



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Máster en Psicología General Sanitaria

Convocatoria Junio 2020

**Aplicación del MIRE en un caso clínico con dificultades en la
regulación emocional. Estudio de caso.**

Application of MIRE in a clinical case presenting difficulties with emotional
regulation. A case study.

Autora: Rosa María Vizcaíno Becerra

Tutora: Flor Zaldívar Basurto

Resumen

En este trabajo se expone la intervención psicológica de una chica de 22 años con dificultades en la regulación emocional que probablemente esté incrementada por la sintomatología del consumo de cannabis (cambios de humor, extrema vulnerabilidad, ver segundas intenciones en los demás, distorsión de la realidad, pérdida de concentración y atención, hostilidad, pensamiento polarizado, etc.), experimentando gran ansiedad y explosiones de ira con conductas agresivas.

La intervención consistió en ocho sesiones repartidas a lo largo de tres meses y medio. Se realizó una evaluación donde se utilizó la entrevista clínica y la aplicación de instrumentos psicométricos y autoinformes conductuales. Se realizó una intervención basada en el Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE), que al ser una terapia de orientación contextual, incluye componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La terapia se orientó a conseguir una regulación eficaz de las emociones a través de: la aceptación radical de estas, la toma de perspectiva para trabajar la fusión con los eventos privados, la responsabilidad con las decisiones tomadas, y el lenguaje asertivo como forma no agresiva de poder expresarse.

Los resultados obtenidos fueron bastante positivos tanto en la mejora de las puntuaciones de los instrumentos aplicados como en su comportamiento vital. En su día a día mejoró notablemente su relación con los demás, y se consiguieron algunos de los objetivos específicos que se plantearon tales como: aprender a tomar perspectiva, reducir estrategias de regulación emocional ineficaces, dejar el consumo de cannabis y utilizar el lenguaje asertivo. En cuanto a la regulación de las emociones como objetivo principal, se pusieron en marcha los mecanismos necesarios para estar cada vez más cerca de lograrlo, aprendiendo poco a poco a respetar, atender y aceptar las emociones.

Palabras clave: Regulación emocional, ACT, MIRE.

Abstract

In this study we present the case of psychological intervention in a 22-year-old woman with emotional regulation difficulties which are probably compounded by the symptomatology caused by consumption of cannabis (mood swings, extreme vulnerability, imagining ulterior motives in other people, distortion of reality, loss of concentration and attention, hostility, polarized thought, etc.). The subject experiences great anxiety and explosions of anger leading to aggressive behaviour.

The intervention consisted of eight sessions spread out through a period of three and a half months. An evaluation was carried out, using clinical interviews and the application of psychometric instruments and behavioural self-reports. An intervention was carried out based on the Integrative Model of Emotional Regulation (MER). As this is a contextual guidance therapy, it includes components of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This therapy is designed to achieve efficient emotional regulation through: a radical acceptance of these emotions, an awareness of one's perspective in order to work on fusing this perspective with personal events, taking responsibility for one's choices and learning assertive language in order to express oneself in a non-aggressive manner.

The results obtained were quite positive both in terms of an improvement in instrumental scores as well as in the subject's real life behaviour. In her everyday life, there was a notable improvement in her relationships with other people. Some of the specific objectives desired were achieved, such as: learning to become aware of her perspective, reducing inefficient emotional regulation strategies, stopping cannabis use and using assertive language. As for the regulation of the emotions as the main objective of this intervention, various mechanisms necessary for the achievement of this purpose were adopted by the subject as little by little she learnt to respect, pay attention to and accept her emotions.

Keywords: Emotional regulation, ACT, MIRE.

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Estudio de caso.....	10
2.1. Características del cliente e historia del problema..	10
2.2. Motivo de consulta.....	12
3. Procedimiento de evaluación.....	12
4. Conceptualización del caso.....	20
5. Procedimiento de intervención.....	24
5.1. Objetivos terapéuticos en función de la evaluación	24
5.2. Intervención terapéutica.....	24
6. Resultados del proceso terapéutico.....	36
7. Discusión y conclusiones.....	46
8. Referencias.....	47
9. Anexos.....	50

1. Introducción

La desregulación emocional es un proceso transdiagnóstico que se relaciona con gran parte de los trastornos presentes en el DSM-5 (Reyes, 2016), pero ¿qué es la regulación emocional? Como ocurre con otros constructos, su definición depende de la orientación psicológica desde la que se haga.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual y atendiendo a la definición de Gross y Thompson (2007), citados por Reyes y Tena (2016), la regulación emocional es “el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones (positivas y negativas) que ellos mismos y otras personas experimentan, cuándo las experimentan, cómo las experimentan, y cómo las expresan” (p.13). Según Bloch, Moran y Kring (2010) describir la regulación emocional como proceso hace posible identificar mecanismos que subyacen a su disfunción en personas que padecen alguna psicopatología (Reyes y Tena, 2016).

Anteriormente Thompson (1994) ya había propuesto una definición centrada en los procesos pero con un enfoque mayor hacia las metas, refiriéndose a la regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Hervás y Vázquez, 2006, p.11). En esta definición, la regulación emocional activa procesos para alcanzar una meta que pueden ser conscientes o inconscientes (Hervás y Moral, 2017).

Desde una orientación psicosocial, la definición que nos proponen Salovey y Mayer (1990) se acerca más al enfoque que contempla la utilidad de la emoción como guía, equiparando el término de regulación emocional al de inteligencia emocional, y definiéndola como un parte de la inteligencia social que tiene la capacidad de controlar tanto nuestras emociones como las de los demás, también diferencia entre ellas y utiliza esta información para servir de guía a nuestros pensamientos y comportamientos.

Apartándonos ahora de las definiciones que se postulan desde diferentes enfoques, y centrándonos en lo expuesto al principio de esta introducción sobre el hecho de que la regulación emocional ineficaz se relaciona con gran parte de trastornos psicológicos descritos en el DSM-5 (Reyes, 2016), habría que añadir también, que existen diferentes estudios en la literatura que relacionan algunas variables como son el apego, los rasgos de personalidad, el ambiente invalidante, etc. con dicha regulación.

En los estudios que relacionan el apego con las estrategias de regulación emocional, se ha encontrado que el estilo de apego seguro promueve estrategias de expresión de las emociones y búsqueda de apoyo; que el estilo de apego evitativo promueve estrategias de inhibición emocional, evitación de lo afectivo y supresión de emociones negativas; y que el estilo de apego ambivalente está relacionado con estrategias de hipervigilancia, rumiación, activación crónica, etc. (Garrido-Rojas, 2006).

Hay otros estudios que no solo relacionan el apego con la regulación emocional, sino también los rasgos de personalidad, así Gresham y Gullone (2012) en su experimento realizado con una muestra de 682 niños y adolescentes, llegaron a la conclusión de que el apego a los padres favorece el desarrollo en habilidades de regulación emocional, también se estableció que para explicar la regulación emocional los rasgos de personalidad son fundamentales, encontrando así, que la puntuación más alta en Extraversión y Apertura estaba relacionada con un uso mayor de reevaluación, mientras que los puntajes más altos en todas las variables del modelo de los cinco factores (FFM) predijeron menos uso de supresión, con la excepción del Neuroticismo que se relacionó positivamente con el uso de supresión.

Desde la perspectiva contextual, Linehan (2003) encuentra una relación directa entre el papel que juega el ambiente invalidante y la desregulación emocional. El ambiente invalidante podría definirse como la tendencia a responder de manera inapropiada, extrema, errática, etc. a la experiencia privada de la otra persona que es compartida por el grupo.

Esta autora defiende la modulación de la emoción como imprescindible para no llegar a una desregulación emocional, y la define como la habilidad de:

- 1) inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, 2) organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (por ejemplo, actuar, cuando sean necesario, de una manera que no dependa del estado de ánimo), 3) calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción, 4) conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte. (Linehan, 2003, p.23)

Por tanto, para esta psicóloga, autora y responsable de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), “la desregulación de las emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo” (Linehan, 2003, p.21). La teoría afirma que estos factores producen una vulnerabilidad emocional cuyas características son: “1) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales, 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional” (Linehan, 2003, p.23).

Siguiendo con la desregulación emocional desde una perspectiva contextual, para Hervás y Moral (2017) tiene más que ver con el uso de estrategias ineficaces, ya que los esfuerzos que hacemos para modificar la regulación emocional constituyen un proceso adaptativo y efectivo, pero también dichos esfuerzos pueden tornarse ineficaces y disfuncionales. Según Hervás (2011), se presentan tres vías por las cuales la regulación emocional está muy presente en el campo de la clínica:

Primera vía: *Desregulación por déficit de activación*. Esta primera vía se observaría en situaciones en las cuales la persona no activa estrategias de regulación. El problema clínico se daría precisamente por esta falta de activación, como por ejemplo la depresión.

Segunda vía: *Desregulación por déficit de eficacia*. Esta segunda vía se puede observar en situaciones en la que se activan estrategias de regulación, pero estas resultan ineficaces. Si no se realiza bien el procesamiento emocional de la experiencia, si existe falta de claridad o aceptación emocional, las estrategias de regulación empleadas pueden resultar poco o nada efectivas.

Tercera vía: *Desregulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional*. En esta tercera vía se utilizan estrategias inadecuadas como la evitación, el rechazo o la supresión emocional. Se pretende con estas estrategias corregir experiencias emocionales negativas, y lo que se consigue son reacciones todavía más intensas y descontroladas. Estos intentos de control son la base para trastornos como la ansiedad. Hay otras maneras de regulación disfuncional que consiguen minimizar la experiencia emocional, como por ejemplo el consumo de alcohol y de sustancias, conductas autolesivas, etc.

Al igual que existen distintos enfoques a la hora de entender y definir la regulación y/o desregulación emocional, también existen distintos modelos explicativos y de intervención para gestionar las estrategias que se utilizan en dicha regulación, a continuación se presentan algunos de ellos:

- El modelo procesual de regulación emocional de Gross (1999), citado por Hervás y Moral (2017): Este modelo pone el foco en el lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción. El proceso de regulación tiene varias fases (situación-atención-interpretación-respuesta), y cada una de ellas tiene sus propias estrategias de regulación. En este modelo hay también una regulación centrada en los antecedentes de la emoción, y una regulación centrada en la respuesta emocional.
 - *La selección de la situación*: Intentar evitar las emociones negativas, que se saben generadoras de ciertas situaciones antes de exponerse a estas, o evitar exponerse a dichas situaciones.
 - *Modificación de la situación*: La persona una vez que ha entrado en la situación puede cambiar cosas de esta. Se puede actuar o no actuar sobre elementos de dicha situación.
 - *Modulación de la atención*: Cuando la situación apenas se puede modificar, la atención se puede dirigir más hacia unos elementos que a otros. Este foco atencional

se puede dirigir hacia elementos externos o internos. Con esto se consigue regular la posible respuesta emocional.

- *Cambio cognitivo*: La interpretación que se hace de una situación, muchas veces es lo que desata la reacción emocional. Esa reevaluación cognitiva, o ese cambio en la interpretación, puede modular esa respuesta emocional.

- *Regulación de la respuesta emocional*: Finalmente se puede actuar sobre cada uno de los componentes de la emoción que se ha activado, como son la experiencia emocional, la conducta, o la activación fisiológica.

- *Regulación basada en antecedentes vs. consecuentes*: En el modelo se contempla una distinción entre estrategias de regulación centradas en componentes previos a la emoción y componentes posteriores a la emoción. Como ejemplo de antecedente sería reevaluación cognitiva con consecuencias positivas, y como ejemplo de consecuente sería, supresión de la expresión emocional con consecuencias negativas.

Según Hervas y Vázquez (2017) este modelo de Gross ha supuesto un gran empuje para la investigación sobre la regulación emocional pero presenta algunas limitaciones como por ejemplo; la poca importancia que se le da al proceso o estrategia de aceptación emocional, o el énfasis en la regulación emocional basada en los antecedentes, que puede promover estrategias de evitación; tampoco distingue ni aclara qué estrategias de regulación podrían ser desadaptativas, ni profundiza en las estrategias centradas en los consecuentes, quedando limitadas a la modulación de la respuesta emocional.

- Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás y Moral, 2017): Este modelo complementa al de Gross y ayuda a superar las limitaciones antes expuestas. El procesamiento emocional es el proceso activo de elaboración y comprensión emocional. Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000), citados por Hervás y Moral (2017), explicaron en sus estudios que el afrontamiento emocional es una estrategia o capacidad de hacer frente a emociones de mucha intensidad de manera adaptativa. Dichos autores observaron dos maneras distintas de afrontamiento emocional: la “expresión emocional”, en la cual la persona puede expresar sus experiencia emocional ante los demás y el “procesamiento emocional”, en el cual la persona trata de conocer y entender sus propias emociones y significados.

El modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional plantea seis procesos que permiten un procesamiento emocional óptimo de la situación, y una regulación emocional eficaz (Hervás y Moral, 2017):

1. *Apertura emocional*: Capacidad de la persona para acceder conscientemente a sus emociones. El polo opuesto sería la alexitimia.

2. *Atención emocional*: Emplear recursos atencionales a la información emocional. El polo opuesto sería la desatención emocional.

3. *Aceptación emocional*: Ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional. El polo opuesto sería el rechazo emocional.

4. *Etiquetado emocional*: Habilidad para nombrar con claridad las propias emociones. El polo opuesto sería la confusión emocional.

5. *Análisis emocional*: Habilidad para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de las propias emociones.

6. *Modulación emocional*: Habilidad para modular las propias respuestas emocionales mediante estrategias emocionales, cognitivas y/o conductuales. El polo opuesto sería la desregulación emocional.

En este modelo la regulación emocional está subordinada al procesamiento emocional. Las emociones tienen que ser atendidas, aceptadas y procesadas para que dichos procesos se consoliden y automaticen de manera que, en diferentes situaciones, se puedan regular las emociones de manera óptima (Hervás y Moral, 2017).

- Modelo integrativo para la regulación emocional (Reyes y Tena, 2016): Según Reyes (2013) el MIRE es un modelo transdiagnóstico de intervención orientado a la resolución de dificultades de regulación emocional, que integra elementos de terapias metacognitiva y conductual-contextual, en la teoría del trastorno por evitación experiencial, y en estrategias basadas en la aceptación y el mindfulness. Este modelo distingue la experiencia de la emoción de las estrategias que se utilizan para regularla, y entiende que la desregulación emocional es fruto del uso de estrategias de regulación inefectivas. También distingue la regulación emocional, de la regulación del estado de ánimo, asumiendo que esta última resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y las metas de la persona.

Este modelo contempla como antecedentes para la desregulación emocional, factores biológicos (temperamentales, condición biológica) e historias de aprendizaje (experiencias significativas, historia de condicionamiento, etc.). Estos factores biológicos e historias de aprendizaje interactúan para determinar la manera en que una persona puede experimentar sus emociones en el momento presente.

En *la experiencia emocional* el MIRE distingue entre las experiencias cognitivas intrusivas las cuales son aprendidas, de los sesgos del procesamiento de la información característicos de la emoción experimentada. La integración de ambas dan lugar a supuestos personales sobre nosotros mismos, los demás, y la situación, que estarán presentes mientras dure la emoción.

