

TRABAJO FIN DE MÁSTER Y MEMORIA DE PRÁCTICAS



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE DEPRESIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA CONTEXTUAL

DIRECTORA: DRA FLOR ZALDÍVAR BASURTO

AUTORA: ESPERANZA MORENO INDIANO

FECHA: JUNIO DE 2011

A mi padre.

ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTOS.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6-8
III. MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS.....	8-10
III. I. Trabajo como coterapeuta.....	8
III. II. Reuniones de supervisión y puesta al día de objetivos.....	9
III. III. Participación en las reuniones de equipo.....	9
III. IV. Reuniones de discusión de cuestiones terapéuticas.....	9,10
III. V. Visionado de vídeos de sesiones de terapia y cursos de formación.....	10,11
III. VI. Participación en talleres terapéuticos.....	11
III. V. II. Participación en el III Encuentro Andaluz de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos.....	11
IV. VALORACIÓN PERSONAL.....	12,13
V. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.....	14
V. I. Resumen.....	15
V. II. Introducción.....	15-23
V. II. I Tratamientos.....	18-23
Terapia Cognitiva de Beck.....	18, 19
Terapia de Conducta Clásica (Lewinsohn).....	19
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	20
Terapia de Activación Conductual.....	21
Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).....	22, 23
Intervenciones basadas en psicofármacos.....	23

V. III. Presentación del caso	24, 25
Motivo de consulta	24
Datos demográficos.....	24
Historia del problema.....	24, 25
V. IV. Evaluación: Análisis formal y funcional.....	26- 30
V. V. Procedimiento e intervención.....	30- 40
Sesiones de la una a la cuatro.....	30-33
Sesiones de la cinco a la diez.....	33-36
Sesiones de la once a la dieciséis.....	36-39
Sesiones de la diecisiete a la veinte.....	39, 40
V. VI Resultados.....	41-44
V. VII. Discusión.....	45-47
V. VIII. Bibliografía.....	48, 49

I. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer la posibilidad de la realización de este trabajo a Paqui López Ríos. Gracias por hacerme partícipe de tu quehacer terapéutico y por la confianza mostrada. Has sido mucho más que una tutora, y tú sabes porqué.

Gracias a Rocío Garriga por todo lo que me has dejado compartir como terapeuta, pero por encima de todo por tu generosidad. Has hecho todo más fácil, “se lo agradezco al universo”.

Gracias a Flor Zaldívar, por tus valoraciones y comprensión y por todas las aportaciones hechas a este trabajo. Los errores que puedan aparecer en él son todos obra de quién escribe estas líneas.

A Rafa, gracias por creer en mí y por la risa que no cesa (y que no cese).

Gracias a mi hermana por ser mi compañera en muchas batallas y el mejor regalo.

Y por último, pero más importante, gracias a mi madre, que me quiso tanto como para dejarme marchar. Y porque sin su apoyo no hubiese llegado hasta aquí.

II. INTRODUCCIÓN.

El siguiente informe tiene como objeto comunicar la participación de prácticas en el área de psicología clínica y llevadas a cabo en la Unidad de Atención Psicológica, dependiente del Vicerrectorado de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes de esta Universidad.

La Unidad está formada por la doctora Francisca López Ríos como directora, el doctor Antonio Molina Moreno como coordinador y la psicóloga Rocío Garriga Infantes como becaria. La mencionada directora de este servicio fue, asimismo, tutora profesional de prácticas.

El periodo de participación en dichas prácticas comprende desde octubre de 2010 y finalizaron de forma oficial en febrero de 2011, no obstante la participación de quién escribe estas líneas se ha prolongado más allá de este tiempo y continúa colaborando en la intervención de dos casos hasta el momento presente (mayo de 2011).

La asistencia al servicio ha tenido una frecuencia casi diaria (en horario de mañana y tarde indistintamente) y el número de horas dependía de las necesidades del momento, de modo que unos días mi jornada era de cinco horas mientras que otros únicamente de dos. El horario no estaba establecido a priori dependiendo fundamentalmente de las horas de asignación de citas y de la ocupación del resto de terapeutas.

El servicio de atención psicológica ofrece cobertura psicoterapéutica a toda la comunidad universitaria y familiares directos. El medio de contacto con dicho servicio se gestiona a través de correo electrónico y teléfono fundamentalmente.

Concretamente, entre sus funciones y competencias se encuentran:

Asistencia

Prestar asistencia psicológica a la comunidad universitaria en su totalidad (alumnado, profesorado y personal de administración y servicios) incluye:

- Asesoramiento psicológico ante las dificultades que se consulten.
- Diseñar investigaciones encaminadas a la mejora del bienestar psicológico y la prevención de posibles dificultades psicológicas.
- Ofrecer al alumnado actividades grupales específicas dirigidas a mejorar sus competencias personales y rendimiento académico

Docencia

Contribuir a la formación continuada del alumnado universitario, potenciando la realización de actividades docentes de diverso tipo como la formación de alumnos de máster y grado.

Investigación

Favorecer la investigación por medio de colaboraciones, convenios o contratos con Instituciones y Entidades públicas y privadas, abriendo nuevas vías en el terreno de lo aplicado y tendiendo puentes con la sociedad que demanda sus servicios, especialmente en el ámbito de la investigación-acción.

Relación con la sociedad

Proyectar la Psicología y la importancia del bienestar psicológico promoviendo actividades que potencien la transmisión del conocimiento propio de la universidad hacia la sociedad. En este sentido, recientemente con el objetivo de publicitar el servicio los miembros de este equipo están participando en un proyecto colaboración con la radio de la universidad con un programa titulado *Entre tú y yo* en el que se comunica públicamente la esencia de este servicio y la forma de acceder a él.

Otras Actividades

Asimismo, la unidad ofrece diversos talleres experienciales tales como el taller de la vergüenza o del enfado. Igualmente el grupo de meditación que se reúne semanalmente abierto a la comunidad de forma gratuita depende de este centro.

En los siguientes apartados se describirán cada una de las actividades realizadas durante el periodo de formación práctica para finalizar con la descripción de un estudio de caso llevado a cabo en la unidad en el que participé como coterapeuta.

III. MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS

III. I Trabajo como coterapeuta.

Mi labor en esta vertiente ha consistido en la participación, junto con cada terapeuta de la unidad, en las sesiones de terapia a lo largo del proceso de evaluación e intervención psicológica. La autora de estas líneas ha disfrutado del privilegio de poder trabajar junto a varios terapeutas planteando y dirigiendo tres casos de forma conjunta. De ellos dos aún siguen en curso mientras que el tercero por su parte está en periodo de supervisión. El estudio de caso que se presenta en este trabajo fin de máster forma parte de los primeros.

Cada sesión terapéutica tenía una duración de una hora aproximadamente con una frecuencia semanal normalmente en horario de mañana. No obstante, podía ocurrir que en una misma semana se asistiera a usuarios, de un mismo caso, en jornadas de mañana y tarde ya que se ha atendido a familiares si se ha considerado pertinente desde un punto de vista terapéutico.

III. II. Reuniones de supervisión y puesta al día de objetivos

Estas reuniones tenían lugar de forma periódica, según necesidades (normalmente de forma semanal con unas dos horas de duración), con cada uno de los terapeutas con los que compartía caso. En ellas se llevaban a cabo tareas de supervisión respecto de mi trabajo como coterapeuta junto con la puesta al día de objetivos y valoración del curso de la terapia en cuestión.

El formato de estos encuentros consistía en la puesta al día y análisis de las acciones puestas en marcha, así como la necesidad de incluir cambios, las técnicas utilizadas y la propuesta de otras nuevas para conseguir los objetivos propuestos. Suponía asimismo una supervisión y retroalimentación de mis intervenciones como terapeuta y el análisis crítico de las mismas.

III. III. Participación en las reuniones de equipo.

Los viernes por la mañana tienen lugar en la unidad las reuniones en las que el equipo que conforma este servicio se reúne tratando diversos temas, entre ellos, los relativos al funcionamiento del servicio y más específicamente el análisis de los casos que cada terapeuta tiene en curso, a modo de supervisión, apoyo y retroalimentación.

Cada terapeuta expone las cuestiones que más le preocupan de un caso concreto, el resto del equipo escucha con atención y ofrece su opinión al respecto. Es también en estos encuentros donde se decide qué terapeuta llevará un nuevo caso.

La duración de estas reuniones no estaba establecida de antemano, dependiendo de que otras circunstancias pudieran alterar el calendario, no obstante solían ser de unas tres horas aproximadamente.

III. IV. Reuniones de discusión de cuestiones terapéutica.

Estos encuentros, compartidos con un terapeuta de la unidad consistían en la discusión de diferentes temas relacionados con la psicoterapia. En ellos se planteaban

disertaciones sobre problemas o trastornos mentales y se comentaban artículos, libros y cualquier otro material previamente leído, sobre dichos trastornos y sobre los distintos enfoques terapéuticos utilizados en su tratamiento.

El objetivo de esta actividad consistía en fomentar el espíritu crítico y el conocimiento sobre las distintas formas de hacer en psicoterapia, incluyendo sus puntos comunes y diferenciales en aras a potenciar una praxis más integradora, coherente y con sentido crítico.

De nuevo en este caso el horario no estaba preestablecido, no obstante tenían una ocurrencia casi diaria y de una hora de duración.

III. V. Visionado de vídeos de sesiones de terapia y cursos o conferencias.

El visionado de vídeo se realizaba por un lado de manera individual en la observación de una sesión psicoterapéutica determinada. La tarea consistía en plantear cuestiones y dudas pertinentes al caso. El objetivo residía en observar el quehacer terapéutico, discriminando las técnicas utilizadas y el proceso que estaba teniendo lugar, entendido esto como las interacciones entre terapeuta y usuario/paciente y la ocurrencia de conductas clínicas relevantes.

Dichas tareas tenían una duración estimada de cinco horas a la semana.

Por otro lado, se realizaron visionado de vídeos de forma conjunta con los terapeutas de acciones formativas y talleres que pertenecían a la historia de la unidad, como por ejemplo un curso de supervisión para terapeutas en activo organizado en el periodo 2010. Se pretendía en este caso estar al corriente de las cuestiones que preocupan a distintos terapeutas provenientes de diferentes enfoques, es decir, preocupaciones en torno a la terapia, necesidad de autoconocimiento, etc. Se parte de la base de que para trabajar con otros es importante, si no imprescindible, el trabajo personal.

Esta actividad tenía lugar los viernes por la tarde con una duración aproximada de unas cuatro horas.

III. V. I. Participación en talleres organizados por la unidad.

Concretamente el taller que lleva por título *Si no me diera vergüenza yo...*, impartido por el doctor y coordinador de la unidad Antonio M. Molina Moreno.

En este taller dirigido a toda la comunidad universitaria, con un formato fundamentalmente práctico y experiencial, se trabaja el manejo de la vergüenza como barrera para conseguir aquello que deseamos y se proponen formas adecuadas de actuar respecto a ella. Los ejercicios de exploración de la vergüenza se trabajaron en grupo desde un enfoque centrado en valores esenciales como el respeto, la responsabilidad, la honestidad y la estima por el sí mismo y por el otro.

Este taller se realizó durante dos viernes seguidos en horario de tarde con una duración total de diez horas.

III. V. II. Asistencia al III Encuentro Andaluz de Servicios de Atención Psicológicos y Psicopedagógicos (EASAPP.)

En este encuentro se reúnen (durante una jornada completa de mañana y tarde) los servicios de atención psicológicos y psicopedagógicos de las diferentes universidades a nivel andaluz. En él se debaten cuestiones como la puesta al día del funcionamiento de las distintas unidades: el personal que lo compone, el presupuesto con el que cuentan, los servicios que ofrecen, etc.

El encuentro finalizó con una sesión formativa titulada *Posibles aplicaciones del mindfulness a los problemas atendidos por los servicios psicológicos universitarios* en la que se expusieron las distintas aplicaciones clínicas del mindfulness.

IV. VALORACIÓN PERSONAL

Cuando alguien inicia un nuevo proyecto suele hacerlo con unas determinadas expectativas. En mi caso dichas expectativas no sólo se han visto cumplidas sino que han sido superadas con creces. Esto ha sido posible gracias a la profesionalidad y el valor de los miembros del equipo que componen la unidad clínica de la universidad de Almería.

Personas que se entregan para poder cubrir un servicio del campus tan importante como lo es la asistencia psicológica. Ellos anteponen el bienestar de las personas que se ponen en sus manos por encima de cualquier interés retributivo, y si bien para los usuarios la asistencia es gratuita, lo que se ofrece a cambio es un servicio profesional y terapéutico completo de forma equivalente y con la misma entrega que si le tuvieran que cobrar los costes.

Por otro lado, desde el ámbito de quién escribe estas líneas, una psicóloga estudiante en prácticas de máster, la labor docente que realizan es inestimable. El trato hacia mi persona ha sido el que se dispensa a una compañera ya titulada, sin perjuicio de la necesidad formativa que un perfil de prácticas demanda.

Me han hecho sentir integrada a través de múltiples actos: en la consideración de mis aportaciones, en la entrada a terapia y reuniones grupales y en el uso de los recursos materiales como la utilización de despachos, ordenadores, material didáctico y de consulta, etc.

Se ha estimulado y ejercitado la autonomía profesional sin descuidar la supervisión pertinente. La relación ha sido siempre desde el respeto, la consideración y el apoyo.

Lo que más valoro y agradezco es que he crecido no solo como profesional sino también como persona (el trabajo para ser un buen terapeuta pasa por un trabajo personal), y este ha sido un importante aspecto trabajado, el del autoconocimiento.

Las reuniones del equipo los viernes eran una oportunidad para aprender de los otros y luz en las confusiones que algunas veces puede suponer la terapia.

Por otro lado, un terapeuta que te permite participar de su práctica profesional es un profesional transparente y sin complejos que se expone no sólo a tu admiración sino también a tu crítica y aún a sabiendas de esto te abre su sala de terapia como si de su cajón de los secretos se tratara. Esto, desde mi punto de vista es impagable para alguien en periodo de formación. Me siento infinitamente agradecida por ello.

En un sentido equivalente no quisiera dejar pasar la oportunidad de reconocer aquí la confianza de los usuarios asistentes a terapia que me permitieron participar en su tránsito por el camino del autoconocimiento.

En cuanto a la realización de este trabajo fin de máster, que en ocasiones ha resultado una tarea ardua que planteaba ciertas dificultades, he contado con el apoyo, la ayuda y la comprensión de la persona encargada de dirigirlo. Aspectos estos últimos que han propiciado el encarar los escollos del proceso con ánimo y confianza.

Para ir concluyendo, apuntar que si quisiera resaltar algún aspecto a mejorar en el futuro, diría que espero que las personas competentes impulsen y doten a la unidad de los recursos, materiales y personales, necesarios para convertirla en un centro de referencia. Que a los profesionales implicados les sea posible dedicarse durante una jornada más extensiva a la formación de otros profesionales, de cara a dar cabida a más estudiantes de prácticas, para ello como digo, sería necesario otro tipo de infraestructura y la posibilidad de que las personas implicadas pudieran dedicar un tiempo más amplio a estas tareas.

VI. DESCRIPCIÓN DE UN CASO TITULADO:

**Intervención psicológica en un caso de depresión desde una
perspectiva contextual**

V. I. RESUMEN

En este trabajo se presenta el análisis e intervención en un caso, aún en curso, diagnosticado de trastorno depresivo bajo una filosofía de intervención psicológica contextual de terapia de tercera generación, en concreto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Se trata de un varón de 20 años de edad con depresión e intento autolítico cuyo caso ha sido tratado desde un punto de vista funcional como un trastorno de evitación experiencial. Desde esta perspectiva se plantea que la génesis del problema debe buscarse en el contexto y se analiza el papel de la hiperreflexividad como condición necesaria para su formación. Se describen las distintas fases de intervención con (hasta la fecha) un total de veinte sesiones, finalizando con una exposición de los cambios producidos a nivel cualitativo, en el apartado de resultados y una discusión sobre la intervención planteada.

V. II. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, antes de comenzar este epígrafe se aclarará que en adelante los términos trastorno depresivo y depresión se utilizarán indistintamente, puesto que ambos conceptos se dan por válidos en la literatura especializada.

El diagnóstico de depresión constituye en la actualidad la etiqueta (Pérez, 2005) más utilizada en salud mental. Se estima que un episodio no tratado puede durar entre 6 y 24 meses, aunque esta cifra es variable. De un 80 a un 90 por ciento de las personas que lo han sufrido vuelven al nivel de funcionamiento previo. Un 10 por ciento continuará con depresión al menos durante cinco años, mientras que en un 15 por ciento el trastorno tenderá a cronificarse. La cuestión de la cronificación es dependiente del número de episodios, si se dan tres o más episodios el riesgo es aún mayor, en torno al 80 por ciento en los tres años siguientes (Gómez, 2002).

En referencia a la epidemiología, el porcentaje en población general está en el cinco por ciento y las edades comprendidas entre los 18 y los 44 años son las que más riesgo tienen de sufrirlo. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres, de hecho se da el doble en el sexo femenino (Gómez, 2002).

Desde un punto de vista formal el caso puede circunscribirse, dentro de la nosología psiquiátrica, como un trastorno depresivo con intento autolítico.

El manual diagnóstico estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV (APA, 1995) describe que el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo debe incluir la (1) presencia de un único episodio depresivo mayor, (2) dicho episodio no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no se encuentra superpuesto a un trastorno psicótico y (3) nunca se ha producido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

En cualquier caso, las características definitorias del trastorno depresivo mayor implican la presencia de un episodio depresivo mayor, sin episodios de manía, hipomanía o mixtos.

Desde una perspectiva contextual la depresión, estaría más en consonancia con las circunstancias de la vida de la persona y su forma de relacionarse con ellas que con una entidad que uno tiene dentro de sí. Y es que la persona no puede concebirse sin el contexto que la rodea, y no es que esté en interacción con él, sino que está inmerso en la existencia misma. Es decir, forma parte de este contexto y este contexto a su vez dota de entidad a la persona, dado que no somos sino es en relación con los otros. Por lo tanto es a la persona en su circunstancia lo que se ha de tener en cuenta para entender el trastorno depresivo.

Un fenómeno importante que tiene lugar en los trastornos mentales, y aún hay autores que consideran que sin él no tienen razón de ser (Pérez, 2008), es el de la

hiperreflexividad. La capacidad de reflexión es una condición humana caracterizada por pensar sobre el pasado y el futuro, importante en la toma de decisiones y en la solución de problemas. Sin embargo, cuando esta actividad se torna obsesiva y se centra en el sí mismo de manera casi constante, no permite actuar en el mundo y supone convertir el sufrimiento que conlleva el hecho de vivir en un trastorno mental (Pérez, 2008).

La hiperreflexividad, por tanto, consiste en una excesiva autoconciencia y exceso de focalización en uno mismo y se contempla como condición sin la cual no tendría lugar un trastorno psicológico, en este caso depresión.

Desde este punto de vista contextual, el planteamiento de si la depresión es o no una enfermedad no es baladí, ya que no sería tanto si la depresión es o no un *hecho* real sino la forma en que se *hace* real (González, 2007, p 16). Dicho de otro modo, es cierto que las personas que están en esta circunstancia sufren, otra cuestión es el formato con el que se presenta ese sufrimiento que en ocasiones está más en consonancia con intereses que no tienen nada que ver con la persona, sino con los beneficios que tal etiqueta pueda reportar, por ejemplo los intereses políticos y económicos producidos por la comercialización de psicofármacos.

Desde esta perspectiva contextual, la depresión podría analizarse de forma análoga con las cuatro causas de Aristóteles: material, formal, eficiente y final (Pérez, 2003). La primera de ellas hace referencia al material del que está hecho la depresión que habría que buscarlo en las relaciones interpersonales. La causa formal, es decir la forma en la que se construye la depresión estaría en los modelos clínicos, fundamentalmente en los sistemas diagnósticos vigentes. La causa eficiente, quien la hace, se buscaría en la psicologización de las personas mantenidas en un caldo de cultivo médico-psiquiátrico propicio. Por último, la causa final es el sentido que la depresión tiene para la persona, es decir las funciones adaptativas de un problema vital.

El caso que aquí se presenta ha sido tratado desde este punto de vista contextual y circunstancial. Se ha intervenido con la persona dejando a un lado cualquier etiqueta diagnóstica. Es más el término depresión no ha sido utilizado por los terapeutas en ningún momento ni como explicativo/causal de lo que al individuo le ocurre ni en ningún otro sentido. Durante las sesiones se ha tratado lo que preocupa a la persona y cómo puede actuar en su vida para vivirla del modo más pleno posible.

V. II. I. Tratamientos

- **Terapia cognitiva de Beck (Beck, 1983):** Esta terapia tiene la característica de estar planteada específicamente para la depresión. Ha llegado a convertirse en una terapia de referencia en estudios de meta-análisis en contraposición con cualquier otra que pretenda demostrar su eficacia. (Pérez, 2005).

La terapia se compone de una teoría, una batería de evaluación dirigida al diagnóstico y un protocolo terapéutico.

La primera de ellas está articulada sobre tres pilares básicos: la triada cognitiva, que consiste en un pensamiento pesimista en torno al sí mismo, el mundo y el futuro. Dicha triada es la causante del resto de los síntomas de la depresión. El segundo pilar hace referencia a estructuras y esquemas cognitivos que ofrecen como resultado una forma depresógena de ver la realidad. El tercer punto es la activación de dichos esquemas.

En cuanto a la terapia se trata de un procedimiento con un alto nivel de estructuración y una filosofía de psicoeducación que pretende enseñar al cliente qué ocasiona su trastorno y la forma eficaz de enfrentarse a él. Para ello se identifican los pensamientos automáticos distorsionados y se enseña a modificarlos mediante reestructuración cognitiva.

Llevar una agenda con el curso de las sesiones, autorregistros diarios y asignación de tareas para casa forman parte de sus técnicas terapéuticas.

La terapia cognitiva para la depresión tiene en su haber múltiples estudios que demuestran su eficacia. La descripción de ellos sobrepasa los límites de este trabajo por lo que se remite al lector a obras especializadas en el tema (Pérez, 2005) que pueden encontrar en el apartado dedicado a bibliografía.

- **Terapia de Conducta Clásica (Lewinsohn):**

Lewinsohn describe la depresión como la ocurrencia de una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la conducta y/o una alta de consecuencias aversivas. De este modo, la persona deja de comportarse en los términos en los que lo hacía, disminuyendo su actividad.

Desde este punto de vista las acciones de la persona terminan siendo castigadas entrando en un proceso continuado de disforia. Por lo tanto la intervención irá encaminada a aumentar el número de actividades positivas con garantías de reforzamiento positivo. En este sentido se contemplan dos áreas de intervención: (1) Programa de actividades agradables y (2) Entrenamiento en habilidades sociales. El primero de ellos consiste en un programa estructurado dividido en 12 sesiones. El objetivo es aumentar el número y la calidad de las interacciones positivas utilizando como técnicas el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones; la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo (Pérez, 2005).

- **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999):**

Desde la manera de entender los trastornos de esta terapia, la depresión sería una forma más de trastorno de evitación experiencial que si bien en su topografía se diferencia de otras entidades nosológicas psiquiátricas en su función son equivalentes. Es decir a la base de estos problemas estaría una evitación en el contacto con los eventos privados que se valoran como desagradables, por lo que la persona se involucra en comportamientos evitativos que al mismo tiempo le aleja de aquello que más le importa (su familia, trabajo, amigos, ocio) llamados valores por esta terapia.

La aceptación aquí, tiene que ver con asumir lo que no puede cambiarse, la historia del individuo, los recuerdos, ciertos pensamientos y emociones, en aras a comprometerte con la vida, con lo que importa al cliente, sus valores.

La fundamentación y experimentación en la que se basa la terapia está vinculada a la teoría del marco relacional. Esta teoría se fundamenta en el análisis funcional del lenguaje y la cognición (Luciano, 2006).

Act, el acrónimo con el que se conoce a la terapia y que se nombra como una sola palabra, consta de diferentes componentes: (1) desesperanza creativa (2) clarificación de valores (3) desactivación de funciones, (4) exposición y (5) fortalecimiento que se utilizan a lo largo de todo el proceso terapéutico, exceptuando la desesperanza que por la propia lógica se remite a las primeras sesiones del tratamiento, aunque volverá a retomarse en distintos momentos del tratamiento.

- **Terapia de Activación Conductual (Jacobson, 1996):**

En esta terapia, el elemento fundamental es precisamente, tal y como su nombre indica, la activación conductual. Es decir activar a la persona para que actúe en su vida en acontecimientos que le reporten beneficios y susceptibles de reforzamiento natural.

Se trata de una terapia de reciente aparición que se enmarca dentro de la tradición de la terapia de conducta clásica y del análisis aplicado del comportamiento. Como elemento básico utiliza el análisis funcional que el trastorno depresivo adquiere en la vida de la persona, ya que está en la filosofía de esta terapia que dicho trastorno no puede explicarse si no es en relación con la vida de la persona: sus miedos, frustraciones, fracasos repetidos, falta de recursos para enfrentarse a ellos, etc.

El terapeuta enseña a la persona a centrarse en la función que las emociones y pensamientos tienen sobre su conducta y no en el contenido. Para ello trabaja directamente en sesión, prestando atención a las interacciones entre él mismo y el cliente, como otro contexto social más en el que aparecen los comportamientos problema.

Podemos diferenciar cuatro etapas en esta terapia (Valero, 2009):

- Establecimiento de la relación terapéutica y explicación de la terapia.
- Monitorización de las relaciones entre comportamientos y emociones.
- Aplicación de nuevas formas de tratar los problemas.
- Revisión y prevención de recaídas.

- **Psicoterapia Analítica Funcional FAP (Kohlenberg y Tsai, 2007):**

La psicoterapia analítica funcional, en adelante FAP según sus siglas en inglés, forma parte de lo que Steven Hayes llamó psicoterapias de tercera generación (Hayes, 2004) junto a terapias como ACT, que se ha descrito anteriormente, y la terapia dialéctica conductual, entre otras.

Se basa en los principios del conductismo radical y del análisis de conducta (Ferro, 2007).

En FAP cobra especial relevancia la conducta del cliente en sesión como parte de las conductas a analizar e intervenir. Se toma el contexto terapéutico como un contexto social más en que las interacciones dadas son funcionalmente equivalentes a otras conductas ocurridas en el entorno del cliente.

Dichas conductas se categorizan como conductas clínicamente relevantes y son de tres tipos CCR1, CCR2 y CCR3. Las primeras de ellas hacen referencia conductas problemas que el cliente manifiesta en sesión. Las segundas consisten en conductas apropiadas y deseables, mientras que las terceras son interpretaciones del cliente sobre su propio comportamiento. Al comienzo de la terapia las CCR1 tendrán una ocurrencia alta y la tarea del terapeuta estará en disminuir su aparición, interviniendo para aumentar las CCR2 y las CCR3 que al principio tendrán una aparición mínima.

El psicólogo FAP hará uso del moldeamiento y el reforzamiento natural contingente a conductas deseables y puestas en prácticas tras realizar un análisis funcional del comportamiento del cliente.

Esta terapia ha sido utilizada tanto de forma independiente como integrada con otras terapias como la cognitiva para la depresión obteniendo buenos resultados (Ferro, 2007)

- **Intervenciones basadas en psicofármacos:**

La medicación es en la actualidad el tratamiento más utilizado para la depresión (Pérez, 2007). Siguiendo a este autor, datos del ministerio de sanidad establecen que el consumo de antidepresivos aumentó de 7.285.182 de envases vendidos a cargo de la Seguridad Social en 1994 a 21.238.558 en 2003.

Los fármacos más utilizados para el trastorno depresivo consisten en antidepresivos tricíclicos y sobre todo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Sin perjuicio de ser prescritos junto a otro tipo de psicofármacos como los ansiolíticos.

A la base de la utilización de los psicofármacos en depresión está la creencia de un desequilibrio químico que explicaría los síntomas depresivos. El neurotransmisor candidato es la serotonina, concretamente unos niveles de serotonina bajos serían la causa del estado de ánimo disfórico.

No obstante que la causa de la depresión tenga un origen biológico es una cuestión controvertida y aún no demostrada (González, 2007)

V. III. PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Javier (en adelante J.) es estudiante universitario y solicita atención en la unidad con un diagnóstico formal de depresión e intento autolítico por parte del servicio de psiquiatría de la zona. En el momento de su demanda está bajo medicación farmacológica de antidepresivos (sertralina 100 mg en dosis de 1-0-0) y ansiolíticos (lormetazepam si padece insomnio).

Datos demográficos

J. tiene 20 años de edad, procede de una familia de clase media de otra ciudad en la que convive con sus padres y una hermana tres años mayor que él. Durante el curso académico comparte piso con otros dos compañeros.

Historia del problema

En marzo de 2009 al comenzar las prácticas comienza a sentir apatía por la vida. Le resulta un arduo trabajo levantarse por las mañanas y se cuestiona el sentido de su existencia. Posteriormente llegan los exámenes que supera con buenos resultados y siente alegría ante la vuelta a casa por las vacaciones de verano. Sin embargo, a mediados de julio se inicia un declive en su estado de ánimo, no sale con los amigos y vuelve a resultar muy difícil levantarse por las mañanas. A finales de agosto ingiere veinte pastillas antidepresivas con la intención de suicidarse. No obstante, esto no es óbice para no estudiar y en septiembre aprueba las asignaturas que tenía pendientes.

J. acude a terapia con el objetivo de conocer las razones de lo que le ocurre. Para él conocer los motivos es “clave” para seguir adelante. Le da mucha importancia a la intelectualidad y tiende a racionalizar sus emociones. Una de las primeras “razones” que esboza como explicación de su situación actual es la relación con su madre, a la que responsabiliza de su sufrimiento. Refiere, por ejemplo, que le hace comentarios sobre el

coste de su manutención que le hace sentir culpable, describiéndola como una persona autoritaria que sistemáticamente se empeña en llevar la razón. Suele también responsabilizar a los otros de los sinsabores de su propia vida. Estas cuestiones, según refiere, le hacen distanciarse emocionalmente de ella provocándole sentimientos de rencor.

De su familia, únicamente se siente unido a su padre, al que admira. La relación con su hermana se caracteriza por fricciones y desencuentros, de forma equivalente a lo que le ocurre con su madre.

Comenta no sentirse cómodo en las discusiones que se dan en su casa, sin sentido para él. Cuando tienen ocurrencia este tipo de incidentes él se conduce retirándose a otra habitación o aislándose “mentalmente”. Este tipo de abstracción, como se verá más adelante, es habitual en él en múltiples situaciones (con amigos, en clase y en las sesiones de terapia, entre otras).

En los contextos sociales, como se ha descrito, suele replegarse sobre sí mismo y tiende a no implicarse en las situaciones, analizándolas y escudriñándolas desde lo intelectual en lugar de vivenciarlas. Esto cuando participa, en otras ocasiones elige quedarse en casa y no salir con los amigos, o prefiriendo una actividad en solitario como ir al cine (en el que también suele abstraerse y no implicarse en la película).

Tiende a enjuiciar a las personas de forma sistemática y procura no vincularse emocionalmente a ellas. Ejemplo de ello es el no haber tenido nunca una relación íntima con una chica.

V. IV. EVALUACIÓN: ANÁLISIS FORMAL Y FUNCIONAL

Durante la primera sesión, tras la entrevista inicial se le aplicaron las pruebas estandarizadas Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-III) de Millon (Millon, 2007) y el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1961).

Los resultados no muestran puntuaciones patológicas en ninguno de los dos instrumentos. No obstante, en cuanto al primero de ellos podemos resaltar lo siguiente: una puntuación de 80 en trastorno de ansiedad y otra de 75 en depresión mayor, ambas referentes al Eje I. Dichas puntuaciones según el manual han de ser tenidas en cuenta de cara a la intervención. Por otro lado una puntuación de 70 en trastorno paranoide si bien no establece un trastorno de personalidad (Eje II) si nos muestra un estilo de comportamiento.

El BDI por su parte muestra una puntuación de 17 coincidente con el parámetro de depresión leve.

Tal y como se ha apuntado más arriba, ninguno de los dos instrumentos muestra puntuaciones explicativas de trastorno psiquiátrico, no obstante, han de ser observadas así como el informe de salud mental (emitido en octubre de 2010) en disposición de la unidad y en el que aparece el mencionado diagnóstico formal con un juicio clínico de episodio depresivo moderado-grave, junto con la recomendación de recibir asistencia psicológica.

Las entrevistas llevadas a cabo durante las primeras cuatro sesiones se tomaron a modo de evaluación: riesgo de suicidio, estado de ánimo, nivel de actividad, de implicación en la vida, etc.

Con esta recogida de información podemos asegurar la existencia de un episodio depresivo mayor tal y como establece el DSM para su diagnóstico diferencial. Dicho episodio depresivo está determinado por estar presentes al menos cinco de los

siguientes síntomas al menos durante dos semanas, siendo obligada la presencia de 1 y 2: (1) estado de ánimo depresivo, (2) disminución del placer o interés en cualquier actividad (3) aumento o disminución de peso/apetito; (4) insomnio o hipersomnio, (5) agitación o enlentecimiento motor, (6) fatiga o pérdida de energía; (7) sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, (8) problemas de concentración o toma de decisiones; (9) ideas recurrentes de muerte o suicidio, (APA, 1995).

Este manual establece asimismo otros criterios descritos en el apartado de introducción.

En este caso tenían ocurrencia todos los síntomas establecidos, por lo tanto el diagnóstico es el de trastorno depresivo mayor con intento autolítico, no debido a enfermedad médica ni a otro trastorno o a consumo de fármacos.

Desde un análisis funcional simple se hipotetiza que los síntomas descritos juegan un papel de evitación mantenido por contingencias de reforzamiento negativo. No obstante, desde un análisis más radical se describe el caso como un trastorno de evitación experiencial (T.E.E) (Wilson, 2002), entendido como un patrón vital disfuncional en el que la evitación se presenta como una clase funcional que refuerza respuestas de distintas topografías.

Han de contemplarse diversos aspectos para poder realizar un análisis completo de las funciones que los comportamientos de J. cumple y la cadena de ellos en la que cada eslabón refuerza el anterior manteniéndose así un estilo de vida disfuncional que perpetúa su estado y le aleja de estar abierto a la existencia.

Cuando esta persona decide irse a la cama, no levantarse o dormir todo el día, previamente se ha sentido cansado, aburrido, desasosegado, e inmediatamente ha comenzado a cuestionarse estas sensaciones, a analizarlas y buscarle una explicación para poder cambiarlas. Es importante para J. este último aspecto, saber **porqué le**

ocurre para que deje de ocurrirle, si se permite la redundancia. Sin embargo tal análisis no le trae la respuesta deseada y todas las sensaciones las experimenta cada vez más acentuadas. Además sabe que tiene tareas en las que ocuparse: estudiar, preparar trabajos, etc. No obstante, se encuentra demasiado centrado en sí mismo para poder realizar alguna actividad. Se siente muy cansado y es entonces cuando decide acostarse. Si consigue dormir ya no tendrá que ocuparse de nada más por el momento, ni de sus análisis introspectivos ni de hacer sus tareas, hasta la mañana siguiente en la que él mismo afirma tener que hacer un esfuerzo *titánico* para levantarse.

De este modo asistirá a clase luchando con los mismos eventos privados. Necesita hacer un esfuerzo por atender, pero todo le parece tedioso, así que vuelve a centrarse en él mismo y se “desconecta” de lo que allí está ocurriendo, su cuerpo está allí pero no su atención. Este tipo de comportamiento en el que se abstrae de la situación presente, sin vivir en el aquí y ahora, lo pone en práctica en situaciones topográficamente distintas, por ejemplo en clase, en la cafetería, con los amigos, de fiesta, en la consulta con los terapeutas, etc., pero funcionalmente equivalentes. Circunstancias en las que le supone un esfuerzo estar. En este sentido deja que los demás lleven el peso de la situación y “tiren” de él.

Pongamos por caso que sale de fiesta con los amigos con ese estado de ánimo disfórico “sabiendo” que no va a divertirse. En esa situación escruta e “hiperanaliza” a las personas que le rodean y todo lo que está ocurriendo, dejando de estar nuevamente en esa situación, abstrayéndose y no vivenciándola. El resultado es una especie de profecía autocumplida, termina aburriéndose y concluyendo que la salida no ha merecido la pena. Si en otra ocasión le proponen algo, no aceptará porque ya “sabe” como vivió la última noche. Algo parecido le ocurre en su relación con las chicas, analiza, escruta y critica, se aleja si le atrae, corporal y mentalmente. Su postura es de

rigidez, tensión y distancia, al igual que durante la terapia. En la que es la terapeuta quien dirige el curso de la sesión, mientras él se deja llevar.

En relación a su casa familiar, si existe algún conflicto o el comienzo de una discusión, se aleja de ella, evitando así enfrentarse a la situación y a las personas implicadas.

En fin, así las cosas se ha de decir que J. está en una situación determinada, comienza a sentirse mal y a pensar sobre este sentimiento quedándose *fusionado* a él. Este pensamiento queda reforzado negativamente de forma que le ha evitado tener que estar en la situación, enfrentarse a ella. De todas formas si bien esto le alivia, el análisis es tan importante que la situación se le hace cada vez menos soportable por lo que decide irse a dormir, otro eslabón en la cadena que cumple una función de reforzamiento negativo al evitar realizar sus tareas.

Yendo a cuestiones de raíz de más calado existencial concurre, en este caso, una dificultad para lidiar con la cotidianidad de la vida, y una gran falta de sentido vital, lo que Viktor Frankl denominó neurosis noógena, aquella neurosis debida a la falta de sentido vital (Noblejas, 1994).

Dicha falta de sentido está presente en J. desde mucho antes del episodio depresivo, formando parte de su forma de “estar en el mundo”. Junto a esta falta de sentido se unen dificultades en la responsabilidad. Es decir, en hacerse cargo de su existencia y actuar de acuerdo a que únicamente él puede promover un cambio y un compromiso con la vida. Será de este modo en el que dicha vida sea valiosa y llena de sentido, ya que como muy acertadamente expresó el poeta, el camino se hace al andar.

Una vez llegados a este punto se establecieron los objetivos de intervención que en coherencia con lo que se ha venido diciendo hasta ahora no estaban basados en la

reducción de la sintomatología clínica *per se*. Entendiéndose esta como la reducción del malestar emocional sino en los logros conseguidos en su proyecto y valores vitales.

En este sentido se fijaron como finalidades en esta intervención:

- a) Prevenir un nuevo intento autolítico.
- b) Romper y/o debilitar y desenredar el proceso hiperreflexivo.
- c) Aumentar el nivel de actividad de forma que esté más comprometido con la vida.

V. V. PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN

Hasta el momento en el que se escriben estas líneas se llevan realizadas un total de veinte sesiones a lo largo de un periodo de 8 meses (desde octubre hasta mayo).

A continuación se describe de forma sucinta la intervención general del caso. La agrupación de las sesiones tiene más que ver con un sentido expositivo que con la diferenciación de tareas llevadas a cabo durante el curso de la terapia.

Sesiones de la 1 a la 4: Establecer la relación terapéutica, evaluar y prevenir un nuevo intento autolítico

Estas sesiones se centraron fundamentalmente en tres ejes: establecer la relación terapéutica, evaluar el caso y prevenir un nuevo intento autolítico.

Establecer una relación terapéutica adecuada es fundamental para el desarrollo de la intervención. El paciente necesita confiar en el terapeuta y éste debe saber granjearse esa confianza. Para ello es pertinente que la persona acuda a una segunda cita, y después a una tercera y así sucesivamente hasta la finalización del tratamiento. La relación debe estar basada en la empatía, el respeto y como se ha mencionado más arriba, la confianza. Si la validación de la experiencia privada del cliente debe estar presente a lo largo de todo el tratamiento, en las primeras sesiones es crucial.

Esto último, así expresado, resulta una obviedad, sin embargo, si se tiene en cuenta la actitud de la persona en este caso se puede hacer una idea de hasta que punto era susceptible de abandonar la terapia. Su posición corporal era de rigidez y su expresión de apatía. Se puede decir que “se dejaba llevar” por lo que el terapeuta planteaba, no implicándose en la terapia. Si durante las primeras sesiones esta desvinculación, podía parecer impresiones de las terapeutas en una posterior (que se describirá más adelante) fue admitida por el propio J.

Al finalizar la primera sesión, tras una entrevista inicial, se le administraron el MCMI de Millon y el BDI, cuyas puntuaciones ya han sido descritas en otro apartado.

La prevención de un nuevo episodio autolítico por ingesta de pastillas se puso en marcha, por un lado, retirando la tarjeta sanitaria por la cual podía acceder a una cantidad superior de psicofármacos a través de la receta electrónica, y por otro, ofreciéndose la terapeuta, mediante el correo electrónico y el teléfono personal, a atender cualquier crisis que pudiera sufrir entre sesiones.

Se evalúan los cambios aparecidos en su vida cuando comenzó con las prácticas, los que precedieron al episodio depresivo mayor y el posterior intento autolítico. Refiere que por las noches deseaba que algo le ocurriera y no despertara con vida por la mañana *“pensaba que me diera algo por las noches y no volver a levantarme por la mañana, en ese momento, le echaba la culpa a los estudios”*. Cuando la terapeuta le dice: *“de alguna manera, levantarte no tenía sentido”* él responde *“no, me costaba limpiar, ordenar”* la terapeuta continúa *“¿notaste algo más, dejaste de contactar con tus amigos?”* *“sí, eso fue bastante drástico...incluso me tocaba al timbre un compañero y algunos días no le abría”*.

Se evalúa también el estado físico de la persona. Nos relata que en verano perdió diez kilos debido a que cuando comenzó a sentirse bajo de ánimo, comía muy poco. Actualmente está recuperando el peso, come mejor y toma un complemento alimenticio. Se comienza a trabajar la aceptación de los eventos privados que la persona valora como desagradables y romper el entramado psicológico en el que está envuelto. Por ejemplo, la búsqueda de razones a lo que le ocurre y el excesivo análisis de lo que piensa y siente, aspectos que le aíslan de los demás, de las situaciones y de valores que son importantes para él. La terapeuta comenta *“puede que a veces buscar la solución genere más problemas”*.

Se utiliza para este fin contactar con los eventos privados sin hacer nada por cambiarlos, únicamente sentirlos, sin evaluarlos o analizarlos. Se le pregunta qué es lo que está sintiendo y dónde lo siente. A continuación se le instruye para que se permita sentirlo, sin evaluarlo ni hacer nada por cambiarlo, tan sólo notarlo, contactar con ello. Se hace un ejercicio a modo de silla vacía con la tristeza. El procedimiento es como sigue: uno de los terapeutas interpreta el papel de la tristeza de J. con el objetivo de hacerle “darse cuenta” de la cabida que la tristeza tiene en su vida y cómo el no querer tenerla no hace sino acentuarla.

Ya en estas primeras sesiones se rastrean valores “hacer lo que haya que hacer aún con los eventos privados”. Los valores del usuario, en este caso, están eclipsados por la excesiva fusión con el estado emocional y con sus circunstancias. Por lo que se hace necesario utilizar esclarecimiento de valores y defusión cognitiva.

Se trabaja que el problema es el control, concretamente el intento de control de los eventos privados, con una adaptación de la metáfora de las arenas movedizas (Wilson, 2002). En este caso se trata de una piscina llena de agua con el fondo muy sucio y la lucha por limpiarla, a base de remover el agua, no hace más que enturbiarla.

Durante estas sesiones J. comienza a entregar informes escritos sobre su estado de ánimo y lo que le ocurre en la vida. Esto fue así de *motu proprio* y han resultado ser una fuente de información valiosa y un “termómetro” de su evolución a lo largo de la terapia.

Sesiones de la 5 a la 10: Continuar debilitando la defusión cognitiva, el control como problema y la desliteralización del lenguaje. Establecer diferencias entre el yo como contenido y el yo como contexto.

Durante estas sesiones se continúa trabajando la prevención de un nuevo intento autolítico. Se establece contacto con la familia a través de correo electrónico y se continúa afianzando la relación terapéutica, aspecto que resulta complicado debido a la poca implicación de J. en las sesiones terapéuticas de modo que como terapeuta se tenía la sensación de tener claro el caso, pero que la persona “se nos escurría”.

La defusión cognitiva y el contacto con las emociones siguen teniendo un papel de relevancia durante estas sesiones ya que se consideran ejes necesarios sobre los que se vertebran las conductas problemáticas, según se extrae del análisis funcional.

Se pone en práctica el moldeamiento verbal con el objetivo de que J. comience a discriminar su propio comportamiento y lo que consigue, a corto y a largo plazo. Por ejemplo cómo se relaciona con el enfado, que a corto plazo le evita enfrentarse a situaciones pero a la larga le aleja de valores. Esta evitación se trabaja con una variación de la metáfora de alimentar al tigre (Wilson, 2002). En este caso se utiliza una historia de dos vecinos cada uno con una parcela en el que poco a poco uno de ellos está acaparando parte del terreno del otro, y al no encontrar oposición o protesta al día siguiente ocupa un poco más ¿qué ocurrirá si el vecino afectado sigue callando esta situación? Mediante esta metáfora se pretende que J. contacte con lo perjudicial que puede ser a largo plazo no expresar lo que siente para evitar enfrentarse a las

situaciones. Por otro lado se le hace responsable de su propio comportamiento, es decir como el responda ante estas situaciones le harán anclarse en ellas o por el contrario seguir avanzando.

En relación a la defusión cognitiva J. refiere que muchas veces tiene un pensamiento y se queda “enganchado a él”, intentando cambiarlo. *“pienso en lo tedioso de vivir y entonces me gustaría estar como todo el mundo...estar tranquilo, alegre...”* se le pregunta si ha conseguido eso que pretendía con el objetivo de trabajar la desesperanza creativa. Se hace una metáfora con el pensamiento como si fuese un columpio, en el que se sube, quedándose a su merced. Por el contrario, si decidiese no subirse al columpio (el pensamiento) este iría y vendría sin que se ser arrastrado *“es un pensamiento que sucede en ti pero que no eres tú”*. Otro ejercicio consistió en sustituir la verbalización “yo pienso en lo tedioso de vivir” por “tengo un pensamiento sobre lo tedioso de vivir”. Se utiliza también la metáfora del tablero de ajedrez, (Wilson, 2002) de cara a que J. sea capaz de discriminar que él no es los pensamientos valorados como buenos o malos, sino el *tablero* en el que tales pensamientos tienen lugar.

Se realiza también durante estas sesiones un ejercicio de desliteralización con la palabra fracaso. Este ejercicio consiste en repetir innumerables veces la palabra en cuestión hasta que el sonido se vuelve monótono y pierde la función que se le había transferido. Se utiliza esta palabra porque está cargada de funciones negativas para él, que muchas veces se repite que fracasará o que es un fracaso.

Se continúa trabajando la discriminación de su propio comportamiento. Por ejemplo las situaciones en las que se abstrae y que condiciones hace más probable que algo así le ocurra. En este sentido se trabaja esta CCR1 directamente en sesión cuando la terapeuta le dice *“en estos momentos te aturdes y te vas, ¿no es cierto?”*. Ante la

respuesta afirmativa se le dice “*quédate en contacto y podremos seguir trabajando*”. De este modo se pretende “reenganchar” su atención hacia la terapia.

Otro ejercicio que se llevó a cabo fue hacer un role-playing en la que la terapeuta hacía el papel de su hermana. Era necesario hacer esto aquí para estrechar la relación de ambos, ya que refería que su relación con ella estaba llena de fricciones y desencuentros.

Se pretendía que J. comenzara a comprenderla y a entender cómo su forma de relacionarse con ella condicionaba a su vez su comportamiento en sus interacciones con él.

Otro importante aspecto trabajado es como su forma de interaccionar con los demás supone una barrera para establecer relaciones auténticas y de confianza. En este sentido se utiliza el moldeamiento verbal describiendo de qué modo si las demás personas se sienten juzgadas y escudriñadas tenderán a alejarse y a evitar su compañía.

Es importante resaltar la sesión número diez ya que marca un punto de inflexión en la terapia y en cierta forma en el curso de la misma. Después de tener una crisis importante en la que estando en clase refirió salir dos veces al baño para llorar hasta que decidió irse a casa y tomar pastillas para dormir el resto del día, se adelanta la siguiente cita y se vuelve a ver a J. tan solo dos días después del anterior encuentro. Ya en el despacho, se intenta dilucidar lo que está ocurriendo, pero él no responde, su actitud es de apatía y pasividad. En este momento la terapeuta le transmite que la terapia no está funcionando y que él no está implicado en ella. “*Hay algo que no está resultando...porque o vamos de la mano o la cosa no va bien...he pensado que te estaba pasando aquí lo que te pasa con tus padres, con otra gente, que te estabas inhibiendo*”.

En estos momentos él contesta que no se siente comprometido con la terapia, que de hecho piensa que no servirá de nada, que únicamente asiste porque los demás le dicen que es bueno. Y reconoce que no estar en la terapia supone “*rendirme, no afrontar esto*”.

Esta sesión resulta particularmente dura y difícil, J. dice no estar comprometido con nada en este momento y a las preguntas que se le formulan responde con silencios o con frases lacónicas del tipo “no sé”.

Se le dice que a veces la terapia tiene que doler para que se produzcan cambios, y que esta crisis puede brindar una oportunidad para crecer.

Sesiones de la 11 a la 16: Fomentar la activación conductual, debilitar barreras, extinguir CCRI y promover y reforzar CCR2.

Se pretende activar conductualmente a la persona expresando la idea de que a veces tenemos que hacer las cosas sin ganas, y que las ganas vendrán con la actividad. Para ello se ponen ejemplos de su propia vida, de cómo en los últimos días se ha implicado en actividades sin querer hacerlo y se le refuerza de manera natural por haberse conducido de esta forma.

En el transcurso de estas sesiones tiene lugar un hecho doloroso en su vida como es la muerte de un familiar muy cercano. Se aprovecha esta circunstancia para trabajar el dolor ocasionado por la pérdida y diferenciarlo del sufrimiento que se “enquista” precisamente por no querer tenerlo. El primero de ellos se concibe como un dolor por el que hay que pasar, de alguna forma es un dolor limpio, en respuesta al duelo por una persona a la que se quiere. Se le insta a que exprese sus emociones y una vez más que contacte con ellas sin hacer nada por cambiarlas. “*Podemos ponerle un nombre a ese dolor si quieres, podemos llamarle por el nombre de la persona que has perdido*”. De

esta manera se pretende que el dolor se naturalice y no lo evite, de cara a vivir el duelo de una forma sana.

Un hecho terapéutico importante es que aunque previamente pensó en no asistir al funeral para evitar el dolor, al final decidió acudir.

Aprovechando una visita a su casa familiar se pretende dilucidar cómo están las relaciones con su familia. Cuando él responde que “*un poco abstraído*” se trabaja este aspecto para que discrimine la función que tiene para él, lo que consigue a corto plazo (“no pasarlo mal”) y lo que pierde a largo (“pasarlo mal”), según sus propias afirmaciones.

Cuando refiere la preocupación por el comienzo de las prácticas se valida este sentimiento y se le transmite la idea de que los procesos se atraviesan si uno no se queda “enganchado” a ellos. Se establecen diferencias entre estar ocupado en algo y estar preocupado, esto último implica no estar en lo que uno debe. También se le dirige su atención psicológica hacia el momento actual, expresando que valorar el futuro con el ánimo del presente no es un medidor muy fiable, ya que cada día traerá sus propias tribulaciones.

Por otro lado se trabaja que el estado de ánimo no debe ser una barrera para actuar en la dirección que es importante para uno. Para ilustrar este aspecto la terapeuta comienza a caminar por la sala con un bulto delante que le impide avanzar. A continuación coloca dicho bulto (barrera) a su lado mientras andaba por la sala “*si lo tengo delante no me deja seguir progresando, sin embargo si puedo si ese bulto me acompaña sin funcionar como barrera*”.

Ante una crisis de ansiedad que refirió preguntando la razón de la misma, la terapeuta responde “desinteresada” “*no lo sé, no lo vamos a saber*” dicha respuesta supone un acto de extinción a esta CCR1, al no enrolarse en posibles explicaciones.

A partir de la sesión 14 se tratan cuestiones de avance importante, como el hecho de seguir vinculado a sus prácticas, ayudar a un familiar por el duelo que está viviendo y participar más en aspectos relacionados con la familia. En definitiva se trabajan valores y se refuerzan los pasos dados. Implicarse emocionalmente para J. es importante de cara a su recuperación dado que era una de sus conductas problemáticas o forma de estar en el mundo. Y lo es por varios motivos (miedo al rechazo, a la intimidad, etc.) pero fundamentalmente es importante este vínculo emocional porque “rompe” con el proceso hiperreflexivo en el que está inmerso, de tal forma que si está orientado *hacia fuera* (el mundo), no puede estarlo *hacia dentro* (el sí mismo). Estas interacciones con un miembro de su familia le hacen sentirse útil, necesitado, vulnerable y ofrece a los demás una parte de él mismo, positiva, que normalmente oculta. Al mismo tiempo en los demás deja una puerta abierta y establece una cercanía que le harán buscar más su compañía, aspecto que favorece asimismo debilitar el miedo a la intimidad y al rechazo, lo que favorece el no estar inmerso en sí mismo, pero de forma funcional no únicamente estando presente. Recordemos que esta persona tiene una gran facilidad para abstraerse y *estar no estando*, no participando.

Es necesario, en este epígrafe, resaltar de manera particular la sesión 16, dado que fue una cita que se adelantó al producirse una crisis y pedir ayuda terapéutica de manera urgente.

En primer lugar se le refuerza por haber pedido ayuda en vez de irse a su casa a dormir o tomar cualquier otra decisión perjudicial. Esta llamada de ayuda se considera una CCR2 y como tal se trató.

Comenta que estando en las prácticas se sintió tan mal que se retiró a los vestuarios a llorar. Cuando se dilucida que detrás de esta crisis está la fusión con pensamientos como el miedo a fracasar, a no ser capaz de llevar las prácticas de forma

impecable y la exigencia de que o se hace perfecto o no se hace, se utiliza una analogía con un jugador de tenis al que admira situándole de cara a la idea de que en ocasiones tal tenista no ofrece el mejor juego, pero eso no es óbice para no salir a la pista a darlo todo, dentro de lo que le permiten las circunstancias.

Sesiones de la 17 a la 20: Reforzar el aumento de la actividad, trabajar la responsabilidad y las barreras que le impiden mantener una relación íntima.

En el transcurso de estas sesiones se dan cambios importantes con el aumento de actividades gratificantes y de implicación emocional con los demás. A este respecto, se menciona la invitación a unos amigos para pasar con él unos días en su ciudad natal. Refiriendo la experiencia como muy gratificante con la consiguiente contingencia de reforzamiento por parte de la terapeuta.

Otro aspecto de interacción social y de contacto ha sido conocer a una chica que le gusta y el comienzo de una relación íntima con ella.

Se trabaja, a este respecto, las barreras que dificultan establecer una relación plena como son la postura física y psicológica que muestra durante sus encuentros. En este sentido se realiza un ejercicio de role-playing en el que la terapeuta toma el rol de la chica, de cara a que J. discrimine su propio comportamiento y el efecto que puede provocar en ella.

Se utiliza el moldeamiento de forma constante en estas sesiones con intervenciones del terapeuta del tipo: *“la gente se expone sutilmente por el miedo al rechazo, pero se expone...así que tendrás que exponerte”* o *“tú eres una buena persona para que hable contigo (en relación al familiar en duelo) porque tú tienes experiencia de dolor y lo has trabajado, tienes esa sensibilidad”*

Es durante estas sesiones en las que a la pregunta inicial del terapeuta ¿qué quieres que trabajemos? Comienza a responder con cuestiones que le preocupan. Esto

supone una CCR2, avance funcional importante si recordamos que en sesiones anteriores se quedaba en silencio y a los minutos contestaba *“me da igual”*, entonces esperaba a que el terapeuta tomara la iniciativa (tal y como ocurría en sus relaciones sociales, conducta clínicamente relevante tipo 1). Esto se refuerza de forma natural tal y como establece FAP.

Se trabaja, asimismo, en estas sesiones la toma de responsabilidad ante su vida y la necesidad de exponerse a ella aún con el dolor. De la misma forma se anticipan situaciones de recaída como parte normal del proceso terapéutico, ante la expresión de temores por acontecimientos futuros por parte de J. De este modo la terapeuta transmite que: *“tú eres responsable en el sentido de que eres capaz de responder ante lo que te ocurre. Cómo quieres hacerlo es una elección tuya, puedes inhibirte o hacerle frente. Eso no quiere decir que no sea normal que te asuste. Es normal, claro que no exponerse a situaciones vitales por si te vienes abajo puede hacer que te vengas abajo precisamente por no exponerte a experiencias vitales. Ya sabes eso que se dice de que la vida sin riesgo corre el riesgo de no ser vida”*.

Al final de estas sesiones se le formulan preguntas a modo de evaluación sobre lo conseguido durante todo este periodo, hasta el momento presente. Sus respuestas representan los cambios conseguidos en la dirección deseada. *“He aprendido a saber como funciona mejor esto y a lidiar con ello”*. *“Un cambio muy evidente ha sido el no juzgar a la gente...el disfrutar de la compañía de alguien sin tacharlo de tonto o listo”*. *“Tengo más amigos y disfruto más del tiempo compartido con ellos”*.

V. VI. RESULTADOS

Los resultados de la intervención se valoran, teniendo en cuenta que el caso aún no ha llegado a término, desde diferentes aspectos. En cuanto al primer objetivo descrito, prevenir un nuevo intento autolítico, se debe apuntar que desde el comienzo del tratamiento, en octubre de 2010, no se ha producido ningún episodio de estas características. Por lo tanto tal objetivo se ha cubierto de la forma esperada.

En referencia a debilitar y desenredar el proceso hiperreflexivo, que hace mención al segundo objetivo inicial, puede observarse a través de las conductas clínicamente relevantes (CCR) presentadas en sesión, las descripciones en sus escritos y el nivel de actividad reportado que se está consiguiendo en la forma deseada y trabajada.

El aumento en el nivel de actividad, tercer objetivo, se está evidenciando en los datos y las experiencias relatadas por el usuario.

Por otro lado, la persona valora positivamente la efectividad de la terapia con frases como: *“sé como funciona mejor esto y cómo lidiar con ello”* *“un cambio muy evidente el no juzgar a la gente...el disfrutar de la compañía de alguien sin tacharlo de tonto o listo”* *“tengo más amigos y disfruto más del tiempo que paso con ellos”*

En las siguientes tablas se presentan los cambios producidos durante el proceso terapéutico, desde las primeras sesiones de evaluación a las últimas sesiones valoradas. Concretamente, en la tabla 1 se plasman verbalizaciones del usuario tomado directamente en sesión y extraído de sus escritos personales. En ella se puede apreciar de forma cualitativa los pasos dados y los logros conseguidos durante la intervención.

Tabla 1.- Estas afirmaciones pertenecen a verbalizaciones ocurridas durante las sesiones terapéuticas y frases extraídas de sus escritos desde las sesiones de evaluación hasta las últimas sesiones descritas en mayo de 2011.

PRIMERAS SESIONES	ÚLTIMAS SESIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Entiendo el constante juicio a uno mismo como una forma de crecimiento personal”. ▪ “Desde que me levanto hasta que me acuesto voy analizando mis estados de ánimo”. ▪ “No salí porque sabía que me iba a aburrir”. ▪ “...no logro hallar el motivo de mis cambios de humor”. ▪ “Estoy cansado. Trato a los demás como no se merecen, me molesta no poder explicar mi estado y los motivos que determinan mi actitud”. ▪ “Viernes por la mañana no voy a clase, no me levanto de la cama hasta las 12”. ▪ “Creo que empiezo a asumir que de momento no puedo gobernarme emocionalmente”. ▪ “No sé muy bien adonde voy”. ▪ “Intento centrarme y busco un motivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Una traba es el constante juicio a mi estado y otra la importancia que le doy al examen”. ▪ “Anoche decidí a última hora salir... disfruté de la experiencia de conocer a alguien sin juzgarlo premeditadamente. Ni un solo instante a lo largo de la noche me medí con ellos ni pretendí averiguar cuán inteligentes eran. Esto me lleva a la conclusión de que estoy aprendiendo a disfrutar un poco más de lo que hago en lugar de analizarlo. No se pueden racionalizar las emociones. Al fin lo comprendo”. ▪ “Lejos de ver el culturizarme como una meta he comprendido que no tengo que demostrarle nada a nadie, y que no soy ni mejor ni peor que nadie. Voy a disfrutar como nunca leyendo”. ▪ “He visto venir un pequeño bajón durante estos días. Creo que es con el que mejor he

<p>por el que hacerlo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Me pesan a veces los pensamientos, imagino poder extraerlos”. ▪ “Voy al cine solo, apenas atiando a la película”. ▪ “En ciertos momentos pienso en lo tedioso de vivir. Me fastidian bastante estos pensamientos”. ▪ “Prefiero que me cueste querer a que me cueste no hacerlo”. 	<p>lidiado hasta ahora dándome cuenta de que estaba ahí, pero haciéndole caso omiso. Estoy bastante orgulloso de mi comportamiento respecto a esta crisis”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “He tenido una mejora importante en mi calidad profesional, no me he preguntado porqué estoy estudiando esto”. ▪ “He dado un salto enorme...he llegado agotado, apático, sin ganas de comer y con ganas de acostarme. He empezado a hacer cosas, ordenar el cuarto, preparar la cena y a tener apetito, y sin más, me he animado”. ▪ “He tomado conciencia de mi actitud en las sesiones, de que suprimo una parte de lo que pienso durante las mismas. Algo a cambiar”.
--	--

Tabla 2.- Diferencias comportamentales ocurridas entre el pre-tratamiento (fase de evaluación) y las últimas sesiones comentadas (mayo de 2011).

Al principio del tratamiento	En las últimas sesiones
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad social reducida, tiende a hacer cosas solitariamente sin quedar con amigos porque “sabe” que se aburrirá con ellos. 2. Reduce sus interacciones con compañeros de piso prefiriendo estar solo en su habitación que en zonas comunes. 3. Relación llena de tensiones con su madre y hermana. Reproches en torno a las dos y a esta última por no apoyarlo y lo que le dijo tras el episodio autolítico. 4. No encuentra sentido ni satisfacción en la carrera que está estudiando. 5. Mantiene relaciones de distancia con las chicas. 6. Dificultades para relacionarse íntimamente con otra persona. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sale de forma frecuente con los amigos, implicándose en las situaciones de forma más acentuada en vez de analizarlas y enjuiciarlas. 2. comparte momentos con sus compañeros de piso, aun encontrándose mal y “queriendo” irse a dormir. 3. Estrecha la relación con su hermana. Comparte experiencias con ella. 4. Disfruta ayudando a los demás durante la realización de prácticas. 5. Inicia una relación íntima con otra chica. 6. Ayuda a su un familiar y se implica emocionalmente con él. 7. Invita a varios amigos a su domicilio familiar para enseñarle la ciudad y compartir con ellos unos días.

V. VII. DISCUSIÓN

Este caso ha sido intervenido desde una filosofía de terapia de tercera generación, en concreto en base a la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la psicoterapia analítica funcional (FAP).

Se ha trabajado teniendo en cuenta las circunstancias de la persona y las funciones que su comportamiento cumplen en su vida, desde una perspectiva contextual en la consideración de que no importa la topografía que adquieran los comportamientos. De este modo, la etiqueta diagnóstica no se ha tomado como referente de cara a la intervención, ateniéndose sin embargo a una clasificación de trastorno de evitación experiencial que si bien no comparte forma con otra entidad nosológica, si lo hace en el sentido (la función o *causa final*).

En este aspecto la intervención está resultando exitosa, dado que se ha logrado poner a la persona en contacto con experiencias vitales sin el escrutinio y el enjuiciamiento que previamente tenían lugar. Una vez se han debilitado contextos verbales, J. se ha implicado en actividades que anteriormente evitaba (estudiar, ir a clase, salir con los amigos, tener una relación sentimental, etc.). A este nivel, se ha podido establecer que el control de los eventos privados, es el problema y que se puede estar mal y seguir haciendo lo que es importante para uno hacer.

Sus propias verbalizaciones en sesión en forma de explicaciones, y búsqueda de las causas reflejan cambios en el contexto de “dar razones” dado que esta búsqueda de causas fue tenida en cuenta por el terapeuta como a no reforzar, no trabajándose sobre ellas dado su carácter de CCR1.

Por otro lado aun es pronto para hablar de resultados finales puesto que el caso todavía continúa en curso. Una vez culmine se deben aplicar las mismas pruebas estandarizadas que se utilizaron al principio durante la fase de evaluación. Se duda, no

obstante, de los cambios significativos mostrados por dichas pruebas, ya que esas puntuaciones no fueron reveladoras en la fase de evaluación. Esta última es una cuestión interesante si se tiene en cuenta que, tal y como refieren los profesores Pérez Álvarez y García Montes “la depresión no acaba de avenirse con un tratamiento psiquiátrico, por lo que en este sentido sería una aberración científica tratar de extirpar los síntomas depresivos como criterio de recuperación” (Pérez, 2005, p 187). Es decir, la persona puede estar atascada en su vida y sin embargo tener puntuaciones mínimas en test que miden depresión.

En nuestra opinión, los cambios más cualitativos y cuantitativos se han dado al nivel que se han tratado, es decir, en la vida de la persona. Para ello, cómo se ha venido apuntando, tomamos como referencia lo que la persona *dice* en sesión, lo que la persona *hace* en sesión, y lo que *dice* que hace fuera de ella, en su vida cotidiana.

Una opción terapéutica podía haber consistido en trabajar directamente y con instrucciones la activación conductual, sin embargo, lo que importaba en este caso era romper la excesiva fusión que esta persona mantenía con sus eventos privados, el excesivo análisis o hiperreflexividad para, una vez debilitados estos fenómenos poder encaminarlo y vincularlo a un proyecto vital relevante para él.

Por otro lado una intervención más directiva hubiese podido significar el abandono terapéutico dado el nivel mínimo de implicación con el que esta persona llegó a la consulta. Un estilo terapéutico más confrontativo (que le haga tomar un papel más activo en las sesiones, por poner un ejemplo de CCR1) puede derivar en una mayor toma de responsabilidad ante el proceso terapéutico por parte del usuario si se asume el riesgo de poder convertir la terapia en aversiva para él, con el consiguiente repliegue sobre sí mismo o incluso, en el peor de los casos, propiciar un nuevo intento autolítico.

En referencia a este último aspecto, la prudencia hizo tomar este caso, desde sus inicios, con mucha delicadeza, teniendo en cuenta que el hogar familiar de esta persona se encontraba lejos, lo que suponía no poder contar, directamente, con la vigilancia de la familia ante una situación de crisis.

En estrecha relación con lo que expresa Yalom (Yalom, 1984, p 307), el requisito para poder ayudar a un paciente es que este acuda a consulta. Y con esta *pretensión* en mente se trabajó durante un buen número de sesiones para posteriormente ayudarlo a poner en contacto con la vida y que construyera en esta el sentido que al inicio no encontraba. Verbalizaciones del tipo “...Estoy aprendiendo a disfrutar un poco más de lo que hago en lugar de analizarlo” “He tenido una mejora importante en mi calidad profesional” entre otras, nos ofrece prometedoras muestras de mejora que se continuaran persiguiendo hasta el final de la intervención.

V. VIII. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Beck, A.T., Brovm, G.K y Steer, R. (1963). *Beck Depression Inventory*. Ciudad de Méjico: Paidós
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB
- Ferro, R. Valero, L y López, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19, 3, 452-458.
- González Pardo, H y Pérez Álvarez, M. (2007). *¿Escuchando al fármaco o al paciente? La invención de trastornos mentales*: Madrid. Alianza Editorial
- Gómez, S (2002). Trastornos del estado de ánimo. En Cangas, A.J., Maldonado, A.L. y López, M. *Manual de psicología Clínica y General (pp. 17-37)*. Granada: Alborán
- Hayes, S. C., Stroschal, K. D y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of beavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. y Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295-304.
- Kohlenberg, R. J y Tsai, M. (2007). *FAP Psicoterapia Analítica Funcional*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga.

- Luciano, M. C., Valdia, S., Gutiérrez, O y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *EduPsykhé*, 5,2, 173-201.
- Millon, T, Davis. R, y Millon, C. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial*. Madrid: Tea ediciones.
- Noblejas, M. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro de sentido"*. Tesis Doctoral.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M y García Montes, J. M. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En Pérez Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C y Amigo, I (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos (pp. 161-195)* Madrid: Pirámide
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2, 97-110.
- Pérez Álvarez, M. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, 0,17-43.
- Valero, L. (2009). La Terapia de Activación Conductual: Principios y Aplicaciones. El análisis conductual. *III Jornadas del grupo Contextos*.
- Wilson, K y Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder

