesión Sara cuenta que esta última semana ha sido complicada ya que su madre ha empeorado y en estos momentos requiere mayor atención por parte de toda la familia. Como es característico de la paciente, mientras cuenta lo ocurrido no deja de sonreír, por lo que la psicóloga espetó que Sara la desconcertaba y le preguntó por lo que estaba sintiendo en ese momento, mientras contaba algo tan triste para ella.

Sin embargo, en esta sesión vemos que la paciente ha empezado a tomar contacto con la realidad que se presenta en su casa, con que su madre ha empeorado, la situación es cada vez más dura de afrontar y ella se siente cada vez peor, tal y como verbaliza ella misma.

Así también, ha empezado a ser consciente de cómo bloquea esas emociones y que al verbalizar lo que ocurre parece no tener ninguna emoción al respecto.

A colación de lo anterior, surge en consulta una dificultad que presenta Sara a la hora de relacionarse con las personas, ante lo que se muestra insegura, dice costarle confiar en los demás, mantener el contacto visual y mostrarse tal cual es. Aquí la psicóloga busca similitudes entre la relación terapéutica y las demás relaciones interpersonales de Sara, y le pregunta si también le pasa con ella, a lo que Sara responde que no, dado que este es un entorno de confianza.

Mediante el diálogo socrático Sara llega a la conclusión de que esto es otro mecanismo de defensa que ha desarrollado para protegerse de la idea que ella tiene de que los demás pueden hacerle daño si se muestra tal cual es, lo que conlleva que sus debilidades queden expuestas.

La psicóloga pregunta a la paciente si en esta sesión prefiere trabajar con su bloqueo emocional en la situación con su madre o su dificultad para confiar en los demás, ante lo que Sara escoge el que menos dolor le provoca, intentando nuevamente evitar el malestar que provocaría enfrentarse a la situación dolorosa de que posiblemente su madre no vaya a mejorar.

Por tanto, buscamos que Sara tome contacto con dicha situación, cerrando los ojos y pensando en su madre, en su día a día y en cómo se siente al recordarlo. Durante el relato de lo que está recordando y lo que siente, Sara intercala momentos de contacto pleno con el recuerdo y la emoción, tristeza, falta de atención, necesidad; y momentos de bloqueo, risa nerviosa, evitación. En estos últimos nos detenemos para contactar con el cuerpo y con lo que está sintiendo, ya que la paciente se muestra nerviosa, se aprieta las manos y las palabras salen entrecortadas de su boca, emitiendo un sonido casi inaudible y dubitativo.

Continuando con el ejercicio, Sara expresa su demanda de atención hacia su madre y sus deseos de poder hablar con ella de cosas cotidianas y compartir momentos que no sean únicamente viendo la televisión o hablando sobre la enfermedad. Sara se siente sola, sin embargo no es capaz de decírselo por miedo a que ella se pueda sentir culpable por no poder proporcionarle lo que su hija le pide debido a su delicado estado de salud.

La psicóloga, por medio de la técnica de la silla vacía, permitió a Sara darse su espacio para elaborar y realizar esta petición a su madre. Luego, ponerse en el lugar de su madre y contestarse a sí misma, tal y como le gustaría que su madre hiciera, logrando también empatizar con su dolor y cansancio. De tal forma que, tal y como señaló la paciente, consiguió sentirse más tranquila al verse capaz de hablar con su madre y expresarle lo que siente y lleva meses evitando, darse cuenta de la difícil situación por la que está

atravesando su madre y lo difícil que puede ser para ella proporcionar a su hija lo que necesita, aunque también comprendió que está proyectando en su madre sus propios miedos, sin saber si éstos son reales o no (no sabe si se va a sentir culpable o si le va a doler lo que le diga), ya que Sara se culpa a sí misma porque siente que no tiene derecho a demandar atención a una persona que lo está pasando tan mal, cuando la realidad es que es totalmente lógico que una hija eche de menos a su madre y la necesite.

Al finalizar el ejercicio, Sara se dio cuenta que últimamente está más pendiente a lo que hay dentro de su cabeza que fuera, sin darse cuenta que realmente lo que pasa está fuera y muchas veces no tiene nada que ver con lo que piensa o imagina, y que a partir de ahora debe aprovechar todo el tiempo que le quede para estar con su madre, expresarle lo que siente y ver cómo responde ella, sin dar nada por hecho.

Conductas Clínicamente Relevantes

En la sexta sesión se han dado un 51% de CCR tipo 1 y un 49% de CCR tipo 2.

CCR1	CCR2	CCR3
<ul style="list-style-type: none"> - Tomar ansiolítico para evitar el malestar - Sonreír mientras cuenta algo doloroso para ella - Risa nerviosa - Verbalizaciones sobre dificultades en sus relaciones interpersonales e intimidad - Intentos de evitación del malestar - Intentos de evitación de la emoción - Dificultad para expresar lo que piensa o siente 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizaciones sobre toma de contacto con la realidad que vive ahora mismo, con sus propias emociones y su estado actual - Verbalizaciones sobre sus emociones y pensamientos - Expresión de sus deseos y necesidades - Toma de consciencia sobre la situación de su madre, empatizar con ella 	

Tabla 9. Conductas clínicamente relevantes de la sesión 6

4.7.Sesiones 7 y 8

En la séptima sesión Sara comunicó a la terapeuta el reciente fallecimiento de su madre, por lo que a partir de aquí las sesiones se han dedicado exclusivamente al acompañamiento en el proceso de duelo, pausándose momentáneamente el trabajo terapéutico llevado hasta ahora.

A partir de la octava sesión acaba mi periodo de prácticas, por lo que se expondrán los resultados obtenidos hasta la sexta sesión.

5. Interpretación desde ACT y FAP

El presente caso se encuadraría en lo que se conoce como Trastorno de evitación experiencial dado que Sara emplea muchos esfuerzos en cambiar y/o evitar aquellas cosas que siente y las situaciones que las provocan, debido al malestar que le producen. Paradójicamente, en lugar de conseguir sentirse mejor, los intentos de control limitan su vida y el malestar es cada vez mayor.

Aunque pueda parecer lo contrario, la evitación del malestar y del procesamiento de la realidad puede ser completamente lógico si atendemos a la situación de la paciente y su historia de aprendizaje. El problema radica en que a largo plazo, esto acaba provocando mayor malestar. De esta manera, Sara no se permite sentir dolor, tristeza o vulnerabilidad creyendo que así se protege a sí misma y a su familia, sin embargo y tal como muestra su experiencia, se siente cada vez peor, los ataques de ansiedad son más recurrentes, los síntomas ansiosos más duraderos, las preocupaciones aumentan y los problemas para dormir cada vez son mayores, lo cual trae a su vez consecuencias añadidas como por ejemplo el hecho de tomarse un comprimido de Alprazolam para poder dormir, como nos cuenta Sara.

El comportamiento de Sara se encuentra bajo el control de reglas verbales como “la ansiedad es mala y por tanto debo evitar sentirme así”, “no debo mostrar mis emociones”, “tengo que aparentar estar bien”, “por más que estudie no voy a aprobar”, etc. La fusión cognitiva que muestra hacia estos pensamientos, provocan un patrón rígido de conducta en dirección a intentar evitar este malestar. Sin embargo, y aunque su experiencia le dice lo contrario, Sara no es capaz de abandonar sus intentos de control y evitación ya que actualmente le resulta más reforzante mantener este tipo de comportamiento debido al alivio inmediato aunque momentáneo que consigue. Como consecuencia, Sara no deja de estudiar, de preocuparse por estudiar y por no suspender, por no sentir ansiedad, bloquea sus emociones y su vida se convierte en un círculo vicioso centrado en sus preocupaciones, lleno de ansiedad y agobio.

Un ejemplo de ello sería la risa nerviosa o las sonrisas que Sara muestra continuamente, con las cuales oculta aquello que realmente está sintiendo, dando la impresión de que aquello que cuenta no le afecta y que se encuentra bien. Este mecanismo de defensa que Sara ha aprendido, funciona como una forma de bloquear la expresión de emociones catalogadas como negativas y no mostrarse vulnerable hacia los demás y así protegerse a sí misma. Sin embargo, llega un momento en que Sara “explota”, lo que acaba

provocando los ataques de pánico, bloqueos, ansiedad, etc. que luego no sabe explicar por qué le ocurren.

En sesión se planteó a Sara la idea del control que ejercen nuestros pensamientos sobre nuestra conducta y a dónde nos lleva eso. Utilizando como ejemplo la propia experiencia de la paciente, se le reflejó cómo aun teniendo el pensamiento de “voy a suspender” y todo el repertorio emocional y conductual que eso conlleva hasta que se presenta al examen, nunca suspende, sino que además saca buenas notas. Por tanto, aquello que sus pensamientos le dicen no concuerdan con la realidad.

Otro ejemplo este tipo de CCR1 sería el hecho de que Sara sea incapaz de estar en el momento presente con su madre en lugar de estar atenta a sus preocupaciones y emociones, ya que, debido a su rumia sobre sus responsabilidades, Sara no se permite pasar tiempo con su madre, acompañarla, cuidarla y a su vez, satisfacer sus propias necesidades de atención. Lo que a su vez provoca que, finalmente, Sara acabe sintiéndose mal tanto estando con su madre (porque sus pensamientos le dicen que debería estar estudiando y además, que su madre no le presta atención), como al estar estudiando (porque sus pensamientos le dicen que va a suspender y encima no pasa tiempo con su madre que la necesita).

Por ello, se le hizo la siguiente pregunta en sesión: “¿Qué quieres ahora mismo?” a lo que Sara contestó que le gustaría dedicarse tiempo a ella misma, dejar de estudiar tanto, hacer planes y salir y pasar tiempo con su madre, pero que para poder hacerlo primero tiene que sentirse bien. Sin embargo, cada vez que ella planteaba una posible solución que la llevase a dedicarse tiempo “podría hacer tal cosa”, ella misma acababa cerrando esa puerta que había abierto “...pero el problema es que...”, poniendo finalmente una excusa para no hacerlo.

Así, aunque a Sara le apetece hacer algo diferente, se encuentra limitada por sus eventos privados, que ahora mismo son mucho más potentes y dirigen su comportamiento hacia la evitación del malestar en lugar de hacia aquello que realmente le importa y quiere.

Durante un ejercicio de mindfulness que se realizó en la quinta sesión, Sara se encontraba completamente fusionada a su yo-contenido, hasta el punto de creer que deja de ser ella misma cuando no se siente bien, dice no reconocerse y no ser capaz de mostrarse como es ya que siempre se pone una máscara para ocultar a los demás cómo se siente y eso le impide ser la persona que siempre ha sido (atenta, detallista, empática, solidaria, etc.). A lo que la psicóloga le hizo ver que ella es la misma persona pero en diferentes situaciones, una “yo” con diferentes emociones, pero la misma persona, promoviendo el contacto con su yo-contexto (Soy una misma persona con diferentes contenidos según mi contexto: diferentes emociones, sentimientos y pensamientos pero yo soy algo diferente a ellos, soy quien los contiene, ellos no me definen).

Este comportamiento, sujeto a la regla verbal de “necesito sentirme segura de que no me van a dañar para iniciar o mantener una relación social” responde a un patrón de control del supuesto problema (necesidad de sentirse segura) que realmente lo que produce es un estancamiento en sus valores referidos a la amistad, a la par que agrava su sensación de inseguridad y malestar. Por tanto, es una solución paradójica donde se toma como problema aquello que no es y la solución que se da acaba siendo justamente el problema.

Por otro lado, el hecho de hacer preguntas, buscar explicaciones y necesitar comprender el por qué de su comportamiento, no es más que otra estrategia para poder controlar lo que siente y lo que piensa y evitar el malestar que ello provoca (si sé por qué me pasa esto, voy a poder dejar de sentirlo controlando lo que lo ocasiona), por tanto y como CCR1, es importante no reforzar y enredarse con la paciente en buscar y dar razones. Buscamos un comportamiento más flexible, no sujeto a reglas verbales.

Por tanto, trabajar la literalidad del lenguaje mediante ejercicios de desliteralización y defusión, como los planteados por la psicóloga que diferenciaba entre pensamientos y realidad, entre “lo obvio” y lo que ella imagina ayuda a tomar consciencia de los momentos en los que estamos enredados con nuestro pensamiento (fusión cognitiva).

6. Propuesta de intervención

6.1. Normalizar el malestar.

Sara ha aprendido a seguir estrategias “trampa” que son incompatibles con la vida y la naturaleza humana, creyendo que debe evitar el sufrimiento para poder vivir. En cambio, este es inevitable. El ser humano no está exento de sufrimiento por el simple hecho de estar vivo. El malestar y el placer son dos caras de una misma moneda, uno no puede estar sin el otro, no puede existir.

Todo comportamiento (pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos) depende del contexto actual e histórico de cada persona, lo que significa que todas las reacciones del organismo son “normales” puesto que son las que se han conformado a lo largo de su historia y constituyen el repertorio del individuo que se hacen presentes ante determinadas circunstancias (Páez-Blarrina, Martínez, Salas & Soriano, 2006).

La normalización se puede hacer directamente con verbalizaciones del tipo “Si yo estuviese en tu lugar, seguramente sentiría lo mismo” o mediante la utilización de diversas metáforas.

6.2. Validar la emoción.

La valoración que hace Sara de sus emociones como negativas, malas o inadecuadas, la lleva a entender que no puede ni debe vivir con ellas, que debe hacer todo lo posible por mantenerlas bajo control o evitar sentir las, lo que consecuentemente aumenta su malestar y provoca limitaciones vitales. Por tanto, es imprescindible validar cualquier emoción que la paciente tenga. Una emoción nunca es errónea o negativa. Es automática e inconsciente y por tanto, no podemos controlarla. Está bien sentir lo que sentimos y más dadas las circunstancias en las que suelen aparecer. En el caso de Sara, ante una enfermedad de un ser querido, ante el deseo de conseguir algo que nos importa, como aprobar un examen; o ante la autoexigencia de perfección y perseverancia que se exige, hace que sienta tristeza, frustración, estrés, entre otras emociones que son completamente lógicas y pertinentes.

El simple hecho de normalizar aquello que la paciente siente reduce el malestar añadido al haber categorizado estas emociones como negativas, prohibidas, inaceptables o inaguantables, o la percepción de sí misma como alguien diferente a los demás, rara o débil por sentir lo que siente.

6.3. Desesperanza creativa

Se trabaja para que Sara se dé cuenta de que aquellas estrategias que ha estado llevando a cabo durante tanto tiempo y que, en un principio parecían totalmente lógicas y le funcionaban a corto plazo (estudiar más si cree que va a suspender), a largo plazo no sólo no le están dando resultado, sino que además está incrementando su malestar, ya que aunque parezca que la están acercando a aquello que le importa (aprobar), realmente la aleja de una vida de valor, debido a que su conducta se restringe a hacer todo lo posible por controlar una situación, dejando de lado todo lo demás. La desesperanza creativa derriba la creencia del paciente de que está haciendo lo mejor para solucionar su problema con pruebas fehacientes de que eso no está surgiendo el efecto deseado, más bien el contrario, abriendo la posibilidad de considerar nuevas respuestas.

Por tanto, utilizando la propia experiencia de la paciente, se le hace ver mediante preguntas, cuál es su situación actual y la conexión entre esta y su conducta.

6.4. Desliteralización o defusión

La defusión busca debilitar el control verbal y aumentar el experiencial para que la paciente se mueva hacia aquello que valora y no tanto por lo que evita en relación a sus contenidos mentales, fomentando un comportamiento más flexible que le permita

augmentar su repertorio conductual según las contingencias de cada momento, adaptándose mejor al entorno y, consecuentemente, disminuyendo el malestar.

Existen diversos ejercicios a partir de los cuales realizar la defusión, para que Sara aprenda a tomar distancia de sus pensamientos y poder observarlos como son: contenido cognitivo, y no identificarse con ellos hasta el punto de creer en todo aquello que piensa y actuar según los mismos. En la metáfora de la radio se ejemplifica este hecho, donde podemos manipular el volumen pero no la frecuencia, ni la podemos apagar. Es decir, no podemos controlar aquello que pensamos pero sí podemos darle más o menos volumen o importancia según el pensamiento que sea.

Otro ejemplo sería utilizando directamente el análisis funcional el cual se va realizando junto con Sara en consulta, detectando las estrategias que lleva a cabo ante determinadas situaciones y las consecuencias a corto y largo plazo que obtiene. Diferenciando así lo que le dice su “mente” de lo que le dice su experiencia. Por ejemplo, su mente le dice que por más que estudie va a suspender y su experiencia le dice que acaba aprobando.

Se puede realizar también con metáforas, como por ejemplo la de los Pasajeros del autobús, donde cada pasajero es una emoción o un pensamiento. Se le pregunta después a la paciente qué pasajero le está hablando, a qué le impulsa y si eso le acerca o aleja de la dirección que le importa.

Al hacerle caso a sus pensamientos de fracaso, a sus emociones de incomodidad e incomprensión en las relaciones sociales o a sus preocupaciones, Sara detiene el autobús o gira en direcciones contrarias (sigue estudiando, no se relaciona, se queda en casa, etc.) a la que le gustaría (volver a ser ella misma, pasar tiempo con su madre, etc.)

De la misma manera, uno de los ejercicios que se realiza con Sara también busca esa defusión o toma de perspectiva con respecto a sus pensamientos y ella, diferenciando entre el contenido y el contenedor y exponiéndolo verbalmente: “estoy teniendo el pensamiento de...”

6.5.Fisicalización.

La fisicalización es básicamente una exposición del malestar en imaginación que busca la aceptación de eventos privados y el abandono de los intentos de control.

Así, le pediríamos a Sara que se concentre en la emoción que intenta evitar (ansiedad), localizándolo en el lugar del cuerpo que lo sienta, dándole forma, color, textura, etc., moviéndolo por el cuerpo, sacándolo fuera, colocándolo delante suya, volviéndolo a colocar en el mismo sitio y comparando las sensaciones al empezar con las que tiene al finalizar el ejercicio, si ha cambiado de tamaño, color, forma, intensidad, etc.

Esto ayuda a promover un comportamiento de no evitación y un distanciamiento y toma de perspectiva con la emoción (mi ansiedad está ahí y yo estoy aquí), trabajando además el yo-contexto. Busca debilitar el miedo que suscita la ansiedad en Sara y romper la cadena de acción-reacción (en cuanto aparecen los primeros síntomas hago lo que sea por controlarlos o evitarlos), promoviendo en la paciente un comportamiento más abierto a la experiencia en las próximas ocasiones en las que se den dichos acontecimientos privados, aportando un repertorio conductual diferente al usual.

6.6.Valores

Los valores son direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente, moldeados por las contingencias sociales, dependientes de la cultura y la historia de aprendizaje de cada persona que marcan el camino que cada uno quiere seguir en su vida, tanto a corto como a largo plazo, por considerarlos valiosos para sí. Por tanto, son únicos y diferentes en cada caso particular y estarían formados por objetivos y metas, alcanzables o no, que van conformando dicho camino vital, pero los valores no pueden ser alcanzados como un objeto, están siempre presentes como un horizonte, dando un sentido al comportamiento (Páez-Blarrina, Martínez, Salas & Soriano, 2006).

Por eso resulta fundamental trabajar con los valores del paciente, ya que marcarán el camino a seguir y serán los motivos por los cuales valga la pena todo el sufrimiento que conlleva alcanzarlos. Se utilizan como el motor de motivación del cambio.

En este caso, no se indagaron explícitamente los valores de la paciente, pero según lo visto podemos inferir algunos como ser una persona altruista, amable y solidaria. Esto sería algo que Sara valora en sí misma pero que cree haber perdido y puede ser algo por lo que valga la pena aceptar su ansiedad.

Para conocer los valores de Sara se podría emplear la metáfora del jardín o la de la lápida.

6.7.Control como problema

Se trata de hacer consciente a la paciente de que sus esfuerzos por controlar y evitar sus eventos privados resultan inútiles y acaban convirtiéndose en el problema mismo.

Nuestra cultura promueve el control emocional, que a corto plazo es eficiente, pero a la larga acaba fallando (ya sea tomarse un Alprazolam, sonreír, fingir estar bien, etc.). Por tanto, se busca mediante metáforas y paradojas (como la metáfora del polígrafo) un comportamiento espontáneo basado en la experiencia que indique que Sara empiece a

sentir aquellas cosas que antes controlaba de una manera diferente, viviendo sus eventos privados con menos convicción (Barraca, 2007).

En la metáfora de las piedras en la mochila, las cuales hacen referencia a los pensamientos y sensaciones que Sara no quiere tener, se mencionan las consecuencias de su comportamiento, donde la paciente se detendría continuamente por el camino a acomodar las piedras que le están molestando, sin embargo, cada vez que las mueve acaban clavándose cada vez más en su espalda, además de todo el tiempo que ha perdido en ello en lugar de continuar su camino. Por el contrario, si no hace caso a las piedras que lleva en la mochila, éstas no molestan tanto.

6.8. Yo-contexto

Como se ha mencionado antes, diversos ejercicios utilizados ayudan al trabajo con el yo-contexto, debilitando el yo-contenido. Aquí buscamos que Sara tome distancia con sus eventos privados y pierdan la fuerza que tienen de controlar su vida. La fusión cognitiva lleva a Sara a creer que sus eventos privados y su yo, son una misma cosa (no me siento bien, por lo que he dejado de ser yo misma). Es decir, en el yo-contenido. La paciente se identifica con sus eventos privados, éstos la definen. El yo-contenido supone diferenciarse de ellos, siendo dos cosas totalmente independientes, pudiendo funcionar teniendo o no teniendo dichos pensamientos, emociones, etc.

Para ello podemos utilizar metáforas como la Metáfora del ajedrez, donde Sara sería el tablero que contiene las piezas (eventos privados) y sin el cual no habría piezas, ni partida.

6.9. Compromiso y dirección a la acción.

Se busca que Sara lleve a cabo acciones en dirección a aquello que ha aceptado (abandonar el control y la evitación), comprometida a continuar por ese camino aun cuando surjan complicaciones, en lugar de dejar de salir de su casa, hacer cosas de ocio, estar con su madre a pesar del malestar, etc.

Con la metáfora de las dos palancas, donde una corresponde con su ansiedad, miedo, etc. y la otra a la disposición a sentir este malestar, señalamos cómo si la palanca de disposición está baja o en cero, la palanca de ansiedad estará en el máximo, siempre; por lo contrario si la palanca de la disposición está alta, la palanca de la ansiedad irá variando, pudiendo estar en cualquier nivel (ocho, diez, tres, cero...).

6.10. Intervención desde FAP

La idea de incorporar la FAP a la intervención es trabajar con las dificultades de Sara en la sesión *in situ*. Según FAP, si un determinado problema se da en la vida de la paciente, debe también aparecer en consulta. Por ejemplo, las dificultades que muestra Sara en las interacciones sociales, deberían aparecer en sesión ya que la relación terapéutica es una relación interpersonal más y evocando esas CCR1 en consulta se da la posibilidad de provocar cambios que se generalicen en su vida fuera de sesión.

Estas dificultades que muestra Sara en sus relaciones interpersonales, debido a que no se siente ella misma y no es capaz de mostrarse tal cual es (inseguridad, falta de confianza en los demás, contacto visual, espontaneidad, etc.) se reflejaron en la relación terapéutica con comportamientos tanto verbales como no verbales (escaso contacto visual, lenguaje y postura corporal cerrada, risa nerviosa, etc.).

Dadas estas CCR1, se buscaría en Sara una respuesta diferente a la habitual, intentando promover un comportamiento más asertivo y trabajar en habilidades sociales como el contacto visual o no sonreír o reírse al contar algo negativo para ella, haciendo explícito lo que ocurre en la relación con el terapeuta y reforzando aquellos comportamientos que se vayan acercando a las CCR2 que se buscan.

Por ejemplo, el hecho de que Sara no sepa cómo pedir ayuda o expresar una necesidad sería otra CCR1, y la CCR2 que buscamos en su lugar sería conseguir que, en sesión, exprese una necesidad o pida atención de forma clara al terapeuta, evocando la CCR1 de no expresarlo de forma clara, por ejemplo, dejando de prestarle atención mientras habla y reforzando cuando se de el comportamiento que buscamos de forma explícita.

7. Resultados

Tras seis sesiones de intervención finalmente se han producido ciertos cambios en el comportamiento de la paciente según el registro de CCRs, notándose una mayor flexibilidad y toma de contacto con sus emociones. Sara ha empezado a tomar consciencia y a aceptar aquellos eventos internos que le producen malestar y a presentar comportamientos en dirección a aquello que le importa, aprendiendo a escuchar a su cuerpo y no tanto a su mente y responder en consecuencia, así como a pedir la ayuda que necesita, aunque aun mantiene un comportamiento evitativo significativo de su malestar, tal y como se refleja en el gráfico (Figura 2).

Los cambios más destacados se pueden apreciar en la última sesión, donde se ha visto un cambio conductual en la paciente bastante notable con respecto a sesiones anteriores,

teniendo lugar conductas clínicamente relevantes de aproximación a los objetivos terapéuticos.

Sin embargo, no podemos afirmar que estos cambios se hayan generalizado en la vida de la paciente fuera de sesión ya que las CCR2 han empezado a aparecer en las últimas dos sesiones y la interrupción de la intervención ha dificultado su evaluación.

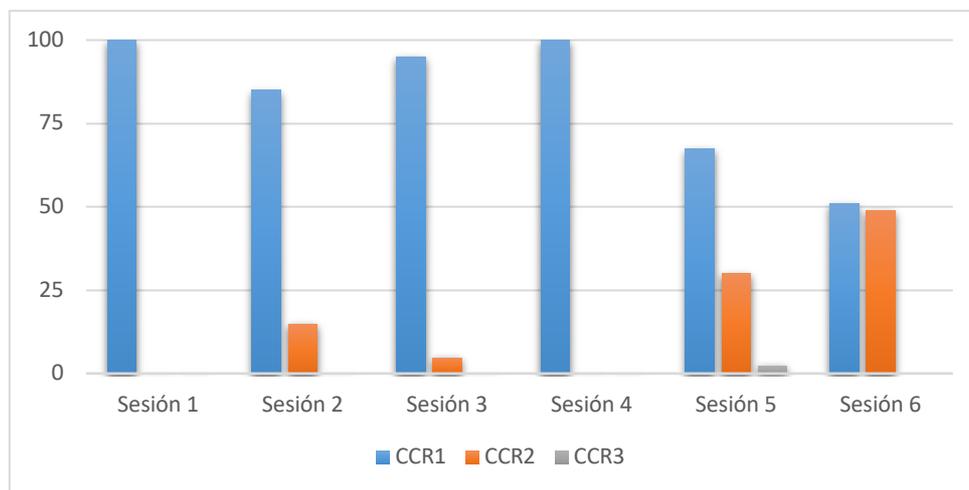


Figura 2. Progreso de las CCRs en cada sesión

8. Discusión

El TEE junto con la sintomatología ansiosa, los ataques de pánico, y los diversos síntomas fisiológicos característicos de esta problemática (taquicardia, sudoración, mareos, dificultad para respirar, etc.) dificultan la predisposición a la exposición a los mismos debido a la carga negativa e intensidad de dichos episodios y promueven un comportamiento evitativo y de intentos de control de dichos síntomas. Tener una vida de valor significa exponerse a aquello que se lleva tanto tiempo evitando y temiendo y supone pasarlo mal, incluso bastante mal en los primeros momentos de aceptación del sufrimiento y exposición, lo cual acaba mereciendo la pena una vez se empiezan a conseguir acercamientos hacia aquello que la persona valora y su vida cobra sentido nuevamente.

Una vez la paciente empieza a incorporar el malestar a la vida, éste deja de funcionar como una barrera para actuar valiosamente. El hecho de distanciarse de sus eventos privados y dirigir su comportamiento hacia la dirección que marcan sus valores, promueve que los eventos privados vuelven a tener simplemente el malestar propio según su historia de aprendizaje y contexto, sin el añadido aversivo proveniente de su evitación o intento de control (Luciano, Martínez & Valverde, 2005). Mientras tanto, Sara consigue reforzadores por vivir la vida que realmente quiere, sin limitaciones provenientes de sus contenidos cognitivos, lo que se espera que regenere el sentido de su vida. Esto tendría la

importancia y la fuerza suficiente para soportar cualquier tipo de contratiempo que pueda presentarse (ansiedad, nerviosismo, miedo, etc.).

Trabajar mediante ACT y FAP conjuntamente ayuda a promover un comportamiento más flexible y generalizado, al no enredarse en el contenido cognitivo del paciente, sino más bien en su función, mediante la utilización de las metáforas y ejercicios experienciales y el refuerzo o extinción de la conducta verbal de la paciente. Así, se busca derivar funciones aversivas hacia su comportamiento evitativo y funciones apetitivas hacia un comportamiento en compromiso con sus valores. Esto pretende aumentar las probabilidades de que, en una próxima situación de las detectadas como antecedentes, Sara responda de una manera diferente a la que normalmente lo haría, ampliando su repertorio conductual según las contingencias ambientales y no según sus reglas verbales rígidas, consiguiendo otro tipo de consecuencias que no sean la evitación, huida o control, sino consecuencias que sean reforzadoras de un comportamiento proactivo y en búsqueda de objetivos valiosos.

Por otro lado, tener en cuenta las CCR de la paciente es la principal ventaja que ofrece FAP, ya que permite un aprendizaje in-vivo tras la aparición real de los problemas de la paciente en sesión, en su interacción con el terapeuta, permitiendo al terapeuta fomentar la aparición de CCR2. El registro de las CCRs aporta claridad y ayuda a conocer el efecto que está teniendo nuestra intervención en la paciente, con lo cual podemos conocer si nuestro comportamiento está teniendo un efecto reforzador o de castigo/extinción ante las diferentes conductas de Sara y ser conscientes si se han reforzado o extinguido indebidamente conductas tipo 1 o tipo 2, respectivamente.

En las primeras sesiones la mayoría de CCR eran de tipo 1, lo cual tiene sentido, especialmente en las dos primeras al estar basadas en la evaluación y recogida de información, conteniendo la mayor parte de las quejas propias del motivo de consulta.

Suele ocurrir que en algunas sesiones se presente un repunte de CCR1 y disminuyan las CCR2, con respecto a sesiones anteriores, como es el caso de la tercera sesión respecto a la segunda, lo que no quiere decir necesariamente que no se estén consiguiendo cambios, ya que son muchas las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento del paciente. Por tanto, debemos analizar las CCR durante todo el proceso terapéutico y, finalmente, hacer una valoración global.

Aunque el caso ha constado de pocas sesiones, han sido suficientes para ver cambios en las CCR de la paciente, notándose un gran cambio a partir de la quinta sesión, especialmente en la sexta. Sin embargo, se necesitaría continuar con la intervención para incrementar las CCR 2 y 3 en sesión, disminuir las tipo 1 y conseguir una generalización de los avances conseguidos en sesión.

9. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- García, R. F. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12 (3), 445-450
- García, R. F., Aguayo, L. V., & Bermúdez, M. Á. L. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles Del Psicologo*, 30 (3), 255-264.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: Algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 491-507
- Hayes, S.C. (1993) Analytic Goals and the Varieties of Scientific Contextualism. In Hayes, S.C., Hayes, L.J., Reese, H.W. and Sarbin, T.R., Eds., *Varieties of Scientific Contextualism*, Context Press, Reno, 11-27.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17 (2), 289-303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional

approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.

Hayes, S., Wilson, K., Robinson, P. & Strosahl, K. (2014) *Boot camp ACT manual: Acceptance and Commitment Therapy. Contextual change*. Reno, Nevada: Context Press

Huerta, F., Gómez, S., Molina, A. y Luciano, M.C. (1998). Ansiedad generalizada. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (97), 751-766.

Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371.

Mairal, J.B. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, aplicación en el contexto clínico y área de desarrollo. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65 (127), 761-781.

Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.

Parra, A. F., & García, R. F. (2008). Psicoterapia Analítico-Funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 5 (2), 203-229.

Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.

Skinner, B. F. (1994). *Sobre el Conductismo*. Planeta De Agostini, S.A.

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 12 (3), 359-372

Luciano, C. S., Martínez, O. G., & Valverde, M. R. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (2), 333.

Valdivia, S.S., & Luciano, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27 (2), 79-91