Los supuestos de control en el MIRE son dos grupos de estrategias de regulación emocional inefectivas. El primer grupo lo componen las estrategias de regulación metacognitivas y son: la rumiación, la preocupación y el monitoreo. El segundo grupo lo forman las estrategias de regulación conductuales y son: seguridad, control y escape. Ambos grupos son reforzados a corto plazo, pero a la largo plazo impiden la exposición a la experiencia emocional, no pudiendo así desarrollar habilidades de afrontamiento eficaces y reforzando dicha experiencia.

El deterioro de la calidad de vida se produce a largo plazo por el uso de las estrategias de regulación emocional inefectivas que se han explicado anteriormente. Las estrategias metacognitivas interfieren en otras funciones cognitivas. A corto plazo estas estrategias minimizan el malestar emocional, pero a largo plazo limitan las acciones dirigidas a valores.

En cuanto al tratamiento, este modelo sigue los siguientes pasos (Reyes, 2015; Reyes, 2013):

1. Se conceptualiza el caso en colaboración con el paciente.
2. Se valida la experiencia emocional: Se señala que la emoción es natural en las circunstancias e historia del paciente.
3. Se identifican las respuestas de control: Se identifican las características de la experiencia emocional del paciente, las situaciones asociadas a dicha experiencia, y las estrategias que utiliza para enfrentar el malestar; se analiza la efectividad de estas estrategias a corto y largo plazo y sus consecuencias; también se identifican las estrategias de control que pudieran presentarse en sesión y las reglas o creencias que el paciente tenga.
4. Aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas: Se analiza y se señala que los intentos de evitación y control emocional son el verdadero problema y que la solución está en la aceptación de la emoción. Se utilizan metáforas y ejercicios de ACT para ejemplificar la práctica en la aceptación.
5. Sustituir estrategias metacognitivas improductivas: Las intervenciones metacognitivas y en mindfulness ayudan a coger distancia de los pensamientos y sentimientos posibles generadores de emociones secundarias.
6. Fortalecer habilidades de regulación emocional: Comer bien, dormir, hacer ejercicio, no tomar sustancias que alteran el estado del ánimo y hacer actividades satisfactorias.

7. Replantearse direcciones de vida: Se utiliza la clarificación de valores para plantear objetivos y vivir de manera significativa. Se utilizan componentes de la terapia de activación conductual para programar actividades, poner metas a corto y medio plazo, y mantener el compromiso con las acciones que se han definido.
8. Foltalecer las habilidades para cuidarse a sí mismo: Si es necesario se pueden entrenar habilidades sociales y de resolución de problemas.
9. Reevaluar supuestos emocionales: Se hace un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas y, a través de experimentos conductuales o metacognitivos, se refuta su credibilidad.
10. Reevaluar supuestos personales.
11. Prepararse para la vida fuera de la terapia: Se finaliza la terapia, pero antes se hace un resumen del proceso terapéutico, se desarrollan planes para mantener el compromiso de acción hacia valores, y se programa alguna sesión de seguimiento.

2. Estudio de caso

2.1. Características del cliente e historia del problema

Lucía (nombre ficticio) es una mujer de 22 años, estudiante de 4º curso de grado en la Universidad de Almería. Ella y su familia son de una ciudad al norte de España, vinieron a Almería cuando ella tenía 14 años, tiempo después su familia regresó a su ciudad natal y ella decidió quedarse porque tenía novio y muchos amigos. Lleva siete años viviendo en Almería y se quiere ir a su ciudad cuando termine el curso. Comparte el piso con dos chicas con las que no tiene una buena relación.

Mantiene una relación conflictiva con su novio al que no ve mucho porque este vive en su ciudad natal. Llevan nueve meses juntos, y Lucía se siente insegura porque desconfía de su fidelidad. Echa mucho de menos a su familia, y cada vez que puede, viaja a esta ciudad para pasar unos días con los suyos.

Aunque se quiere ir a su ciudad, ha decido quedarse en Almería porque es el último curso de su carrera universitaria y no quiere dejarlo, quiere salir en la orla, ir al viaje de estudios, etc. pero no tiene motivación para seguir, se siente muy sola y no tiene ganas de relacionarse.

A su madre la han despedido del trabajo y su padre no le pasa dinero, estar pasando por una mala racha económica le genera mucho estrés porque ella solo puede trabajar en el verano.

Sus padres están divorciados, Lucía siente que su padre, que ahora tiene una nueva pareja y dos hijos, atiende más a su nueva familia que a ella y a su hermana, que el dinero es solo para ellos.

Ha cortado la relación con una amiga porque se sinceró con ella contándole sus problemas psicológicos y al parecer, utilizó la información posteriormente para atacar a Lucía y hacerle daño. Lucía no acepta este tipo de cosas, y aunque su amiga le ha pedido perdón, ella no quiere tener relación con una persona así.

Lucía es fumadora de Cannabis desde hace un año y medio, dice que esto le está afectando a la memoria y a la atención, se queda pillada en sus pensamientos y no puede parar de pensar. Probó el cannabis con 15 años y un día tuvo un episodio de desrealización, se asustó mucho y dejó de fumar, durante todo este tiempo sus amigos han fumado y ella no, pero un amigo le regaló un cogollo y cuenta que por eso empezó otra vez a fumar.

Lleva más de un mes intentando no fumar tabaco, esto le causa mucha ansiedad ya que fumar era su vía de escape, se queja de que quiere dejarlo, pero echa la culpa a sus amigos de no conseguirlo. Cree que sus amigos no son buenos amigos, que se aprovechan de ella y que en el fondo solo tiene dos o tres amigos de verdad. Reconoce que a veces va con ellos solo por fumar porros. Dice que le ofrecen fumar aunque saben que ella quiere dejarlo y no los considera buenos amigos por eso.

Antes de su actual pareja tuvo otro novio aquí, en Almería, ocho años mayor que ella. Según Lucía este le hacía maltrato psicológico, era muy celoso, y la anulaba como persona. Le hacía creer que era una niñata y una pesada porque quería quedar con él y verlo más. Hace un año y medio cortó la relación porque dice que él “le pegó una hostia y rompió su amor”. Ella cree que quizás todo esto tenga que ver con cómo se siente ahora de insegura. Al cortar su relación se empezó a encontrar bien, salía con otros chicos y se sentía feliz.

Lucía refiere que en los últimos 10 meses ha perdido 10 kilos, no se encuentra bien de salud, apenas tiene apetito y se siente débil. Tiene infección en el estómago causada por la bacteria *Helicobacter pylori* y está en tratamiento.

Se está sacando el carné de conducir y ha suspendido el práctico cuatro veces, esto le genera mucho malestar y piensa que no aprueba porque es una persona insegura y no se quiere a sí misma.

Dice que es muy cabezona, que siempre quiere tener la razón, le cuesta mucho olvidar y perdonar.

Con las personas cercanas (amigos, novio, familia) no sabe cortar si la cosa no funciona, se siente cómoda y no sabe despegarse si hay que hacerlo, no sabe decir que no.

2.2. Motivo de consulta

Su motivo de consulta es no poder controlar su ira teniendo episodios de agresividad (romper cosas, conducta autolesiva de golpearse la mano contra la pared, gritar, decir cosas de las que luego se arrepiente, etc.), producidos según ella, por el malestar que le provocan sus sentimientos y emociones, sobre todo por la mala relación con su novio. Ella siente muchos celos e inseguridad, dice distorsionar la realidad con paranoias que van creciendo a lo largo de las horas y luego estalla en ira y agresividad. Tiene miedo de que su novio se canse de ella. Relata que últimamente está negativa, pesimista, amargada, nerviosa y con la autoestima baja. Dice que solo ve la parte mala de las cosas. Piensa demasiado y le da muchas vueltas a la cabeza, esto le hace ir más lenta y no poder concentrarse. Desde hace un año aproximadamente se siente triste y dice llorar muy a menudo. No confía en sí misma. Es consciente de que cuando se enfada no puede controlar su ira y le gustaría cambiar porque se hace daño a sí misma y a los demás. Le gustaría cambiar su actitud ante la vida, creer más en sí misma y no dejarse influenciar tanto por lo que dice la gente y sus amigos. Dice que aunque hace las cosas que tiene que hacer, siente miedo por todo.

3. Procedimiento de evaluación

La evaluación se realizó a través de una entrevista clínica y la observación en sesión para obtener información sobre el motivo de consulta, datos sobre su historia, situación actual, características personales, etc.

En la primera sesión además de firmar un consentimiento informado donde se explicaba el servicio que Lucía iba a recibir en la Unidad de Atención Psicológica, también se le proporcionó una batería de instrumentos pre-post tratamiento que trajo cumplimentados para la siguiente sesión.

- **Evaluación mediante instrumentos.**

Se utilizaron cuestionarios que forman parte del protocolo de evaluación de la Unidad de Atención Psicológica. Además se consideró necesario, proporcionarle otro cuestionario que no forma parte de dicho protocolo, el Staxi-2. Los resultados previos al tratamiento que se obtuvieron en cada una de los cuestionarios se exponen a continuación:

- ***Inventario Clínico Multiaxial de Millon*** (MCMI-III; Millon y Davis, 1997) en su adaptación española (Cardenal y Sánchez, 2007).

Es un inventario multiaxial autoadministrado que evalúa la personalidad y la psicopatología derivada del modelo de Millon. Se compone de 175 ítems con dos opciones de respuesta, verdadero o falso, de los cuales se obtienen medidas de personalidad y síndromes

clínicos. Las puntuaciones de prevalencia entre 75 y 85 corresponde a rasgos clínicos de personalidad, pero si estas puntuaciones son superiores a 85 correspondería a un trastorno de personalidad.

Los ítems se agrupan en 28 escalas, divididas en 14 subescalas de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádico, Compulsivo, Pasivo-agresivo, Autodestructivo) 10 de síndromes clínicos (Trastorno de la ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia del alcohol, Dependencia de sustancias, Trastorno de estrés postraumático) 3 referentes al estilo de respuesta del cliente (sinceridad, deseabilidad social y devaluación) y una de validez. Cuenta con una consistencia interna con Alpha de Cronbach moderado-alto (entre 0.66 y 0.89).

En las consideraciones interpretativas del MCMI-III las puntuaciones TB informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la elevada auto-divulgación, indicada por las altas puntuaciones en la Escala X (Sinceridad) y la tensión psíquica indicada por la elevación obtenida en la Escala A (Ansiedad).

Como se puede ver en el Anexo 1 y teniendo en cuenta que la puntuación máxima de prevalencia es 115, se observa que en la categoría de las escalas de validez presenta una puntuación de prevalencia significativa (PREV: 72) en la Escala X (Sinceridad) lo cual puede mostrar una tendencia a la auto-divulgación.

El síndrome clínico más relevante es la Ansiedad con una puntuación extremadamente alta (PREV: 100). Esto se pudo observar en sesión, ya que Lucía sufría una gran tensión emocional.

De los patrones clínicos de la personalidad destaca el Negativista (Pasivo-Agresivo) y el Límite, ambos con (PREV: 72), lo cual indica que se consideraría como patrones de la personalidad y no un trastorno al no sobrepasar la prevalencia de 85. Esto coincide con su principal motivo de consulta, que se traduce en la forma poco eficiente de gestionar sus emociones y su potencial autodestructivo, con una marcada tendencia a interpretar lo que le rodea de manera polarizada.

Otro síndrome clínico cuya puntuación es reseñable es el Bipolar con (PREV: 74), y la Dependencia del alcohol (PREV: 71) y Dependencia de sustancias (PREV: 71) también hay que destacarlo, ya que uno de los objetivos de la terapia era dejar de consumir cannabis.

De los síndromes clínicos, lo que más llama la atención en este caso es la puntuación obtenida en los síndromes clínicos graves como son el Trastorno del pensamiento (PREV: 72) y el Trastorno Delirante (PREV: 74), que aunque no sobrepasan el punto de corte hay que tenerlos muy en cuenta a la hora de la evaluación. Durante las primeras sesiones con Lucía

quedó claro que esto era provocado en parte, por la sintomatología que a veces produce el cannabis.

En cuanto a las respuestas que el cuestionario MCMI-III, en el perfil de Lucía, en áreas problemáticas específicas para que el clínico investigue (Anexo 2), destaca sobre todo el área de descontrol emocional, que coincide plenamente con uno de los objetivos a intervenir, como es la regulación de las emociones.

- **Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ;** Gamez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, y Watson, 2011), adaptación española todavía en fase experimental.

Es un cuestionario de autoinforme fiable, con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que evalúa dimensiones de Evitación Experiencial. Consta de 62 ítems, con 6 subescalas de evitación experiencial como son: Evitación conductual, Aversión a la angustia, Procrastinación, Distracción y supresión, Represión y negación, y Resistencia a la angustia o compromiso. Es un cuestionario con buena consistencia interna y un alfa de Cronbach de 0.91.

Como se muestra en la Tabla 1, y según los resultados de este cuestionario, la paciente obtuvo puntuaciones significativas aunque no demasiado altas en comparación con la media de la población.

Tabla 1. *Puntuaciones PRE del MEAQ*

Evitación	38*
Aversión a la angustia	43*
Procrastinación	30*
Distracción y supresión	21
Represión y negación	29
Resistencia a la angustia (compromiso)	39
PUNTUAJE TOTAL	199*

Nota: Se indican las puntuaciones clínicamente relevantes que se encuentran una puntuación típica por encima de la media ()*

- **Test de los 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R;** Derogatis, 1994) adaptación española (Casullo y Pérez, 2008).

Es un instrumento para evaluar patrones sintomáticos en población general y clínica, como medida de cribado y también de cambios terapéuticos debidos al tratamiento (Bados, Balaguer y Coronas, 2005). Consta de 90 ítems que exploran la presencia de 90 síntomas y

cuantifica su intensidad en una escala tipo Likert de 5 puntos que van de 0 (nada en absoluto) a 4 (mucho o extremadamente), se señala el grado en el que el problema escrito en el ítem le ha preocupado o molestado a la persona durante esta semana pasada incluyendo el día de hoy.

El grado de malestar psicológico se evalúa en 9 dimensiones de síntomas como son: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y por último Psicoticismo. Con estas dimensiones se obtienen 3 índices globales de malestar psicológico, estos índices son:

- Índice de Severidad Global (GSI): Indica el grado de malestar general de la intensidad del sufrimiento, tanto el malestar real como el malestar percibido.
- Total de Síntomas Positivos (PST): Señala el total de respuestas positivas. Cuando la puntuación es alta indica una tendencia a exagerar los síntomas y cuando está baja a minimizarlos.
- Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSDI): Relaciona el sufrimiento global con el número de síntomas, siendo un buen indicador de la intensidad sintomática. Cuando la puntuación es alta indica que la persona tiende a exagerar los malestares que le aquejan.

Además hay 7 ítems adicionales que proporcionan otra información que no está recogida en las dimensiones y son de relevancia clínica (Carrasco, Sánchez, Ciccoteli y Del Barrio, 2003).

Como se puede ver en la Tabla 2, en la dimensión Hostilidad presenta la máxima puntuación posible en este test, presentando una puntuación >90, ya que se consideran resultados significativos en este cuestionario los que tienen un percentil por encima de 65. Estos resultados concuerdan totalmente con lo observado en las sesiones, Lucía muestra hostilidad con las personas que la rodean y con ella misma. Las dimensiones que seguirían en relevancia son: Ansiedad (79), Psicoticismo (74) y Depresión (72). La Sensitividad interpersonal y las Obsesiones y Compulsiones estarían un poco por encima de la media. El total de Síntomas Positivos (PST) es de (69) y el Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSDI) tiene una puntuación de (72), ambos están por encima de la media lo cual nos da una idea que esta persona tiene una pequeña tendencia a exagerar los síntomas y los malestares que la aquejan.

Tabla 2: Puntuaciones PRE del SCL-90-R.

	SUMA BRUTA	PERCENTIL
Somatizaciones	1,66	59
Obsesiones y Compulsiones	2,7	69*
Sentividad Interpersonal	2,33	69*
Depresión	2,77	72*
Ansiedad	3,2	79*
Hostilidad	3,33	90*
Ansiedad Fóbica	0,86	60
Ideación Paranoide	2	65*
Psicoticismo	2,2	74*
Total de Síntomas Positivos	78	70*
Malestar Sintomático Positivo (PSDI)	2,61	69*
Índice Global de Severidad (IGS)	2,26	72*

*Nota: Se indican las puntuaciones que son clínicamente significativas (*percentil >65).*

- **Cuestionario de Aceptación y Acción** (AAQ; Hayes et al. 2004) en su adaptación española (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

Es una versión abreviada de 7 ítems de una escala autoaplicada tipo Likert que evalúa el continuo de evitación experiencial-flexibilidad psicológica dentro de la terapia de Aceptación y Compromiso. Se le pide a la persona que puntúe del 1 (nunca es verdad) al 7 (siempre es verdad) en qué grado cada afirmación “ES VERDAD PARA USTED”. Presenta una consistencia interna alfa de Cronbach de 0,78.

Los resultados de Lucía muestran, que el porcentaje de inflexibilidad psicológica y de evitación experiencial es bastante alto, obteniendo una puntuación de 36 sobre 49 que equivaldría a un 73%. Los ítems que más han puntuado han sido “me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”, “mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida” y “mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”. Esto se traduce y coincide en lo observado en sesión de los niveles altos de Lucía por controlar sus eventos privados aversivos, sobre todo sus emociones.

- **Escala de experiencia del Yo** (EOSS; Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) adaptación española (Valero, Ferro, López y Selva, 2012).

Es un cuestionario compuesto por 37 ítems agrupados en cuatro secciones, en una escala tipo Likert de 1 a 7 donde (1 =nunca y 7 =siempre). Evalúa la experiencia del yo tanto a nivel

social y verbal tanto en relaciones con personas conocidas como en relaciones íntimas (Kohlenberg y Tsai, 1991). Las secciones que forman este cuestionario son:

- Sección I: respecto al sí mismo en general. Esta sección evalúa la concepción general del “Yo” sujeto.
- Sección II: respecto a un conocido. Evalúa las acciones, expresar opiniones, necesidades y actitudes que el sujeto emite en referencia a conocidos.
- Sección III: respecto a una relación personal. Evalúa acciones, expresar opiniones, necesidades y actitudes en relaciones más estrechas.
- Sección IV: respecto a sí mismo en relación a los demás. Evalúa la espontaneidad, creatividad, la sensibilidad a las críticas u opiniones con uno mismo y con los demás.

A mayores puntuaciones más control público del yo. En relación a sus propiedades psicométricas, tiene buena consistencia interna con un *alfa de Cronbach* de .83. La versión española en población española que es la que se administró en este caso presenta un *alfa de Cronbach* de .94.

Observando las puntuaciones de la Tabla 3 se puede ver que Lucía presenta un porcentaje por encima de la media en la sección I (57,1%) (respecto a sí misma), lo que indicaría control público del yo, y una posible conducta disociativa. Al ser el porcentaje no es demasiado alto, no se podría hablar de un trastorno del yo. En las demás secciones, en lo referente a los demás, el porcentaje se encuentra en la media o un poco por encima. Esto coincide con lo observado durante las sesiones, pues Lucía desconfía a veces de su criterio y se deja influenciar por las personas que le rodean. Esto se ve claramente en su consumo de cannabis, Lucía aunque ha tomado la decisión de dejarlo, se ve influenciada una y otra vez por sus amigos.

Tabla 3: Puntuaciones PRE del EOSS

	RANGO	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
Sección I	7 a 49	31	57,1%
Sección II	10 a 70	40	50%
Sección III	10 a 70	35	51,7%
Sección IV	10 a 70	42	51,7%
Puntuaje total	37 a 259	149	52,2%

- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional** (DERS; Gratz y Roemer, 2004) en su adaptación española (Hervás y Jódar, 2008).

Esta escala evalúa diferentes áreas del proceso de regulación emocional en los que pueden llegar a aparecer dificultades. Está compuesta por 28 ítems en escala Likert donde: (1=casi nunca y 5=casi siempre). Evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 5 continuos que son: Atención-Desatención, Claridad-Confusión, Aceptación-Rechazo, Funcionamiento-Interferencia, Regulación-Descontrol. Presenta un alfa de Cronbach de 0.93 y una validez convergente con otros instrumentos de evaluación como el cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSQ) o el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Según los datos plasmados en la Tabla 4, la desregulación emocional que Lucía presenta es especialmente significativa la interferencia de las emociones en su funcionamiento normal del día a día, obteniendo en este continuo la máxima puntuación (100%), también es muy significativo el descontrol emocional con una puntuación de (93%) y el rechazo que tiene hacia sus emociones negativas con una puntuación de (86%). La desregulación emocional en general, es bastante alta (77%). Estos datos son coherentes con el principal objetivo de la terapia, que es, la aceptación, y la regulación eficaz de las emociones.

Tabla 4: Puntuaciones PRE de la DERS

	TOTAL	PORCENTAJE
Atención-Desatención	6	30%
Claridad-Confusión	10	50%
Aceptación-Rechazo	30	85,71
Funcionamiento-Interferencia	20	100%
Regulación-Descontrol	42	93,33%
DERS Total	108	77,14%

- **Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo** (Staxi-2; Spielberger, 1999) adaptación española (Miguel, Casado, Cano y Spielberger, 2001).

Es un instrumento que permite medir además de la ira como estado y rasgo, las distintas facetas de la ira. La adaptación española con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira, con la siguiente estructura:

- Estado de Ira (E): Mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado.

- Rasgo de Ira (R): Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo.
- Expresión Externa de Ira (Exp/Ext): La manifestación de la ira se proyecta hacia otras personas u objetos del entorno.
- Expresión Interna de Ira (Exp/Int): Consiste en dirigir la ira hacia el interior y reprimirla.
- Control Externo de Ira (C/Ext): Se basa en evitar la manifestación ante otras personas u objetos de los sentimientos de enfado.
- Control Interno de Ira (C/Int): Consiste en el control de los sentimientos de ira reprimidos mediante el sosiego y la moderación en situaciones de enfado.

Tres subescalas de la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional:

- Sentimiento (E/S): Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados en ese momento.
- Expresión Verbal (E/Exp.V): Mide la intensidad de los sentimientos del momento en relación con la expresión verbal de la ira.
- Expresión Física (E/Exp.F): Mide la intensidad de los sentimientos del momento en relación con la expresión física de la ira.

Dos subescalas de la escala de Rasgo:

- Temperamento de Ira (R/Temp): Mide la disposición a tener ira sin una provocación concreta..
- Reacción de Ira (R/Reacc): Mide la frecuencia con que la persona tiene sentimientos de ira en situaciones frustrantes.

La ira como rasgo tiene puntuaciones muy extremas, tanto en lo que respecta al temperamento, como a la reacción PD=35 y Centil=95. Destaca que la expresión externa de la ira tiene el máximo de puntuación presentando PD=22 y Centil >99 y la expresión interna una PD=15 y un Centil=80, lo cual quiere decir que el enfado se manifiesta con mucha intensidad y se expresa más hacia el exterior que hacia dentro. Por otro lado, el control tanto externo PD=8 y Centil=5, como interno PD=9 y Centil=15 de la ira, son extremadamente bajos, por lo que no se dan procesos de regulación de esta emoción. Todo esto coincide con lo observado en las primeras sesiones. En lo que respecta a la ira como estado es baja, PD total=20 en un rango de (16-29), tanto en sentimiento PD=7 en un rango de (6-13), expresión física PD=5 en un rango de (6-7), y expresión verbal PD=8 en un rango de (6-10). Estos datos expuestos en la Tabla 5, indican que la ira que presenta Lucía es de rasgo y no de estado, es decir, que los conflictos que generan frustración y malestar en Lucía llevándola a estados de ira, están generalizados a distintas situaciones de su vida.

o

Tabla 5: Puntuaciones PRE del Staxi-2

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT	C.INT	IEI
PD	35	16	19	22	15	8	9	56
Centil	95	95	95	>99	80	5	15	95

	TOTAL ESTADO	SENT.	EXP. F	EXP. V
PD	20	7	5	8
NIVEL BAJO	16-29	6-13	6-7	6-10

En conclusión, la puntuación obtenida en los diferentes instrumentos utilizados, concuerda bastante entre sí, sobre todo en cuanto a la regulación emocional, coincidiendo plenamente el área de descontrol emocional observada en el MCMI con la puntuación bastante elevada obtenida en el Ders; también la hostilidad observada en SCL-90 con la máxima puntuación posible, es concordante con el patrón límite y el negativista (pasivo-agresivo) del MCMI, así como de la ira-rasgo ; puntualizar que la sintomatología depresiva se ve mucho más reflejada en el SCL-90 que en el MCMI, lo mismo ocurre con la evitación que aparece elevada en el AQQ mientras que en el MCMI el patrón evitativo de la personalidad no es destacable.

En general los resultados son bastante coherentes con lo observado en las sesiones y en la evaluación cualitativa del caso.

4. Conceptualización del caso

Tras la evaluación inicial y recoger la información necesaria (características de Lucía, historia del problema, motivo de consulta, resultados de los cuestionarios pre-intervención, etc.), el caso presenta una regulación de las emociones ineficaz, que se ve incrementada por la sintomatología que presenta Lucía propia del consumo de cannabis (cambios de humor, extrema vulnerabilidad, ver segundas intenciones en los demás, distorsión de la realidad, pérdida de concentración y atención, hostilidad, pensamiento polarizado o dicotómico de los asuntos que le rodean, etc.).

Lucía presenta también según el MIRE (Reyes y Tena, 2016) un *deterioro de la calidad de vida*, esto se ha ido produciendo por el uso de estrategias de regulación inefectivas. Las estrategias metacognitivas que utiliza interfieren en otras funciones cognitivas, sobre todo en la atención y concentración. El estado físico que Lucía presenta de pérdida de peso y debilidad por la infección de estómago que padece, sumado a la tensión sufrida por haber suspendido varias veces el carné de conducir, estar en una situación económica mala, consumir cannabis, cursar el último año de la carrera y estar lejos de sus seres queridos,

contribuye a que sus emociones se contaminen, es decir, sean incongruentes con lo que ocurre en el momento presente o que sean de intensidad y duración exagerada. Esto se incrementa al sumar emociones hacia sus propias emociones, es decir, sentir vergüenza por tener esas emociones e intentar dejar de sentir las.

A continuación, y siguiendo con este modelo, se presentan las estrategias de regulación emocional inefectivas que Lucía presenta:

- *Evitación de situaciones desagradables*: Esta estrategia tranquiliza a corto plazo, pero a largo plazo impide ir habituándose a las situaciones incómodas y desarrollar habilidades para enfrentarlas. También limita la vida y el vivir acorde a valores personales.

Se puede decir que Lucía por lo general, no evita situaciones desagradables, pero si plantea en sesión la posibilidad de dejar de ir con amigos que fuman para evitar así la tentación.

- *Estrategias de seguridad y control*: Las personas a veces hacen cosas para sentirse seguras en situaciones que no pueden o no quieren evitar. Estas estrategias a largo plazo pueden resultar fastidiosas para la persona y para los que la rodean, creándose una dependencia para poder funcionar.

De las cosas que hace Lucía para tener control de la situación destaca sobre todo chequear las acciones de otros; amigos, compañeras de piso, y sobre todo de su novio. Esto lo hace para sentir seguridad ya que desconfía de sus amigos y de su novio “le cogí el móvil y miré sus conversaciones de whatsapps”, “le escribo al móvil y no me contesta y me paso todo el día pendiente de si ha leído mi whatsapp”.

- *Monitoreo*: Estar vigilante a que pueda ocurrir algo malo. Puede ser a estímulos internos (eventos privados) y a estímulos externos. A corto plazo te hace sentir seguridad dando la impresión de anticipación ante posibles peligros, pero a largo plazo te hace sentir una sensación constante de amenaza, viendo problemas donde no los hay.

Uno de los motivos de consulta de Lucía es que está muy negativa y que le cuesta ver la parte buena de las cosas. Esto es debido en parte, a que utiliza esta estrategia de regulación emocional ineficaz, monitorea tanto estímulos internos (pensamientos y emociones que considera negativos y reprobables) como externos (señales de rechazo hacia ella de otras personas).

- *Rechazo y supresión experiencial*: Consiste en intentar reprimir las propias experiencias (pensamientos, emociones, sensaciones o impulsos). Esta estrategia se utiliza porque a la persona le cuesta distinguir las emociones y utilizarlas a su favor. A veces puede que le funcione, pero suele traer un efecto paradójico que incrementa la aparición de experiencias

indeseables, aumenta la reactividad a dichas experiencias, y generan emociones secundarias como enfado, culpa y vergüenza hacia las propias emociones.

Lucía acude a terapia sobre todo porque no acepta sus emociones y pensamientos, quiere aprender a suprimirlos, no quiere tenerlos, tiene una opinión muy negativa sobre ellos ya que cree que son los causantes de su sufrimiento y de sus conductas agresivas. Ha generalizado el rechazo a cualquier impulso, aunque sea adaptativo a la situación.

- *Tomar de forma literal los propios pensamientos y emociones*: Es creer sin lugar a duda lo que se piensa y/o siente. Estas estrategias aportan ganancias como tener la sensación de estar en lo correcto, de ser congruente con las propias creencias, de controlar las situaciones que generan malestar emocional. Pero también justifican acciones que son perjudiciales, hacen cometer los mismos errores, y no cuestionar los propios prejuicios disfuncionales.

Para Lucía esta estrategia es una manera de evitar la responsabilidad de sus propias decisiones, con un pensamiento polarizado y literal deja en manos de sus amigos la decisión que ha tomado de no fumar, para sentirse así menos culpable cuando no lo consigue, “no son buenos amigos porque me ofrecen fumar sabiendo que quiero dejarlo”, incluso cuando lo consigue también es por causa de otros amigos que no fuman y ven mal el consumo de cannabis, “creo que me tendría que juntar más con estos amigos porque me convencen con sus argumentos de que fumar cannabis porque tiene muchos efectos perjudiciales”. Esa literalidad hace que Lucía en sus discusiones y acciones se sienta más segura ya que, ella misma, se considera muy insegura y manejable. Su forma de luchar contra esta creencia es aferrarse a sus razones y justificaciones para sentirse menos vulnerable y escapar así del malestar que le genera esto.

- *Rumiación*: Pensar en eventos que ya sucedieron de manera repetitiva, circular e impulsiva. Se intenta así entender por qué las cosas sucedieron de esa manera, también se utiliza para evadirse del presente o para motivarse a cambiar cosas. Mantiene los problemas emocionales porque: impide hacer tareas más complejas, ya que la mente está distraída; impide detectar señales que nos señalen el camino para actuar con eficacia; se convierte en un hábito; se desarrolla de manera irreflexiva; y da la sensación de pérdida del control.

La rumiación es una estrategia emocional ineficaz que produce mucho sufrimiento en Lucía. Cuando ocurre un suceso aversivo y surge una emoción que la conecta con la realidad, como por ejemplo discusiones con su novio, utiliza la rumiación para no contactar con la emoción de tristeza que le produce la creencia de que este no la quiere lo suficiente. Le da vueltas a lo que ha pasado una y otra vez intentando entenderlo, se queda pegada a estos pensamientos y pierde la atención en sus tareas, tarda mucho en hacer cualquier cosa y la emoción de tristeza se va transformando en la emoción de ira que va subiendo hasta que se hace insoportable para ella y termina explotando en forma de conducta agresiva (gritos, romper cosas, dar un puñetazo a la pared haciéndose daño, etc.). Esta manera de afrontar el

malestar se ha ido convirtiendo en un hábito que cada vez se desencadena de manera más impulsiva, haciendo que Lucía se culpe a sí misma o a los otros por lo que ha pasado. Ella se reprocha y autocastiga, pero sobre todo, se distrae de los eventos presentes impidiendo que detecte señales que la están avisando y guiando hacia una actuación más eficaz.

- *Preocupación*: Pensar sobre el futuro de manera impulsiva, repetitiva y circular. Cuando las personas se preocupan, tratan de anticipar las peores consecuencias de los eventos buscando posibles soluciones para ellos. A corto plazo permite anticipar, da la sensación de estar preparado para lo que pueda suceder, distrae de un presente desagradable, y da la sensación de tener el control. A largo plazo resulta problemática por las mismas razones que la rumiación.

Lucía se preocupa sobre todo en lo referente a la relación con su novio, piensa que su novio la va a dejar por su conducta agresiva y se siente culpable. También se preocupa por su salud, su economía, la situación en su piso compartido, etc. aunque esta preocupación es normal dada su situación, no la dejan situarse en el presente al igual que la rumiación.

- *Inhibición de la respuesta emocional*: Evitar mostrar las emociones.

Esta estrategia emocional ineficaz la presenta de manera camuflada. Pareciera a simple vista que Lucía muestra claramente sus emociones, sin embargo, la emoción de la tristeza la inhibe transformándola en ira.

- *Catarsis*: Experimentar o expresar emociones de manera deliberada, con el objetivo de sacar el sentimiento fuera y sentirse mejor. A corto plazo permite sentirse liberado promoviendo la compasión de los demás. A largo plazo va generando más reactividad emocional que genera rechazo por parte de otras personas.

La catarsis que manifiesta Lucía no es deliberada y controlada, es impulsiva, y normalmente desemboca en conductas agresivas. La necesidad que tiene de sacar la emoción fuera para sentirse mejor le va creando cada vez más reactividad emocional y le impide desarrollar alternativas para tolerar el malestar, genera rechazo por parte de los que le rodean, y crea emociones secundarias como la culpa y la vergüenza.

En resumen se puede decir que Lucía ha aprendido a escapar del malestar que le provoca la tristeza mediante la ira de manera explosiva. Esto a corto plazo la tranquiliza y le hace no tomar contacto con la realidad de lo que está provocando su tristeza, que es la relación que mantiene con su novio principalmente, pero a largo plazo tiene consecuencias indeseables en sus relaciones con los demás, sobre todo con la gente que es importante para ella, le hace sentir culpable y no confiar en sus emociones que le avisan de que algo no va bien. Todo ello la lleva a atribuirse el problema, “hay algo que falla dentro de mí” y a sentir que la situación es incontrolable.

5. Procedimiento de intervención

La intervención estuvo basada en el Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE) (Reyes y Tena, 2016). Este modelo clínico transdiagnóstico reconoce la utilidad de las emociones como guía hacia la satisfacción de objetivos, evitando así estrategias basadas en la evitación o inhibición de las mismas. Es un tratamiento conductual-contextual de tercera generación, que utiliza estrategias analítico-funcionales que se concentran en el paciente, su conducta, y aceptación del problema para mejorar su salud mental (Reyes, 2016).

Este modelo comparte con otras terapias contextuales muchos de sus componentes, por lo que en esta intervención se utilizaron también componentes de ACT tales como; la aceptación, las metáforas, la defusión cognitiva, el momento presente, etc. (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011)

5.1. Objetivos terapéuticos en función de la evaluación

El objetivo principal de esta intervención fue conseguir una regulación de las emociones más eficaz y para ello se contemplaron los siguientes objetivos específicos:

1. ***Disminuir las estrategias de regulación emocional inefectivas.***
2. ***Aprender a aceptar la emoción***, ver su utilidad y aprovecharla como guía en la toma de decisiones.
3. ***Practicar la habilidad de la toma de perspectiva*** de los eventos privados, para tener libertad de escoger respuestas a estos eventos más al servicio de los propios valores, rompiendo la cadena que lleva a la evitación del malestar a través de conductas agresivas.
4. ***Dejar de consumir cannabis*** por estar relacionado con la sintomatología que presenta el caso (desconfianza, irritabilidad, cambios de humor, pérdida de atención), acentuando la regulación ineficaz de las emociones.
5. ***Practicar el lenguaje asertivo*** como una manera no agresiva de poder expresar lo que se quiere, se siente y se piensa, a fin de tener la posibilidad de hacerse entender mejorando las relaciones con los demás y flexibilizando el pensamiento polarizado.

5.2. Intervención terapéutica

A continuación se expone la información de las sesiones que tuvieron lugar a lo largo de la intervención terapéutica:

Fase Inicial: Sesión 1 y 2

Esta fase consiste en la evaluación y el comienzo del proceso terapéutico. Al principio de la primera sesión se le entrega un consentimiento informado para que lo lea detenidamente y

lo firme. Esta sesión se centra en la evaluación y en establecer una buena relación terapéutica a través de la *escucha activa y la validación/normalización* por parte de la terapeuta. También se van *clarificando los objetivos*, y se empieza a hacer *psicoeducación* en lo referente al consumo de cannabis, relacionando los problemas que Lucía presenta con la sintomatología típica de dicho consumo. Se utiliza la entrevista clínica y la observación directa. Los datos obtenidos en este primer contacto como son motivo de consulta, características del cliente, e historia del problema ya han sido ampliamente expuestos en apartados anteriores.

En este primer encuentro Lucía está nerviosa y tensa, se toca mucho los dedos de las manos y las uñas, se frota las piernas y se mueve mucho en la silla sobre la que está sentada. Su forma de hablar es rápida y su voz es enérgica, se expresa bien, la conversación es fluida y se obtiene mucha información. Cuando habla sobre algún tema incómodo para ella, lo hace con una sonrisa y una expresión de vergüenza en su cara, intenta evitar el contacto con el dolor que esto le causa.

Al final de la sesión se determina uno de los objetivos, abandonar el consumo de cannabis, puesto que está relacionado con la sintomatología que Lucía presenta y se le dan una serie de cuestionarios pre-test, para que los cumplimente y entregue lo antes posible.

Sesión 2: En esta sesión se continúa con la evaluación y comienza el trabajo terapéutico.

Consumo de cannabis: En lo referente al consumo de cannabis Lucía refiere no haber fumado los días de diario, pero al llegar el fin de semana dice dejarse influenciar por sus amigos y, dependiendo de con qué amigos vaya, cambia de opinión en lo referente a este tema. Se justifica responsabilizando a sus amigos y a su falta de personalidad, planteando la posibilidad de dejar de ir con ellos.

Validación y normalización: Se normaliza esta influencia que sus amigos ejercen sobre ella, ya que, es un ser social. Se utiliza *la psicoeducación* para explicarle a Lucía que dejar de fumar es responsabilidad solo de ella, y no de sus amigos, que no sería bueno dejar de verlos porque muchas veces se va a encontrar con opiniones diferentes, y que dejar a sus amigos es un precio muy alto que pagaría por dejar de fumar.

Conducta asertiva: Entrenan en sesión la conducta asertiva para que pueda expresarles a sus amigos lo que desea.

Trabajo con creencias falsas, literalidad de pensamientos y fusión cognitiva: Lucía muestra resistencia ante la idea de que siendo asertiva sus amigos la van a entender, ella está “fusionada” con la creencia de que sus amigos no lo van a hacer porque no son buenos amigos. Se queda fijada en esta regla y eleva el tono de voz para hacerse entender. La terapeuta trabajando con reestructuración cognitiva le pide algo alternativo al pensamiento

“quieren joderme”. Lucía sigue con su pensamiento disfuncional y circular, continua dando razones y explicaciones para justificar la opinión que tiene de ellos.

Toma de perspectiva: Se trabaja la toma de perspectiva haciendo que Lucía se ponga en el lugar de sus amigos. “¿Alguna vez has hecho lo mismo que tus amigos?, ¿le has insistido a alguien para que fume? “ Ella responde afirmativamente, pero enseguida se justifica “me sentí culpable y no lo hice para joder”.

Trabajo con la aceptación: Lucía reconoce que fuma porros para evadirse de los problemas y que como lleva un poco de tabaco le alivia la ansiedad. Se retoma el tema del consumo de cannabis y se vuelve a insistir sobre la importancia de dejarlo. Ella entiende que es un objetivo fundamental en la terapia, que va a tener que responsabilizarse de esta decisión a pesar de sentir malestar por no fumar, y por primera vez se echa a llorar reconociendo que le afecta a la memoria y a la atención.

Compromiso de acción: Se queja de que le agobia “quedarse rayada dándole vueltas a la cabeza” y que le gustaría dejar de pensar tanto. Se le dice que los pensamientos no se pueden controlar y que el foco no se va a poner en cómo se siente, sino en si toma una decisión y la mantiene. Se fomenta que sea Lucía la que ponga los plazos para estar sin fumar, se pone un plazo de quince días porque hay un puente y la próxima sesión se aplaza dos semanas. Se le insiste que no fumar tabaco no está en el objetivo de la terapia, que si quiere puede no hacerlo, lo importante es no consumir cannabis.

Trabajo con la regulación emocional: El asunto de la relación conflictiva que mantiene con su novio, se decide abordarlo con una tarea para la semana. Se van a analizar las interacciones con personas que enfadan a Lucía. Se le explica que para no intelectualizar los problemas es mejor registrarlos paso a paso para luego poder analizarlos y observarlos desde fuera. Se le manda anotar en el autorregistro: 1º la emoción que siente y su intensidad del (0 al 10), y 2º la situación que ha generado dicha emoción (por ejemplo, estaba con mi novio y me dijo tal cosa).

Fase intermedia: De la sesión 3 a la 7

Sesión 3

Reforzando y flexibilizando: Lucía llega muy contenta y sonriente a la sesión, se ha sacado el carné de conducir después de cuatro intentos fallidos, y de los 15 días sin fumar tabaco y cannabis ha conseguido no fumar ocho días. Se le refuerza mucho todos los pasos que ha dado; lo del carné, lo sonriente que está, lo de no fumar y se le pregunta sobre cómo se ha sentido por el logro de no fumar. Lucía contesta que muy motivada, que cuando sabe que está haciendo las cosas bien, comer, ejercicio, no fumar se siente realizada, pero que cuando fuma porros porque busca en el fondo fumar tabaco se siente muy mal (*rigidez psicológica*).

Se le explica la importancia de la flexibilidad ante días puntuales, que no pasa nada si alguna vez tiene que romper las reglas. Ella dice que quiere volver a intentar otra vez estar 15 días sin fumar, se le refuerza su iniciativa.

Trabajo con la fusión cognitiva y el yo-contenido: Lucía cuenta que estas vacaciones se fue a su ciudad natal y que el hecho de coger el avión y autobuses la estresa muchísimo, pero que a pesar de eso lo hace porque para ella su familia es muy importante (*valores*). Cuando llegó a su destino “estaba con la emoción a flor de piel”, explica que cuando se enfada necesita que no le insistan y que la dejen en paz, tuvo una discusión con su novio y a pesar de que ella estaba mal, él le siguió insistiendo, ella “perdió los nervios” y le dio un puñetazo a la pared haciéndose daño en la muñeca (*evitación mediante conducta autolesiva*).

Lucía se juzga por lo ocurrido con su novio, da explicaciones y razones, se culpa por su comportamiento. Se habla con ella sobre el juego de la mente, sobre las cosas que se dice a sí misma y se cree, y también se le explica que para poder ayudarla en eso no se puede entrar en el mismo juego, con razonamientos y explicaciones.

Metáforas: Se ejemplifica todo esto con la metáfora del bol de gelatina “estás dentro de un bol lleno de gelatina, totalmente integrada en la gelatina, ese bol de gelatina es tu mente, y no podemos verlo desde esa posición, tenemos que salir del bol para poder tomar perspectiva y verlo de una manera más objetiva, tenemos que analizarlo poco a poco sobre el papel del autorregistro”

Trabajo con la regulación emocional: Trabajan con el autorregistro. Lucía expresa que le avergüenza leer el papel. Una de las interacciones que analizan es con su profesor de autoescuela, Lucía le dijo que era “muy borde” con ella, el profesor se disculpó y le dijo que tendría cuidado la próxima vez. En este caso se le *refuerza* su actuación porque las consecuencias fueron positivas, *ella expresó sus sentimientos de manera asertiva* y obtuvo un buen resultado. Se le invita a que se de cuenta del hecho de estar “saliendo del bol de gelatina”.

Siguen con el autorregistro, se analizan las diferentes situaciones (son su novio, amigos, familia, etc.); con sus correspondientes emociones e intensidad; las consecuencias de cada acción. Se reflexiona sobre los resultados obtenidos cuando utiliza *el lenguaje asertivo* y los que se obtienen cuando “explota”. Se puede ver claramente, que en el segundo caso las consecuencias son negativas.

Abordan el tema de la relación con su novio, ella no está satisfecha, no se siente querida por él, pero no se lo dice, se le invita a que se lo diga de manera asertiva porque su chico no puede adivinarlo y porque además si se va guardando esos sentimientos al final salen en forma de ira. Se utiliza la *metáfora de “la olla a presión”*, los sentimientos que no se expresan son como el vapor que hay en la olla, va subiendo y subiendo y si la válvula de

escape no funciona, termina estallando, sin embargo si ese vapor va saliendo poco a poco por la válvula (*lenguaje asertivo*) al final no explotará.

Psicoeducación para trabajar con las emociones: Se utiliza la psicoeducación para hablar sobre las emociones, cuales son, por qué son útiles, de qué nos avisan, cuándo son disfuncionales. Se le explica que no hay emociones malas, que lo que puede ser negativo es lo que haces con ellas. Se le vuelve a pedir que realice la actividad del autorregistro, pero seleccionando solo aquellas emociones de intensidad alta a partir de 7, puesto que son las que están causando problemas, también tiene que registrar la situación y el pensamiento que tiene ante esa situación, y por último lo que haces después, es decir la acción o no acción, y las consecuencias que tiene positivas o negativas, además es muy importante que lo registre en el momento.

Mindfulness: Se le recomienda antes de terminar la sesión que vaya al grupo de meditación de la universidad como ayuda en su trabajo con la regulación de las emociones.

Sesión 4

Reforzando y flexibilizando: La sesión comienza hablando de la semana, dice que le ha ido bien aunque discutió con su novio y no pudo controlar, y que el jueves fue a una cervezada se emborrachó y le dio un par de caladas a un porro. Se le refuerza positivamente el haber estado todo este tiempo sin fumar, y se le pregunta sobre cómo se siente sin fumar. Lucía explica que lo tiene cada vez más claro que quiere dejarlo, que ha leído por internet las consecuencias negativas que tiene el cannabis.

Quiere empezar a juntarse con “ese tipo de gente” que piensa que la marihuana es mala, dice que está pensando ir más con este grupo y no con los otros que fuman, porque cuando está con estos últimos termina fumando y luego se siente fatal (*pensamiento polarizado, reglas, rigidez*). Se intenta relativizar todo este pensamiento polarizado de Lucía, se le explica que consumir cannabis no es lo peor ni lo mejor, que controlar el contexto puede ayudar al principio a no fumar, pero tiene sus consecuencias como perder a esos amigos, y hay personas que se mueven en esos círculos y no fuman. Lucía comenta que tiene amigos en esos círculos que no la dejan fumar. Se aprovecha esto para formularle la pregunta: “¿y qué has hecho tú para que no te dejen fumar y que sean tan buenos amigos? A lo que ella responde: “sincerarme y contarles que voy a la psicóloga y el riesgo de brote psicótico” se le hace ver que ella es responsable de esa actitud que muestran sus amigos porque les ha dado confianza y los ha puesto en situación. Se le refuerza diciéndole que ya hay un gran cambio en ello y que eso está teniendo sus resultados positivos. Se refuerza la idea de que “lo importante no es lo que hagan los demás sino lo que tú quieres hacer”.

Dice que quiere dejar el cannabis lo antes posible, que normalmente cuando se propone un cambio lo quiere ya. (*autoexigencia, impulsividad, pensamiento polarizado*). Se intenta

flexibilizar esta rigidez de Lucía explicándole que el establecimiento de objetivos tiene que ser gradual.

Acciones para lograr objetivos: Se aprovecha la conversación sobre objetivos para definir las acciones que la van a llevar al objetivo de no fumar, “¿cómo se materializa ser no fumadora?”, “¿qué cosas en concreto tienes que hacer hoy?” “no es observar que no fumas, sino hacer tus cosas y no fumar mañana”, “decir NO si te ofrecen fumar, aunque algún día digas SI, a veces bebemos, fumamos y perdemos el control, tampoco hay que ser perfectos” (*flexibilizar*).

Situarse en el presente: Lucía empieza a hablar del futuro, que quiere reducir el alcohol pero no dejarlo del todo y se la invita a centrarse en el presente “tienes que notar y ser consciente de cuando te vengan las ganas de fumar, qué sientes, y a ver qué ocurre, ¿fumas? ¿no fumas? ¿te vas? y observar la secuencia. Ser consciente de lo que pasa en el momento presente”. Se la vuelve a invitar a que asista los viernes a meditación.

Trabajando la aceptación a través de metáforas: Ante esta invitación Lucía pregunta “¿y poco a poco irá disminuyendo el dolor?, (*no aceptación del malestar*). Se le aconseja que no se anticipe, ella comenta que se anticipa a todo, (*estrategia ineficaz de preocupación*) Se explica la metáfora de la ola, “la emoción es como una ola, quiero que la sientas, como sube, y si esperas, notarás como baja”.

Trabajo con el autorregistro: Se analiza el autorregistro de la semana, y se ve que todas las situaciones en las que la emoción es de intensidad de siete a diez, son con su novio. No logra controlar la ira, no logran comunicarse, no se siente querida por él.

Aceptación radical de la emoción: Se le pide que intente ver que está sucediendo. Se normaliza y valida la emoción que siente cuando su novio la ignora. Con psicoeducación se explica la función de las emociones “la ira surge cuando algo pone en peligro tu integridad, y necesitas defenderte, hay que hacerle caso a esa emoción, es una señal relevante que hay que analizar”. Se intenta que entienda que la emoción no es el problema, sino la reacción que está encadenada a esa emoción, el hábito que se ha ido estableciendo con el tiempo de sacar la emoción con conductas agresivas, a corto plazo te deja en calma, pero hay otras posibilidades de reaccionar distintas sin dejar de tener esa emoción. Se vuelve otra vez al *lenguaje asertivo* y a la necesidad de comunicar las cosas sin agresividad, practican la manera de hacerlo.

Observar, analizar y reflexionar para tomar perspectiva: Se propone una tarea para esta semana. La tarea consiste en ser consciente de la emoción que aparece, y a la vez, se va a tratar de evitar la reacción agresiva inmediata que está encadenada a dicha emoción. Luego se van a buscar otras posibilidades a esa reacción agresiva. Se le explica que normalmente no dejamos que ocurra la secuencia entera, es decir, que suba y luego baje, la paramos con el

impulso agresivo, y eso es lo que vamos a intentar no hacer, vamos a cambiarlo, y en lugar de eso, vamos a expresar lo que sentimos con asertividad, salir del bol de gelatina, observar la emoción y analizar las consecuencias positivas y negativas de nuestras acciones, todo ello sin juicios de valor, sin entrar en discusión con una misma.

Sesión 5

Aceptación de la emoción y desesperanza creativa: Lucía ha pasado mal la semana, comenta que cuando la emoción es muy fuerte no se puede controlar, pero que eso le pasa solo con su novio, no quiere dejar la relación, pero opina que es muy tóxica y que ha perdonado cosas que no debería haber perdonado, cuenta que la noche anterior discutió con él por teléfono y le dio un ataque de ansiedad muy fuerte que no la dejaba respirar bien y se tuvo que ir a la calle.

Se le recuerda que en la sesión anterior hablaron de que no se trata de controlar la emoción, sino de observarla y entender que es una señal de que algo no está funcionando, se le hace ver que al controlar la emoción se produce un efecto paradójico que produce más sufrimiento, y al querer reprimirla impide que la emoción cumpla su función, que es avisarla de que quizás está perdonando a su novio cosas que no tendría que perdonar.

Lucía empieza a llorar, es la segunda vez que llora en lo que lleva de terapia (*contacto con la tristeza*).

Momento presente y contacto directo con la emoción: Hablan sobre las cosas que le hace su novio y que a ella le molestan, y ante la pregunta “¿cómo te hace sentir a ti todo esto?” empieza a dar explicaciones, razones y justificaciones, entonces se le paran todas estas cavilaciones (*interrupción del pensamiento autocrítico y notar sin juzgar*) y se la reconduce hacia la emoción y la experiencia directa “¡responde a la emoción!!, ¿cómo te hace sentir a ti eso?”. Lucía contesta que le hace sentir vulnerable y le baja la autoestima.

Cuestionando creencias negativas sobre las emociones: Mediante preguntas se van cuestionando las creencias negativas que Lucía tiene sobre las emociones y también se valida a las mismas.

Lucía cuenta que su novio empezó a escribir a una amiga suya muy guapa por Instagram, ella se sintió celosa y desconfiada. Mediante preguntas se le hace ver que ante esa situación es normal sentirse así.

Siguen analizando situaciones y validando y normalizando la emoción que sentía Lucía ante ellas. Ella dice que este tipo de situaciones la han llevado a desconfiar cada vez más de su novio, que se llegó a obsesionar con las redes sociales por los celos que sentía (*monitoreo*), que se ha convertido en una persona que antes no era, aquí Lucía rompe a llorar, se está

dando cuenta que sus emociones le han estado avisando todo el tiempo de que su relación no funciona y que lo que siente es normal, que todos los esfuerzos que ha hecho por controlar las emociones la han estado alejando de la realidad (*desesperanza creativa*).

Confrontación para enfrentrar la realidad y tomar decisiones: Lucía se da cuenta, que la conversación la va llevando a tener que decidir romper la relación con su novio y empieza a llorar y a explicar que está muy apegada a él, que no es mala persona en el fondo, que lo que pasa es que es muy inmaduro, etc.

Hablan que dejar a su novio o no dejarlo va a tener unas consecuencias. Mediante preguntas se llega a la conclusión de que a largo plazo el cortar la relación va a ser para bien y que a corto plazo lo va a pasar mal, pero que él no se va a conformar y va a insistir en seguir con ella, la va a chantajear emocionalmente, y que ella no va a ser capaz de dejarlo. Lucía llora porque cree que no se quiere a sí misma y por eso va a soportar cosas que no debería soportar.

Trabajo con metáforas: Se utiliza una metáfora de una persona que va al médico porque la cabeza le estalla de dolor, y el médico le pregunta: “¿qué es lo que hace para intentar controlar ese dolor?”, y el paciente le responde: “me doy martillazos en la cabeza”, entonces el médico le dice que lo primero que hay que hacer para que no le duela la cabeza, es dejar de darse martillazos.

Respecto al consumo de cannabis: Lucía ha hecho muchos avances en el objetivo de dejar de consumir y se le refuerza por ello. Ahora las pocas veces que fuma nota más los efectos adversos.

Trabajando con el cambio: Siguen hablando del autorregistro y ya se va pasando de la aceptación de las emociones a proponer cambios en sus acciones, van viendo alternativas a las conductas agresivas que ha tenido esta semana, como por ejemplo decirle a su novio sus sentimientos sobre el desamor que siente, se llega a la conclusión que no iba a sentir ira sino tristeza, pero que esa es la realidad y no puede evitarla, o acepta la realidad de su relación o deja a su novio (*aceptación o cambio*).

Lucía dice que este fin de semana va a estar con su novio y ya verá que pasa. Se la invita a que atienda a su emoción como una amiga y no como a una enemiga, que no luche contra ella, que escuche a su cuerpo porque le puede estar avisando de algo.

Sesión 6

Resumen de la semana: Lucía llega a sesión muy contenta, ella mismo lo expresa así, este fin de semana ha estado con su novio y piensa que están enamorados, que no todo es tan feo como ella lo cuenta, que la relación es intensa, o muy buena o muy mala. Estos días que

han estado juntos tuvieron un conflicto, ella le dijo que lo iba a dejar, pero la reacción de él fue positiva para Lucía.

Se hace un resumen de la sesión anterior, se le recuerda que la mayor parte de las alteraciones que presenta tienen que ver con situaciones con su novio. Se le pregunta que ha pasado estos días “¿acaso has visto cosas que antes no veías para poder compartir?”.

Lucía cuenta que su novio y su hermana no se llevan bien, su hermana es muy orgullosa y dominante y su novio también, pero este fin de semana él quiso tener un detalle con ella y quiso estar bien con la hermana para complacerla, pero al final su hermana y él volvieron a discutir y Lucía se quedó sin saber que hacer, se acercó a él para apaciguarlo y él la rechazó.

Trabajo con la toma de perspectiva: Se aprovecha esta situación para poner a Lucía en el lugar de su novio con la pregunta: “igual que haces tú muchas veces ¿no?”.

Lucía sigue hablando de lo que pasó, relata que ella se fue detrás de su novio enfadada y la emoción fue creciendo cada vez más, estaba más alterada, le dijo que no estaba bien, que tenía una idea equivocada de que ella apoyaba más a su hermana, pero que no era así, etc.

Se le *refuerza* el que ella ahora sea capaz de ponerse en el lugar de otros, en este caso en el lugar de su hermana y de su novio, que sea capaz como cada uno tiene sus razones y sus enfados, “¿te das cuenta de cómo ahora puedes analizar las cosas desde otro lugar?, estás viendo y tomando decisiones, hablo con uno ahora, luego con la otra...”

Lucía explica que cogió a su hermana y a su novio y les dijo que le daba igual quien tuviera razón, que a la que hacían daño era a ella, que le daba igual quien ganase o quien perdiese. Este razonamiento se le *refuerza*, se le *devuelve la información* “lo importante no es tener razón, es el vínculo y que te quieran, dejar pasar es muy importante”. Sigue hablando y explica que su novio no entendía esto, con lo cual ella decidió coger las maletas e irse del piso, entonces se él se agobió y le dijo que por favor no lo hiciera, que iba a cambiar. Lucía decidió entonces perderle algo concreto, que le demostrase que de verdad quería cambiar, le dijo que se disculpara con su hermana. Sorprendentemente para ella él lo hizo, y su hermana lo recibió positivamente, terminaron cenando juntos y pasando una buena noche.

Reforzando y valorando: Se refuerza esta forma de actuar de Lucía, que algo abstracto como es “voy a cambiar”, se convierta en un acto concreto que ella le pide en el momento. Se le felicita por como gestionó el conflicto, y se habla de que los conflictos y los problemas siempre van a existir, que es bueno saber gestionarlos y evitar situaciones que se nos van de las manos y que tienen consecuencias negativas.

Trabajo con valores: En este momento de la terapia se profundiza en los valores de Lucía, en lo que es importante para ella, mediante preguntas se van analizando si sus

actuaciones están a favor o en contra de lo que es importante para ella. “entrar todo el tiempo en conflicto con los amigos ¿va a favor de la amistad, o a favor de la enemistad ? Se habla sobre los conflictos que son necesarios solucionar, pero eligiendo la acción que lleve hacia el resultado deseado y no hacia consecuencias nefastas, como ir teniendo cada vez menos amigos.

Trabajo con defusión y yo-contexto: Lucía explica que antes ella pensaba “lo que digo lo pienso, yo soy así” (*fusión cognitiva*). Se charla con ella sobre este tema, que los pensamientos que tiene no van a desaparecer, pero es importante dar cabida a nuevos pensamientos y acciones tomando perspectiva, viendo a los demás, lo que está ocurriendo de una forma más global, observar los distintos actores, las consecuencias de las acciones, para tener más libertad a la hora de tomar decisiones, teniendo claro que a veces se acertará y otras veces no.

Poner el foco en lo positivo: Se le pide a Lucía que para esta semana anote en un nuevo autorregistro todo lo que vea de bueno en los demás, que centre el foco en lo positivo, sobre todo en las personas con las que tenga más conflicto y en ella misma también “que te pilles a ti misma haciendo cosas nuevas positivas en ti, cambios positivos”.

La próxima sesión se aplaza quince días para que de tiempo a que pasen más cosas. Se le recomienda otra vez que vaya a la meditación en grupo de la Universidad.

Sesión 7

Valorando y reforzando: Lucía llega contenta a sesión, se ha comprado un cigarrillo electrónico sin nicotina, relata que le está funcionando muy bien, que se lo recomendó su padre, que ha conseguido estar todo este puente en su ciudad natal rodeada de gente fumando y que ella a pesar de eso, solo fumó el último día. Se refuerza su actuación y se valora mucho que ya no se sienta agredida cuando la gente fuma delante suya, se le felicita el que haya tomado una decisión y la lleve a cabo *haciéndose responsable* de su conducta.

Trabajo con lenguaje asertivo para salir de la fusión cognitiva: Hablan de la relación con su novio, por una parte estos días han estado bien, sobre todo porque el tema de la mala relación entre su hermana y él, parece que ha ido mejor y ha podido estar a gusto con los dos juntos, pero por otro lado discutieron y piensa que es un egoísta. Se analiza que función tiene este planteamiento, hacia donde lleva el pensar que su novio es un egoísta, qué es lo siguiente que piensa o siente después de esto. Lucía expresa que se siente mal y frustrada.

Se trabaja para sacar a Lucía de la *fusión* con su pensamiento y su *rumiación*, llevándola a que exprese lo que desea con lenguaje asertivo.

Ensayan la manera de decir o pedir las cosas de manera asertiva como una manera de expresar deseos y sentimientos sin atacar, y que la otra persona haga lo mismo para poder llegar a acuerdos.

Trabajo con el autorregistro: Analizan una situación conflictiva con unos amigos que Lucía consiguió solventar de manera *asertiva*, se valora mucho esto, y se le recalca que ese comportamiento que ella ha tenido en esa situación es asertiva, esto es importante para que ella vea la diferencia entre ser o no ser asertiva, y las consecuencias que tiene.

Se le pide a Lucía que lea el nuevo autorregistro que se le pidió para estos quince días, el de anotar lo positivo que veía en ella y en los demás. Empieza a decir que su novio es muy cariñoso, atento y muchos adjetivos buenos. Se aprovecha esto para preguntarle si esto es siempre así, a lo que ella responde que a veces sí y a veces no, se reflexiona sobre esto, sobre lo necesario de *flexibilizar* y *aceptar* que todos tenemos cosas buenas y malas.

Trabajo con la aceptación: Se le manda otra vez la tarea con los autorregistros que trabajan la observación para la próxima sesión, pero poniendo en práctica la asertividad. Practican con ejemplos la conducta asertiva, y Lucía expresa sus dudas sobre cómo comportarse si lo que ella desea no se satisface. Aquí se aprovecha para trabajar con la aceptación de los eventos privados. Se le dan dos opciones, enfadarse o quedarse con la frustración, aunque ella no lo tiene claro, entiende que la mejor opción es asumirlo.

Fase final: Sesión 8

Cerrando la terapia: Ha pasado un mes y medio desde la última sesión, debido al periodo vacacional y a los exámenes del cuatrimestre. Lucía mandó un mensaje a la UAP diciendo que no iba a necesitar más sesiones. Se contempló la necesidad de citarla para hacer el cierre de la terapia, poder *valorar* su situación y volver a pasarle los cuestionarios para una postevaluación.

Al llegar Lucía a sesión se le explica la necesidad de volverla a ver para tener un mínimo seguimiento del progreso que ha tenido y para darle los cuestionarios. Se le pide que cuente cómo le ha ido en este tiempo. Se la ve más relajada, sonriente, y con mejor aspecto físico. Ha empezado a practicar Yoga.

Consumo de cannabis: Relata que ha dejado de fumar porros definitivamente y que tabaco apenas lo prueba. Se le *refuerza* positivamente con risas y expresiones de júbilo. Lucía muestra preocupación porque tiene miedo de recaer, se le quita hierro a esta *preocupación excesiva* que Lucía presenta *flexibilizando* esta estrategia ineficaz, se le explica que fumar no es un trastorno, si un día fuma pues al día siguiente vuelve a no fumar y ya está.

Trabajo con la aceptación: Sacan el tema de las relaciones interpersonales, y Lucía explica que ahora aunque haya situaciones conflictivas, evita discutir quitándole importancia a lo que está pasando “no voy a discutir por esa chorrada”. Dice que su novio se enfada mucho por tonterías; que ella está aprendiendo a mantener la atención ocupada en otra cosa para “no entrar al trapo” y que al final se le pase la emoción. Aquí se le recuerda que intentar controlar mucho se puede volver en contra.

Afrontar el cambio y pasar a la acción: Sale el tema de la relación con su novio, y Lucía confiesa que cada vez piensa más en la posibilidad de separarse, ya no se le hace tan grande esa idea, sabe que al principio será duro, pero que en unas semanas se le pasará, está cansada de la situación con él, que la controla mucho y que se enfada por cualquier cosa. Hablan sobre esto.

Reforzando la flexibilidad psicológica: Lucía comenta que ha perdonado a su amiga con la que había roto la relación, que tenía algo clavado (se toca el pecho) y que da igual quien tenga razón, que es verdad que su amiga le hizo daño pero que también ha hecho muchas cosas buenas por ella. Se le *felicita* efusivamente por esta acción y por la *flexibilidad* que demuestra al reconocer que su amiga tiene cosas malas y cosas buenas, no importando ya tanto quien tenga la razón. Lucía relata que desde que han vuelto a tener amistad, su amiga se ha volcado con ella, la considera su familia, dice que se siente más acompañada porque en el piso de su amiga siempre hay mucha gente y ahora se relaciona con esos amigos a los que antes criticaba.

Aceptar o cambiar la situación (no se puede controlar todo): Hablan del futuro de Lucía, de sus planes, quiere buscar trabajo estos meses porque se irá pronto a su ciudad natal cuando se gradúe, y no quiere depender de su madre. También comenta que una de sus compañeras de piso le hace el vacío, que tiene comentarios racistas y no sabe si aguantará en el piso. Se aprovecha esta situación para reflexionar en la sesión sobre lo infructuoso que resulta discutir la forma de pensar de ciertas personas, que aquí solo cabe aceptar o cambiar la situación buscando otro piso, pero no se pueden controlar los pensamientos que nos molestan de otras personas, ni siquiera los propios, podemos expresar nuestro malestar de forma asertiva y llegar a acuerdos y poner unos límites y unas normas de convivencia.

Despedida y cierre (reforzando los avances obtenidos con la terapia): Se despiden, pero quedan en tener alguna sesión de seguimiento si Lucía lo necesita, sobre todo por el tema de cortar la relación con su novio. Antes de terminar la sesión, Lucía pregunta a su terapeuta si observa una evolución en ella, se le *refuerza mucho la mejoría* que ha experimentado durante este tiempo de terapia, con expresiones de alegría y haciendo un resumen de todos los objetivos cumplidos, teniendo en cuenta que esto es un proceso, un camino que acaba de empezar a andar, en el que habrá tropiezos, y momentos mejores y peores, pero siempre teniendo claro que ya está en la dirección hacia lo que es importante y valioso para ella en la vida.

6. Resultados del proceso terapéutico

Los resultados de la batería de instrumentos post-tratamiento que se le proporcionó a Lucía en la última sesión para llevar a cabo un análisis más objetivo de los cambios observados producto del proceso terapéutico son:

- ***Inventario Clínico Multiaxial de Millon*** (MCMI-III; Millon y Davis, 1997) en su adaptación española (Cardenal y Sánchez, 2007).

En las consideraciones interpretativas del MCMI-III (Anexo 3), se plantea que hay dos posibilidades según el estilo de respuesta de Lucía. La primera sería “que la paciente sea una adulta con un funcionamiento global adecuado que actualmente está atravesando por situaciones estresantes leves” y la segunda que las respuestas “indican un esfuerzo por presentar una fachada socialmente aceptable y resistencia para admitir dificultades personales”. Hay una predisposición a ver los problemas psicológicos como un signo de debilidad emocional o moral, y puede llegar a negar cualquier síntoma o rasgo de su personalidad para protegerse. Esto probablemente refleje una preocupación general a ser evaluada negativamente por los demás o una suspicacia significativa hacia los motivos ocultos de la evaluación psicológica”. Este perfil puede estar parcialmente distorsionado por lo que las puntuaciones TB informadas han sido modificadas para contrarrestar la reacción defensiva sugerida por la importancia de los Patrones de Personalidad de la Escala 4 (Histriónico).

Se observa un notable descenso en la Ansiedad, síndrome clínico que más destacaba en la pre-intervención, desde (PREV: 100) a (PREV: 51). De los patrones clínicos de la personalidad Negativista (pasivo-agresivo) desciende desde una puntuación de (PREV:70) a 3 (PREV: 30), en general todo desciende excepto el Histriónico que sube notablemente desde (PREV: 65) a (PREV: 80). Esta subida del patrón Histriónico está avalada por los cambios en las puntuaciones de sinceridad y deseabilidad social, la puntuación en sinceridad baja notablemente desde (PREV: 72) a (PREV: 31) y la deseabilidad social sube desde (PREV: 60) hasta (PREV: 80), lo cual indica que quiere mostrar una imagen más favorable de cara a los demás. Las puntuaciones de dependencia al alcohol son un poco más bajas, sin embargo la dependencia a sustancia son un poco más altas que en el pre, lo cual no es coherente con los datos de las últimas sesiones de la intervención. En cuanto a las respuestas destacadas, en el pre se observa un claro descontrol emocional, en el post este descontrol desciende pasando de 10 ítems a 4 ítems. Los resultados son, en general, coherentes con lo observado en las últimas sesiones, exceptuando el síndrome clínico de dependencia a sustancias.

- **Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial** (MEAQ; Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, y Watson, 2011), adaptación española todavía en fase experimental.

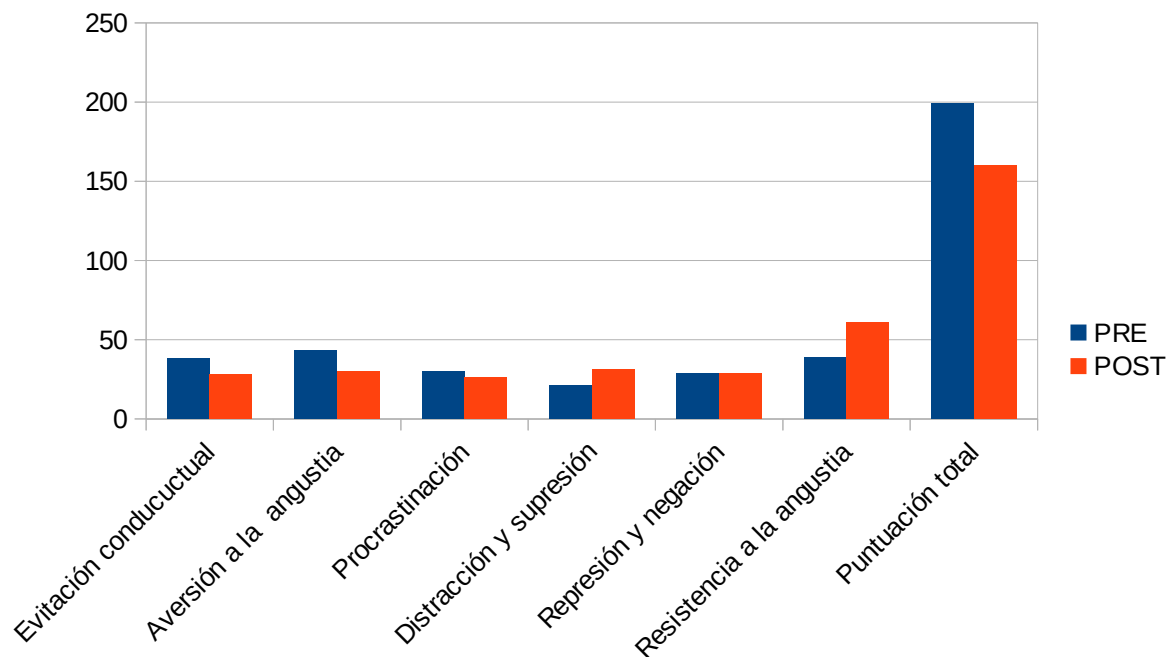
Hay un descenso generalizado en las puntuaciones (tabla 6 y figura 1) que se quedan por debajo de la media, excepto en Distracción y Supresión que asciende respecto a las puntuaciones PRE. Esto es coherente con lo observado en la última sesión en la que Lucía explica que su forma de “no entrar al trapo” en las discusiones con su novio es distraerse haciendo otras cosas para que se lo olvide lo sucedido, y así no generar la emoción de ira. Hay un descenso en la puntuación total que pasa de estar por encima de la media con (T=199) a estar por debajo con (T=160) y un notable ascenso en la Resistencia a la angustia (compromiso) que pasa de una puntuación de (T=39) a (T=61), datos muy positivos y que coinciden con la última sesión de la intervención.

Tabla 6. Puntuaciones PRE y POST-tratamiento del MEAQ

	PRE	POST
Evitación conductual	38*	28
Aversión a la angustia	43*	30
Procrastinación	30*	26
Distracción y supresión	21	31*
Represión y negación	29	29
Resistencia a la angustia (Compromiso)	39	61
PUNTUAJE TOTAL	199*	160

Nota: Se indican las puntuaciones clínicamente relevantes que se encuentran una puntuación típica por encima de la media (*)

Figura 1. Gráfico de comparación de resultados del MEAQ pre y post tratamiento



- **Test de los 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R;** Derogatis, 1994) adaptación española (Casullo y Pérez, 2008).

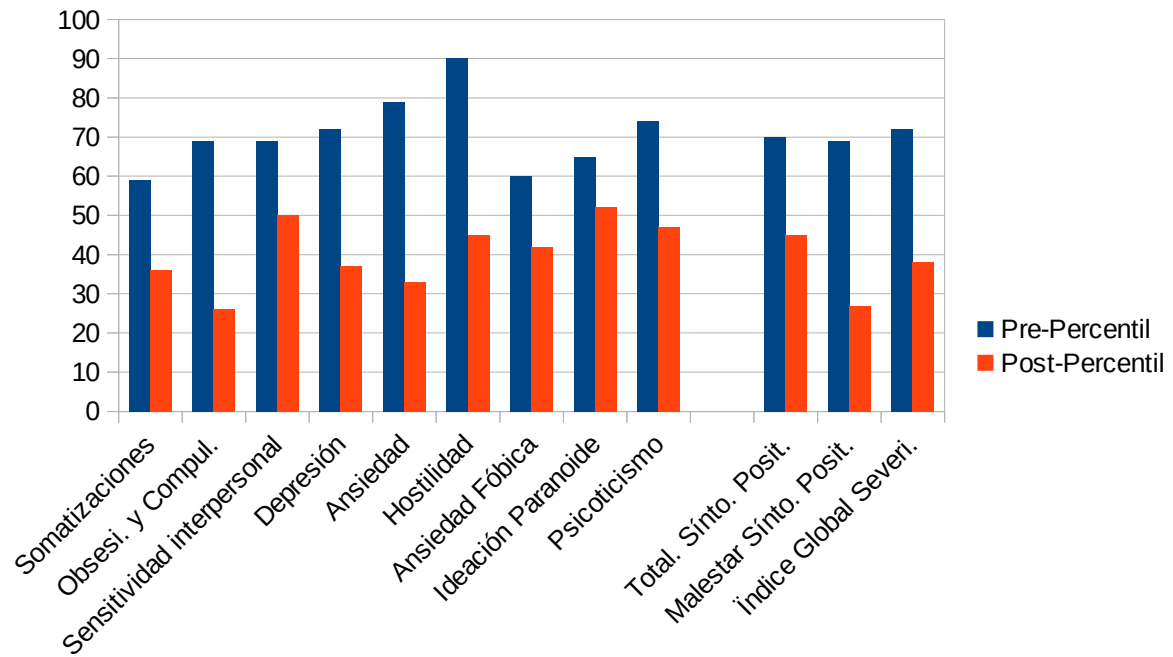
Todas las puntuaciones se quedan con un percentil por debajo de la puntuación a partir de la cual los resultados se consideran significativos >65. La dimensión Hostilidad pasa de tener la máxima puntuación posible en este test, pasando de >90 a (45), la Ansiedad de (79) a (33), Psicoticismo de (74) a (47) y Depresión de (72) a (37). El Total de Síntomas Positivos (PST), el Índice Global de Severidad (IGS) y el Malestar Sintomático Positivo (PSDI), se quedan muy por debajo de 65. Estos resultados (tabla 7 y figura 2) son bastante coherentes en general con el MCMI-III, sobre todo en lo referente a mostrar la cara más favorable, ya que el descenso notable de puntuación en el (PST), y el (PSDI) también indica que la persona tiende a minimizar sus síntomas

Tabla 7. Puntuaciones PRE Y POST del SCL-90-R.

	PRE		POST	
	SUMA BRUTA	PERCENTIL	SUMA BRUTA	PERCENTIL
Somatizaciones	1,66	59	0,25	36
Obsesiones Compulsiones	2,7	69*	0,9	26
Sentividad Interpersonal	2,33	69*	0,77	50
Depresión	2,77	72*	0,30	37
Ansiedad	3,2	79*	0,2	33
Hostilidad	3,33	90*	0,33	45
Ansiedad Fóbica	0,86	60	0	42
Ideación Paranoide	2	65*	0,66	52
Psicoticismo	2,2	74*	0,44	47
Total de Síntomas Positivos	78	70*	36	45
Malestar Sintomático Positivo (PSDI)	2,61	69*	1,05	27
Índice Global Severidad (IGS)	2,26	72*	0,42	38

Nota: Se indican las puntuaciones que son clínicamente significativas (*percentil > 65).

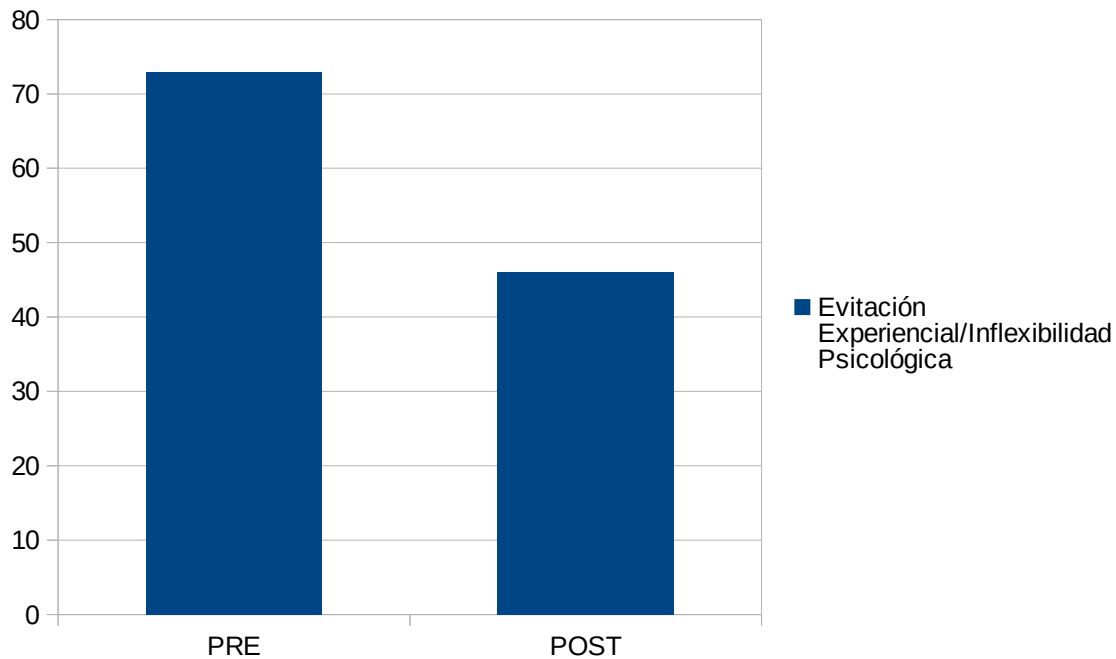
Figura 2. Gráfico de comparación de resultados del SCL-90-R pre y post tratamiento



- **Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al. 2004)** en su adaptación española (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

En la figura 3 se muestra el descenso en las puntuaciones pre y post que va desde un 73% a un 46%. El ítem 2 “tengo miedo de mis sentimientos” se mantiene con la misma puntuación de 5. Destacar el ítem 5 “mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida” que desciende de una puntuación de 6 a una puntuación de 1. Estos resultados indican que aunque Lucía ha entendido que sus emociones no tienen que interferir en su vida, todavía sigue sintiendo miedo a sus sentimientos, aunque este miedo no le impida seguir con su vida.

Figura 3. Gráfico de comparación de resultados del AAQ pre y post tratamiento



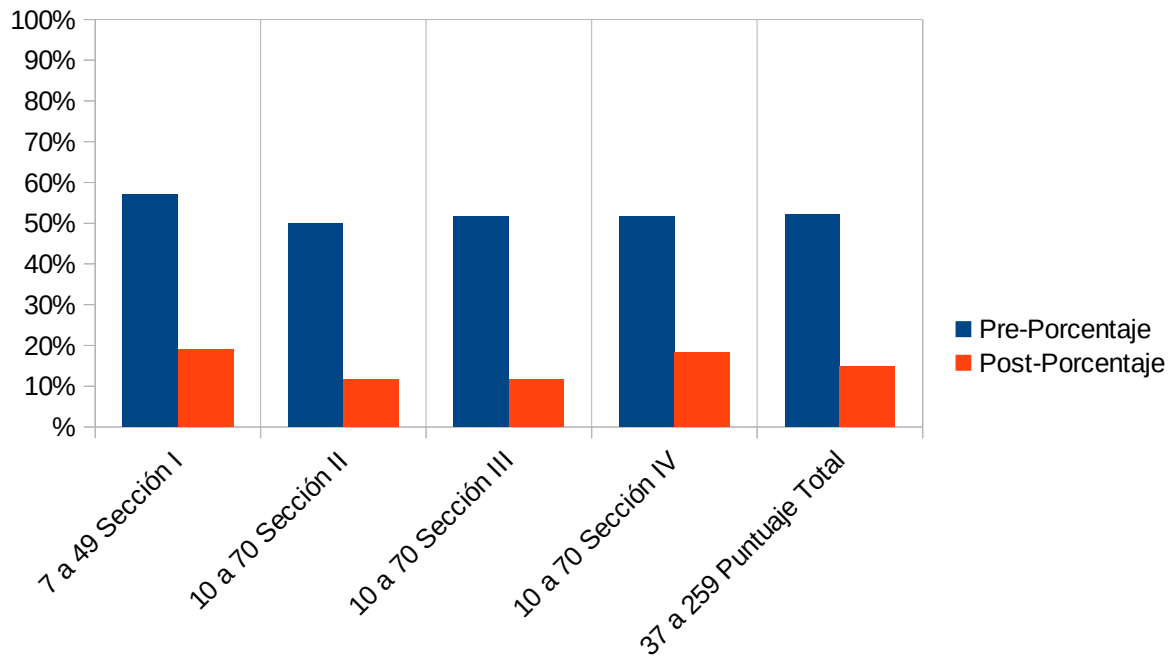
- **Escala de experiencia del Yo (EOSS; Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) adaptación española (Valero, Ferro, López y Selva, 2012).**

Como se puede observar en la tabla 8 y en la figura 4, las puntuaciones indican un descenso muy significativo del porcentaje en todas las secciones, lo cual indica un control privado del yo en todos los ámbitos, esto coincide en lo observado durante las últimas sesiones en la que Lucía se va haciendo cada vez más responsable de su decisión de no fumar, independientemente del contexto en el que se encuentre.

Tabla 8. Puntuaciones PRE Y POST del EOSS

	PRE		POST	
	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
Sección I	31	57,1%	15	19,04%
Sección II	40	50%	17	11,66%
Sección III	35	51,7%	17	11,66%
Sección IV	42	51,7%	21	18,33%
Puntuaje total	149	52,2%	70	14,86%

Figura 4. Gráfico de comparación de resultados del EOSS pre y post tratamiento



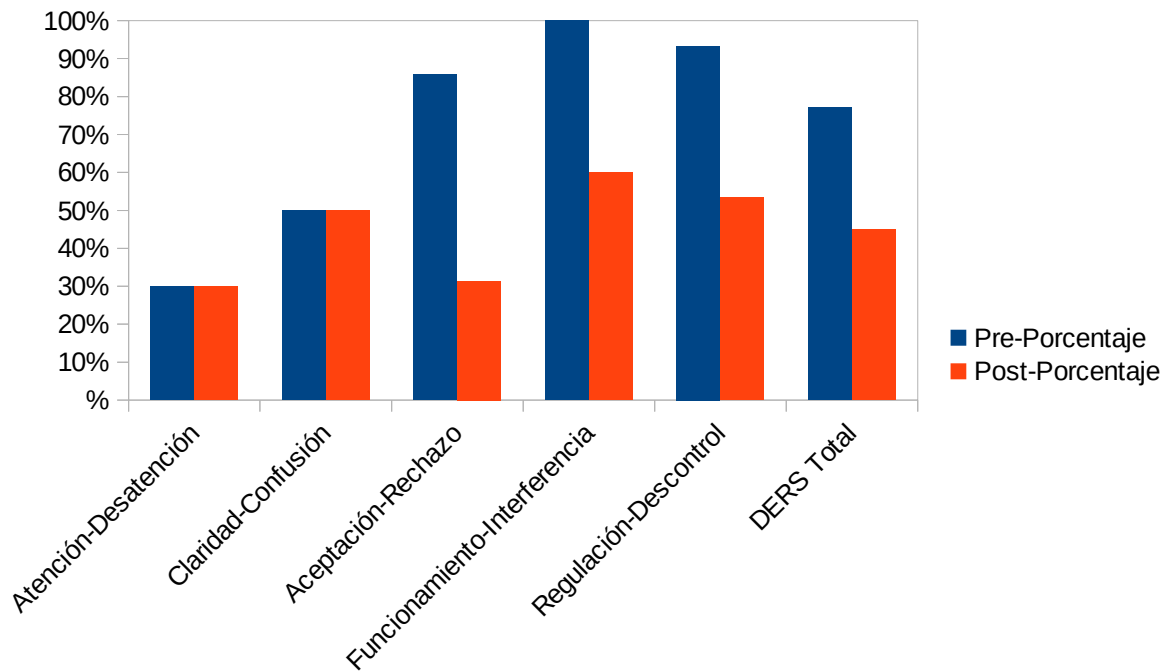
- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004)** en su adaptación española (Hervás y Jódar, 2008)

Respecto a la desregulación emocional, llama la atención el descenso en el continuo Funcionamiento-Interferencia, pasando de un (100%) a un (60%), la interferencia de las emociones en su funcionamiento normal del día a día ha mejorado considerablemente, aunque todavía se encuentra por encima de la media, también es muy notable el descenso en la puntuación del continuo Regulación-Descontrol pasando del (93%) al (53%), el descontrol emocional queda ahora apenas por encima de la media y el rechazo que tiene hacia sus emociones negativas ha pasado de un (86%) a un (31%) gracias al trabajo en Aceptación radical (MIRE). La puntuación total de Desregulación emocional (tabla 9 y figura 5) queda ahora por debajo de la media, con el (45%). Estos datos son coherentes con los logros obtenidos en lo referente al principal objetivo de la terapia, la aceptación y la regulación de las emociones.

Tabla 9. Puntuaciones PRE Y POST de la DERS

	PRE		POST	
	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
Atención-Desatención	6	30%	6	30%
Claridad-Confusión	10	50%	10	50%
Aceptación-Rechazo	30	85,71	11	31,42%
Funcionamiento-Interferencia	20	100%	12	60%
Regulación-Descontrol	42	93,33%	24	53,33%
DERS Total	108	77,14%	63	45%

Figura 5. Gráfico de comparación de resultados del DERS pre y post tratamiento



Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Staxi-2; Spielberger, 1999) adaptación española (Miguel, Casado, Cano y Spielberger, 2001).

El Índice de Expresión de la Ira (IEI) muestra un descenso y pasa de (PD=56) a (PD=15). La ira como rasgo (tabla 10 y figura 6) pasa de (PD=35 y Centil=95) a (PD=24 y Centil=75), en lo que respecta al temperamento pasa de (PD=35 y Centil=95) a (PD=10 y Centil=75) , como a la reacción pasa de (PD=35 y Centil=95) a (PD=14 y Centil=70), aunque sigue siendo una puntuación alta, ya se aprecia el comienzo de un proceso de cambio. Notable descenso en la expresión externa de la ira que pasa del máximo de puntuación (PD=22 y Centil >99) a (PD=11 y Centil=45) y la expresión interna pasa de (PD=15 y un Centil=80) a (PD=9 y Centil=15). Es muy destacable el ascenso de la puntuación tanto en el control externo como interno de la ira, pasando en el control externo de (PD=8 y Centil=5) a (PD=17 y Centil=50) ,y el interno de (PD=9 y Centil=15) a (PD=24 y Centil>99), esto quiere decir que el proceso terapéutico ha sido efectivo en cuanto a la regulación de las emociones, en concreto la de la ira. En lo que respecta a la ira como estado (tabla 11 y figura 7) pasa de baja a nula, tanto en sentimiento, expresión física y expresión verbal.

Tabla 10. *Puntuaciones PRE Y POST del Staxi-2 Ira como Rasgo*

PRE								
	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT	C.INT.	IEI
PD	35	16	19	22	15	8	9	56
Centil	95	95	95	99	80	5	15	95
POST								
	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	24	10	14	11	9	17	24	15
Centil	75	75	70	45	15	50	>99	5

Figura 6. Gráfico de comparación de resultados pre y post de la Ira como rasgo del Staxi-2

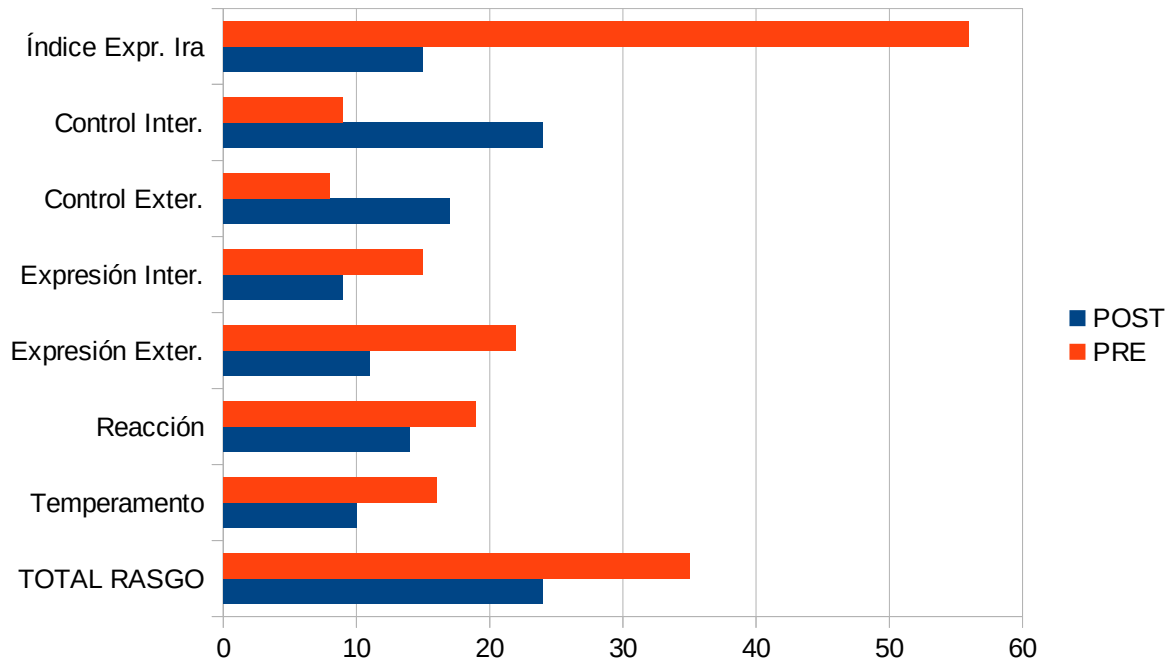
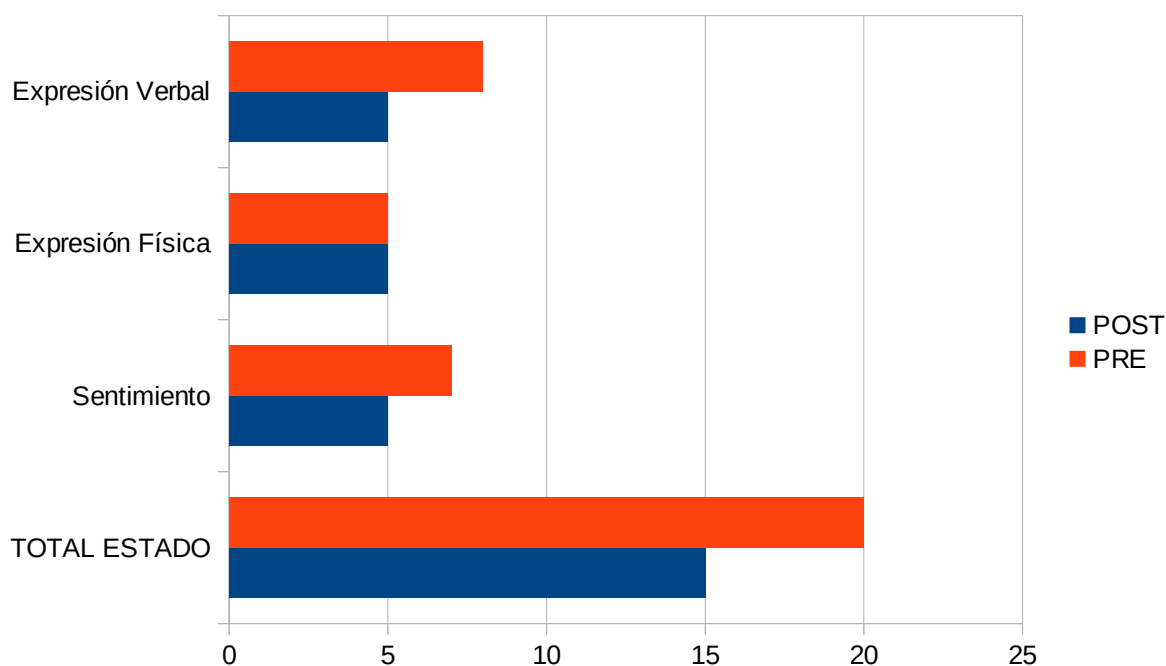


Tabla 11. Puntuaciones PRE Y POST del Staxi-2 Ira como Estado

PRE				
	TOTAL ESTADO	SENT.	EXP. F	EXP. V
PD	20	7	5	8
NIVEL BAJO	16-29	6-13	6-7	6-10

POST				
	TOTAL ESTADO	SENT.	EXP. F	EXP. V
PD	15	5	5	5
NIVEL NULO	15	3-5	5	

Figura 7. Gráfico de comparación de resultados pre y post de la Ira como Estado del Staxi-2



7. Discusión y Conclusiones

Según los datos obtenidos, la intervención terapéutica basada en el MIRE y en ACT, parece haber conseguido buenos resultados en el objetivo principal planteado que era la regulación eficaz de las emociones. Podemos concluir por tanto, que el camino hacia el logro de este objetivo principal solo ha comenzado, pero gracias al gran avance obtenido en todos los objetivos específicos que se propusieron trabajar en la terapia se han sentado las bases para que poco a poco Lucía consiga una regulación emocional más eficaz en su vida.

A continuación, se exponen los resultados de los objetivos específicos propuestos en la evaluación y trabajados durante las ocho sesiones que duró el tratamiento:

1. **Disminuir las estrategias de regulación emocional inefectivas:** En cuanto a la disminución de las estrategias de regulación emocional inefectivas, Lucía intenta evitar las discusiones que no tienen importancia poniéndose a hacer otra cosa, así centrar su atención en otros asuntos evitando comenzar con la rumiación y la consiguiente escalada de pensamientos y emociones que desencadenan al final en conductas agresivas. Todavía no termina de aceptar el malestar que le producen sus eventos privados, sigue habiendo evitación, rechazo, y supresión experiencial, pero se ha dado cuenta de ello y está en proceso de ir consiguiéndolo, gracias a la toma de perspectiva, al yo-contexto, etc.

2. ***Aprender a aceptar la emoción:*** Trabajando con la psicoeducación emocional, la aceptación radical, y el momento presente, Lucía está aprendiendo a respetar sus eventos privados, sobre todo a aceptar sus emociones, a hacerles caso y comprender que no son su enemigo, que están ahí para avisarle y para guiarle en su camino, ayudándole a tomar decisiones y a encaminarse hacia lo que es importante para ella. Gracias a esto se siente menos culpable, ha tomado contacto con la realidad de su relación sentimental y está pensando en cortarla, se ha dado cuenta de que su ira y sus conductas agresivas son una evitación de la tristeza y frustración que siente, principalmente motivadas por actuaciones que tiene su novio hacia ella que no la satisfacen y no consigue entender.
3. ***Practicar la habilidad de la toma perspectiva:*** Mediante los autorregistros, el trabajo en defusión y el yo-contexto, y a través del uso de metáforas “saliendo del bol de gelatina” (para ilustrar lo que significa estar pegada a sus eventos privados que generan malestar y a las acciones impulsivas que están encadenadas a dichos eventos, poniendo de relieve la necesidad de observar desde fuera todo esto), Lucía va consiguiendo libertad para escoger respuestas a estos eventos, más al servicio de los propios valores, rompiendo así la cadena que lleva a la evitación del malestar a través de conductas agresivas. También ha flexibilizado un poco su pensamiento polarizado y ha mejorado las relaciones con los demás, sobre todo con sus amigos, está aprendiendo a ponerse en el lugar de los demás para comprender algunas de las actuaciones de las personas que le rodean que antes le molestaban mucho. Ha perdonado a una buena amiga suya, y ha entendido y aceptado que tiene cosas malas pero también buenas, como ella misma y el resto de la humanidad.
4. ***Dejar el consumo de Cannabis:*** En la última sesión Lucía llevaba un mes sin consumir cannabis y apenas había fumado tabaco, se consideraba a sí misma como no fumadora. Esto se consiguió gracias al trabajo que se realizó en sesión con la desliteralización de pensamientos polarizados y defusión de creencias falsas que Lucía tenía sobre la amistad, que la llevaban a depositar la responsabilidad de sus decisiones y acciones en los demás, sobre todo en sus amigos, culpándolos de no poder cortar con el consumo de tabaco y cannabis.
5. ***Practicar el lenguaje asertivo:*** A través de la metáfora de “la olla a presión” Lucía va entendiendo la necesidad de soltar poco a poco el vapor para que no se produzca una saturación y una explosión. La manera de evitar que “la presión no la haga explotar” es utilizando el lenguaje asertivo. Lucía va practicando esta forma de comunicar no agresiva para poder expresar lo que quiere, siente y piensa, a fin de tener la posibilidad de hacerse entender mejor. Gracias a esta práctica que se lleva a cabo en terapia mediante la psicoeducación, está mejorando sus relaciones con los demás.

Finalmente señalar que quizás hubiesen sido necesarias más sesiones para afianzar lo conseguido en el proceso terapéutico, con un seguimiento más exhaustivo de su día a día, pero se respetó la decisión de Lucía de finalizar la terapia dejando una puerta abierta a posibles sesiones futuras de seguimiento.

8. Referencias

- Bados, A., Balaguer, G., & Coronas, M. (2005). Qué mide realmente el SCL 90 R?: Estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes [What does the SCL-90-R really measure? Factorial structure in a mixed sample of undergraduates and patients]. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 13(2), 181–196.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Carrasco Ortiz, M. A., Ciccotelli, H., Barrio, M. V. D., & Sánchez Moral, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica.
- Casullo, M. M., & Perez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis [SCL-90R Inventory].
- Derogatis, L. R., (1994). SCL-90-R. *Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. y Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23 (3), 692-713.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gresham, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and individual differences*, 52(5), 616-621.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2011). *Terapia de aceptación y compromiso: el proceso y la práctica del cambio consciente*. Guilford Press.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Hervás, G., & Moral, G. (2017). Regulación Emocional Aplicada Al Campo Clínico.
- Salas, CE, Castro, O., Radovic, D., Gross, JJ y Turnbull, O. (2018). El papel del discurso interno en la desregulación de la emoción y el uso de la estrategia de regulación de la emoción. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50 (2), 79-88.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: El papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y estrés*, 12.
- Kanter, J. W., Parker, C. & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai., M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Miguel, J. J., Casado, M., Cano, A., & Spielberger, C. D. (2001). Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2. *Madrid: TEA Ediciones*.
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Reyes, M. A. (2016). Impactos del modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 9-20.

- Reyes, M. A. (2015). *Regulación emocional en usuarios con trastornos de ansiedad generalizada. Reporte de la efectividad del modelo integrativo de regulación emocional grupal (MIRE-G)*. (Tesis de doctorado), Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México.
- Reyes, M. A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18.
- Reyes, M.A. y Tena, E. (2016) *Regulación emocional en la práctica clínica: una guía para terapeutas*. México: Manual Moderno.
- Ruiz, F. J., Herrera, A. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción-II. *Psicothema*, 25(1), 123-130.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Spielberger, C.D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2: STAXI-2*. PAR, Psychological Assessment Resources.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermudez, M. A., & Selva, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of Experiencing of Self Scale (EOSS) comparing normal and clinical samples. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 151-158.

9. Anexos

Anexo 1. Resultados de evaluación pre-tratamiento del MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 5
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 8A 2B 6A 6B 4 5 + 3 8B 7 2A 1 * // - ** - * //
 CÓDIGO DE SÍNDROME: A ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA					ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	115	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	124	72						SINCERIDAD
	Y	12	60						DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	16	65						DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	5	42						ESQUIZOIDE
	2A	7	49						EVITATIVO
	2B	14	70						DEPRESIVO
	3	10	59						DEPENDIENTE
	4	16	64						HISTRIONICO
	5	13	62						NARCISISTA
	6A	11	69						ANTISOCIAL
	6B	14	67						AGRESIVO (SÁDICO)
	7	13	54						COMPULSIVO
	8A	17	72						NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
8B	8	57						AUTODESTRUCTIVO	
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	10	61						ESQUIZOTÍPICO
	C	17	72						LÍMITE
	P	4	47						PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	15	100						ANSIEDAD
	H	3	25						SOMATOFORMO
	N	11	74						BIPOLAR
	D	7	52						DISTÍMICO
	B	7	71						DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	9	70						DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	8	62						ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
	SS	17	72						TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	CC	4	29						DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	74						TRASTORNO DELIRANTE

RESPUESTAS DESTACADAS

La paciente contestó a los siguientes ítems en el sentido indicado en el paréntesis. Estos ítems sugieren áreas problemáticas específicas que el clínico, quizá quiera investigar.

Preocupación por la Salud

- 75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso. (Verdadero)
- 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. (Verdadero)

Alienación Interpersonal

- 27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. (Verdadero)

Descontrol Emocional

- 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. (Verdadero)
- 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. (Verdadero)
- 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente. (Verdadero)
- 30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozarse cosas. (Verdadero)
- 34. Últimamente he perdido los nervios. (Verdadero)
- 83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. (Verdadero)
- 96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas. (Verdadero)
- 116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya. (Verdadero)
- 124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico. (Verdadero)
- 134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad. (Verdadero)

Potencial Autodestructivo

- 44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo. (Verdadero)

Abuso Infantil

No hay ítems a mencionar.

Trastorno de Alimentación

No hay ítems a mencionar.

Anexo 3. Resultados de evaluación post-tratamiento del MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 2
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** 4 * 5 6A 6B + 7 * 8A 8B 3 2B 1 2A // - ** - * //
 CÓDIGO DE SÍNDROME: - ** - * // - ** - * //

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA				ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	67	31	█				SINCERIDAD
	Y	16	80	████████████████████				DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	2	18	█				DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	0	0					ESQUIZOIDE
	2A	0	0					EVITATIVO
	2B	2	10	█				DEPRESIVO
	3	2	12	█				DEPENDIENTE
	4	22	83	████████████████████				HISTRIONICO
	5	13	63	██████████				NARCISISTA
	6A	6	62	██████████				ANTISOCIAL
	6B	9	61	██████████				AGRESIVO (SÁDICO)
	7	10	38	██████				COMPULSIVO
	8A	5	27	████				NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
8B	2	20	█				AUTODESTRUCTIVO	
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	4	48	██████				ESQUIZOTÍPICO
	C	4	27	████				LÍMITE
	P	2	24	████				PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	6	51	██████				ANSIEDAD
	H	1	9	█				SOMATOFORMO
	N	9	69	██████████				BIPOLAR
	D	0	0					DISTÍMICO
	B	5	66	██████████				DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	10	72	██████████				DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	1	10	█				ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
	SS	7	47	██████				TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	CC	0	0					DEPRESIÓN MAYOR
	PP	1	60	██████				TRASTORNO DELIRANTE

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL