



Máster Oficial
Máster Oficial
en Intervención Psicológica en
Ámbitos Clínicos y Sociales



Gabinete de Psicología Eugenia M. Pozo

Cintia Fuentes Ramos

Tutor académico: **José Manuel García Montes**

Tutora profesional: **Eugenia M. Pozo**

Convocatoria: **Septiembre 2012**

Índice

	Páginas
1. Bases teóricas e investigaciones del tratamiento.	
1.1 Trastorno de Evitación Experiencial.....	3
1.2 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	10
2. Introducción del caso.....	20
3. Quejas que presenta.....	20
4. Historia	21
5. Evaluación	
• Inventario Clínico Multiaxial III de Millon	23
• Cuestionario STAI	26
• BDI.....	27
6. Conceptualización del caso	28
7. Curso del tratamiento y progreso de la evaluación	29
8. Factores que complican el caso	32
9. Accesos y barreras para el cuidado	32
10. Seguimiento.....	32
11. Implicaciones del tratamiento en el caso	33
12. Recomendaciones para clínicos y estudiantes	34
13. Conclusiones.....	35
14. Limitaciones	36
15. Referencias bibliográficas.....	37

1. Bases teóricas e investigaciones sobre tratamiento.

1.1. Trastorno de Evitación Experiencial.

El sufrimiento psicológico es parte inseparable de la vida humana en tanto que ésta incluye circunstancias y comunidades que conforman contextos verbales a través de los cuales una persona determinada reaccionará verbalmente a numerosos eventos, incluida su propia conducta.

La primera característica del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) es que tiene una naturaleza verbal. El Trastorno de Evitación Experiencial se presenta cuando una persona no está dispuesta a establecer relación con sus experiencias privadas vividas aversivamente (sean éstas estados o sensaciones de su cuerpo, pensamientos, recuerdos o predisposiciones conductuales), y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de dichas experiencias como las condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). Frecuentemente, este patrón de comportamiento resulta aparentemente efectivo a corto plazo ya que alivia la experiencia negativa, pero, cuando ocurre de forma continua y generalizada, extiende las experiencias negativas y llega a producir una limitación en la vida de la persona.

Las consecuencias directas del acto de evitación consiguen el propósito perseguido por la persona, pero lleva a la persona a caer en una trampa verbal. Ya que por un lado, el sujeto piensa que tiene razón al hacer lo que cree que es correcto y además tiene un efecto inmediato de reducción de la función aversiva. Y, por otro lado, la decisión elegida además de limitar su vida, tampoco le permitirá llegar a sentirse bien, de modo que esta persona se estaría esforzando para vivir por el problema (debido a los efectos de rebote de la supresión y la extensión a otras áreas, sea o no consciente el sujeto y quiera o no). Es en este marco de intentar sentirse mejor y lograr sentirse peor donde actúa el ciclo de la estrategia de evitación destructiva.

La segunda característica del TEE es que se trata de una clase funcional limitante (Hayes y Wilson, 1993; Wilson y Luciano, 2002). Es decir, la persona que lo muestra ha aprendido a responder ante la presencia de eventos privados vividos aversivamente con diferentes topografías o reacciones, aunque todas bajo una premisa común: la eliminación o evitación del evento privado.

La naturaleza paradójica del TEE radica en que la persona hace lo que entiende que debe realizar para eliminar el sufrimiento (empleando tiempo y esfuerzo en tal objetivo). Sin embargo, lo que consigue a largo plazo es aquello que le hace sufrir estando cada vez más presente y su vida cada vez más cerrada, en tanto que se ve imposibilitada para seguir adelante con la consecución de las metas y los valores que son importantes para ella (Hayes, Wilson, Grifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001).

La evitación es perjudicial en varios aspectos, en primer lugar, cuando el proceso de evitación deliberado necesariamente contradice el resultado «deseado», aunque para quien la practica resulta difícil entender que no funcione y, por tanto, siga entretenido en la búsqueda de nuevas formas de evitación que den «en el clavo» (o sea, eliminen los eventos privados molestos).

En segundo lugar, es perjudicial cuando la regulación de los eventos privados se muestra claramente insensible al control deliberado de regulación.

En tercer lugar, es también perjudicial cuando el cambio que se persigue es posible pero el esfuerzo requerido conduce a formas de evitación no saludables.

En último lugar, es igualmente perjudicial cuando el evento que quiere eliminarse o cambiarse no puede ser cambiado (Törkete, Luciano y Valdivia-Salas, 2007; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001).

Existen algunos trastornos tradicionales que pueden ser entendidos como Trastorno de Evitación Experiencial, a continuación se analizan cinco de dichos trastornos:

- *Trastorno de ansiedad.*

Un paciente ansioso a menudo informa tanto de sentimientos vagamente aprensivos como específicamente fóbicos, está típicamente tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión, excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas (Millon, Davis y Millon, 2004). La mayoría de los pacientes ansiosos presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente. También es característico el malestar somático. También son notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas son inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada.

- *Trastorno somatomorfo.*

Estos pacientes expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, períodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupación por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo (Millon, Davis y Millon, 2004). Algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros tienen una historia que puede interpretarse como hipocondríaca: interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.

- *Trastorno obsesivo-compulsivo.*

Las vidas de los afectados por el trastorno obsesivo-compulsivo son eficientes, ordenadas y organizadas, con un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar. Consideran que el trabajo es una virtud y emplean largas horas para asegurarse de que éste cumple los estándares más elevados. Intentan que cualquier cosa que hagan sea perfecta (Millon, Davis y Millon, 2004). Cualquier mínimo error o imperfección puede

provocar una ingente culpa, hacerles considerar que su trabajo ha sido un desastre. Son tan rígidamente devotos de la productividad que raras veces encuentran tiempo para sí mismos o para sus familias. Son conocidos por llegar muy pronto al lugar de trabajo e irse muy tarde, hasta que la tarea está hecha y bien hecha. Cualquiera que se tome demasiado tiempo libre es tildado de «gandul» y pierde completamente su respeto. Por otra parte, suelen ser considerados como contemporizadores con las figuras de autoridad y nunca se olvidan de «darles coba». En su vida privada suelen ser rígidamente dogmáticos en cuestiones de moralidad, ética y valores. Todo debe de hacerse como está mandado, nunca se debe hacer nada a hurtadillas. Consideran que sus creencias constituyen la verdad absoluta, hasta el punto de que los demás les consideran extremadamente tercos.

Este tipo de persona posee una personalidad obsesivo-compulsiva. Las personas con este tipo de personalidad intentan menguar su ansiedad sobre cualquier circunstancia controlando cada vez un mayor número de detalles. Este hecho, se relaciona con el criterio 1 expuesto en el DSM-IV (APA, 2002) para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; este criterio indica la preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad. El lema de estas personas podría ser «el éxito a partir del microcontrol»: la idea de que, si se puede conseguir la información suficiente y organizarla de forma adecuada, las cosas funcionarán bien y se estará protegido de cualquier agresión o, al menos, de cualquier reprobación.

Otra característica sería el perfeccionismo que encaja con el criterio 2 del DSM-IV (APA, 2002), el cual dice que el perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas. Además, el orgullo por su capacidad de acabar el trabajo y conseguir que esté perfecto, coincide con el criterio 3 del DSM-IV (APA, 2002), que expresa la dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Este perfeccionismo, en ocasiones, les impide ceder algunas tareas a otros, y realizan más tareas de las que realmente pueden, esta característica puede relacionarse con el criterio 6 del DSM-IV (APA, 2002), éste menciona que son personas reacias a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

Podrían definirse como personas rígidas en materia de valores, ética y moralidad, corresponde al criterio 4 del DSM-IV (APA, 2002), que establece una excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores.

En ocasiones, estas personas pueden guardar objetos aunque no tengan ningún significado emocional, esta característica puede ser relacionada con el criterio 5 del DSM-IV (APA, 2002), que enuncia la incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

Otra característica, puede ser el que son personas obstinadas, esto podemos relacionarlo con el criterio 8 del DSM-IV (APA, 2002) que menciona que son personas que muestran rigidez y obstinación.

Por último, el criterio 7 del DSM-IV (APA, 2002) indica que son personas que adoptan un estilo avaro en los gastos para ellos y para los demás.

Se han descrito diversas variantes normales de la personalidad compulsiva. Cada una de ellas hace hincapié en una constelación de rasgos distinta. El estilo concienzudo (Oldham y Morris, 1990) se caracteriza por la dedicación al trabajo duro, por convicciones profundas respecto a la conciencia social y los principios morales, por la necesidad de hacer las cosas de forma perfecta y socialmente correcta, por la perseverancia en los objetivos, la preferencia por el orden y el detalle, la consideración cuidadosa de las alternativas antes de la actuación y la necesidad de guardar o coleccionar objetos. Las personas concienzudas tienden a poner más énfasis en el trabajo que en cualquier otro aspecto de sus vidas.

Por el contrario, el estilo conformista (Millon y cols., 1994) se construye alrededor de la convencionalidad, es decir, la preferencia por seguir las reglas y normas establecidas. Las personas conformistas son cabales, convencionales, ordenadas y perfeccionistas. Respetan la tradición y la autoridad, suscriben las normas establecidas y siguen escrupulosamente las reglas. Rara vez se muestran espontáneas y pueden ser bastante rígidas e inflexibles en sus relaciones. Por otra parte, son intolerantes con las desviaciones y tienden a criticar a los que no son tan rectos. Siempre diligentes con sus responsabilidades, les disgusta que se les acumule el trabajo y suelen estar siempre preocupados por la finalización de los proyectos. Estas características provocan que los demás los vean como dignos de confianza y muy trabajadores. Aunque priman lo

racional sobre lo emotivo y siempre intentan pensar las cosas antes de actuar, en ocasiones son dados al pensamiento dogmático, a percibir el mundo que les rodea y los temas controvertidos sobre la base de extremos del estilo blanco-negro o correcto-equivocado.

- *Trastorno distímico.*

Estos pacientes siguen involucrados en la vida diaria, pero han estado preocupados durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima (Millon, Davis y Millon, 2004). Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos. Durante los periodos de depresión puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas cotidianas.

- *Depresión mayor.*

Estos pacientes normalmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado (Millon, Davis y Millon, 2004). Algunos exhiben un marcado retardo motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado. Durante estos períodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos, tales como falta notable de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Los problemas de concentración son comunes, así como los sentimientos de poca valía y de culpa. Los miedos repetitivos y las cavilaciones se observan con frecuencia. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede hacer un patrón tímido, introvertido y solitario caracterizado por inmovilidad torpe o un tono irritable, quejoso y lastimero.

- *Trastorno de la Conducta Alimentaria.*

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un complejo grupo de patologías con frecuentes y, en ocasiones, fatales complicaciones médicas. Actualmente

están definidas en el DSM-IV (APA, 2002) y en la CIE-10 (OMS, 2001) en dos categorías principales: la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) y en una tercera que engloba Trastornos no especificados de la conducta alimentaria. El DSM-IV (APA, 2002) incluye también el trastorno por atracón (*Binge Eating*) dentro de los criterios de investigación. Tanto la AN como la BN están consideradas como patologías psiquiátricas graves.

La AN se caracteriza clínicamente por un rechazo a mantener el peso ideal igual o por encima del valor mínimo normal considerando para la edad y la talla (peso corporal menor del 85% del esperable), miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso (incluso estando por debajo del peso esperable) y alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal) (Fassion, Daga y Amianto, 2002). Dentro de esta patología, se distinguen dos subtipos: purgativo/compulsivo (durante el episodio de anorexia el individuo recurre regularmente a atracones o purgas) y el restrictivo (no se producen estas conductas, reduciéndose peso por la restricción de la alimentación).

La BN se caracteriza, a nivel clínico, por la presencia de atracones recurrentes y la utilización de conductas compensatorias inapropiadas con el objeto de perder peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo) (APA, 1994; Fernández Aranda y Turón, 1998). La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias deben ser, por lo menos, de dos veces en semana durante un período de 3 meses, y la autoevaluación está exageradamente influida por la imagen y la silueta.

Se distinguen dentro de esta categoría dos subtipos: purgativo (durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso) y el no purgativo (en el episodio de bulimia nerviosa, se utilizan otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso) (APA, 1994).

La categoría diagnóstica de Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado, englobaría todos aquellos trastornos que presentan combinaciones de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria que no pueden ser categorizados de forma estricta como AN ni como BN.

A pesar de que el DSM-IV (APA, 2002) permite a los clínicos diagnosticar a los pacientes en categorías específicas, los síntomas se presentan con frecuencia a lo largo de un continuo entre los extremos de la AN y de la BN.

Así, encontramos que más de un 50% de las pacientes anoréxicas desarrollan síntomas bulímicos (Casper, Eckert, Lamí, Goldberg y Davis, 1980; Kasser, Gwirtsman, Kaye, Brandt y Jimerson, 1988) y que muchas pacientes bulímicas presentan historia previa de anorexia.

Para el trastorno de evitación experiencial hay un tratamiento específico, la terapia de aceptación y compromiso, que se expondrá en el siguiente apartado.

1.2. Terapia de Aceptación y Compromiso.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una aproximación basada en el contextualismo funcional y la investigación en marcos relacionales y de regulación verbal para el tratamiento de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2002; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005). Es un modelo de salud y no de enfermedad, ya que se entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la “intrusión” del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil.

En ACT se resalta el énfasis en las relaciones que gobiernan el lenguaje de cliente y terapeuta en la sesión clínica y más allá de ella en el marco más conocido como conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1994). La propuesta de ACT es la aceptación de los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida como un compromiso elegido con la vida y, por tanto, un compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según la historia personal (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano, 2009; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

El cliente está atrapado por los contextos verbales que ajustan el patrón de evitación y lo está en el contexto de una lucha por no estarlo. Lucha por acabar con lo

que le molesta que produce un efecto de revuelta al mismo malestar, así sucesivamente. El resultado es que una persona devota de tal patrón queda atrapada en lo que cree que es la solución y que, en realidad, es el problema. Un patrón de vida que incluye huir deliberadamente de los eventos privados con funciones verbales aversivas (catalogados como sufrimiento, malestar, ansiedad, depresión, etc.) y que, de vuelta, consigue su ampliación y la limitación de su vida.

ACT socava los contextos verbales que atrapan al cliente. Así, una alternativa sería estar dispuesto a notar o contemplar los eventos privados como lo que son desde la dimensión del yo-contexto, a escoger y clarificar la dirección que uno quiere en su vida haciendo hueco a los eventos privados en ese camino y a moverse o dar pasos en esa dirección. ACT es un compromiso elegido con los valores de uno (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez, 2009). Así pues, podríamos establecer que ACT se considera (Wilson y Luciano, 2002):

1. Un tratamiento centrado en los valores como medio para el cambio conductual;
2. Lo que importa es la experiencia que el cliente lleva a sesión.
3. Esa experiencia señala que centrarse en los síntomas o, lo que es igual, actuar respecto a ellos es perder la dirección de la vida y, consecuentemente.
4. El trabajo se orienta a centrarse en las direcciones valiosas, lo que incluye generar distanciamiento con los contenidos psicológicos. Es otorgar un espacio psicológico a los eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo-contexto.

Contrariamente a lo que el funcionamiento socioverbal más generalizado sostiene, las premisas en ACT sostienen que es mejor (Wilson y Luciano, 2002):

1. «Primero compórtate de acuerdo con tus valores y luego te sentirás bien» en lugar de « primero el sentimiento de bienestar y luego actúa o haz tu vida».
2. Se asume que el sufrimiento es normal y que es una señal que está muy cerca de lo que al cliente le importa.
3. Se asume que hay más vida en un momento de dolor que en un momento de dolor que en un momento de alegría.

4. El terapeuta ACT asume con sus pasos (y no sólo con la cabeza) que « todas las personas, a algún nivel, esperan, aspiran, sueñan y quieren una vida más amplia, más rica y llena de significado».

ACT apuesta por clarificar los valores haciendo que el cliente aprenda a elegir la dirección de su vida, discerniendo entre lo que puede ser cambiado y lo que no, y apuesta por alterar la función de los contextos verbales en los que el cliente está atrapado. Se trata de alterar la literalidad de las palabras y el contexto de dar razones, lo que requiere fomentar la dimensión del yo como contexto de todos los contenidos psicológicos (Hayes, 2004). Los objetivos son: 1) la clarificación de valores; 2) la aceptación de los eventos privados ligados a lo que no puede cambiarse que implicara el abandono de una agenda de cambio no efectivo y la flexibilidad para elegir cómo responder, y 3) el fortalecimiento del yo como contexto para poder notar o contemplar los contenidos privados de uno, tomados como lo que son, y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, elegir (Wilson y Luciano, 2002).

Los métodos clínicos en ACT adoptan una diversidad de estilos en el discurso del terapeuta que se amplifica para evitar las trampas de la literalidad. El terapeuta ACT tiende a usar modalidades lingüísticas que son inherentemente menos literales, o sea, que conforman estilos en la interacción verbal que minimizan el ajuste a reglas que pueda proveer el terapeuta, y sitúan la atención del cliente en la experiencia de sus actos, a la par que reducen al máximo la discusión o el razonamiento ineficaz. En síntesis, se trata de minar o alterar la coherencia literal del lenguaje. Se diferencian tres métodos: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999).

Las metáforas son procedimientos verbales que permiten quebrantar la lógica de «tener razón» y de las razones como elemento de control de la evitación (Wilson y Luciano, 2002). Establecen un tejido verbal donde se corrobora la sabiduría que facilitan las contingencias naturales o la experiencia del cliente con su conducta por encima de la lógica razonada del cliente. Son fácilmente recordables y adoptan distintas formas, desde historias o ejemplos hasta la fisicalización de las metáforas o metáforas

«físicas» que ilustran sin retórica alguna la relación con las funciones que atrapan al cliente y a la vez exponen otras vías funcionales. Lo que designamos como una metáfora física es una forma quizá más básica de mostrar figuradamente las relaciones entre los eventos privados, lo que se hace y lo que se consigue. Para ello estos eventos y sus relaciones adquieren una forma física.

Las paradojas inherentes son enunciaciones verbales que destacan la discordancia entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de evitación. Quebranta, por tanto, las construcciones verbales que no asisten en algunas áreas al aplicarse a fenómenos no controlables verbalmente y que al hacerlo proporcionan resultados paradójicos. Es el caso cuando se siguen reglas para ser espontáneo. La espontaneidad deliberada es una paradoja inherente, al igual que lo son las direcciones o las acciones del cliente para solventar el problema cuando el resultado que consigue es lo opuesto; esto es, el método resolución del problema resulta ser el problema. En síntesis, el problema del cliente es una paradoja y las paradojas ayudarán a verlo.

Los ejercicios experienciales son técnicas principales en ACT. Están creados para ayudar a la persona a establecer contacto de forma directa con la experiencia del yo-contexto y desde ella el contacto con las funciones verbales, especialmente las aversivas, que funcionan como si fueran barreras físicas (miedos muy temidos, evento extremadamente aversivos que se califican a veces de pánico, gran depresión, humillación, ira, agresión, hundimiento, y mucho más). Se trata de producir unos contextos para que la persona distinga cómo son y cómo operan sus procesos verbales. Las ganancias aumentan cuando se efectúan en el momento en que el cliente está con estos eventos privados en sesión, ya que provee una oportunidad única para llevar a cabo la experiencia en vivo directamente y así la práctica en la apertura o contemplación de los eventos privados temidos. Algunas prácticas experienciales son sólo para incrementar la dimensión del yo-contexto, diferenciándola del yo-contenido y yo-proceso, mientras que otras prácticas tratan de la exposición a los eventos privados temidos desde esa posición del yo-contexto, proporcionando que el cliente forme nuevas relaciones o nuevos contextos verbales para el material o contenido evitado. La ejercitación de múltiples ejemplos en estas condiciones incrementa las posibilidades

para alterar la clase funcional en tanto que altera las funciones de las relaciones conducta-conducta (Luciano y Hayes, 2001).

Cuatro aspectos son los que se han definido como temáticos en cada sesión de ACT, que viene a recoger los puntos a los que el terapeuta ACT ha de prestar atención. Estos cuatro temas básicos son los valores, la desactivación/distanciamiento, la exposición y el fortalecimiento del cliente (Wilson y Luciano, 2002):

- Valores. Clarificar valores y caminar en la dirección que se puede cambiar y se elige hacerlo.
- Exposición. Lo que hay entre él y lo que quiere son las barreras. Para avanzar en la trayectoria que elija, ha de hacerlo contactando con las barreras o los eventos privados temidos. Esto ubica las circunstancias para la desactivación del lenguaje.
- Desactivación de funciones y distanciamiento. Efectuar la reducción del dominio del lenguaje, obstaculizando las barreras y promoviendo el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo.
- Fortalecimiento. El cliente y sus valores son lo fundamental en cada sesión. La experiencia del cliente y su dolor son lo más importante porque muestran la orientación del trabajo en sesión. Él puede y siempre asumirá una dirección. El terapeuta no podrá recorrer el camino que el cliente elige. Sólo él podrá hacerlo.

ACT se presenta dividida en diferentes objetivos:

1. Establecimiento de un contexto para la terapia.

El terapeuta es el responsable de disponer el contexto del tratamiento desde el comienzo de éste. Un aspecto de ese contexto consiste en fijar el tono emocional que adoptará la relación terapéutica.

La relación terapéutica es un marco verbal determinante en terapia; es un entorno en el que dos personas enfocan sus acciones siguiendo unos principios basados en los valores del cliente (Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005). La relación terapéutica en ACT se basa en aprobar los problemas y el sufrimiento del cliente, por lo que tienen de valor respecto de lo que quiere en su vida. Se

trata de reducir la función del terapeuta como persona superior que lo sabe todo y que «resuelve problemas», a la par que se maximiza la fortaleza del cliente para llevar adelante su vida.

2. La experiencia creativa de la desesperanza.

La desesperanza creativa es un proceso que incluye distintas actuaciones dirigidas a generar las condiciones oportunas para que el cliente experimente lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a corto y a largo plazo. Es una experiencia dolorosa en tanto que posiciona al paciente con la paradoja de intentar dirigir los eventos privados para eliminarlos o evitarlos. Sin embargo, el paciente constata que es una estrategia que no ha sido válida para su objetivo y que no puede funcionar salvo que está dispuesto a pagar un elevado costo en su ámbito personal (Luciano y Valdivia, 2006).

Las asunciones siguientes son centrales en ACT:

- a) La comunidad social-verbal nos enseña a resistir al sufrimiento, y esa resistencia es patogénica.
- b) Una vida valiosa puede vivirse bajo cualquiera y bajo todas las condiciones.
- c) Hay tanta vida en un momento de dolor como un momento de placer.

Desde esta perspectiva, la meta no es sentirse bien, sino vivir bien y sentirse como sea que uno se sienta mientras vive bien.

3. La clarificación de valores.

La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios que permiten al paciente descifrar qué quiere para su vida. En este punto, se hace una diferenciación entre distintos aspectos, las trayectorias valiosas, como telón de fondo, establecimiento de los objetivos a corto y a largo plazo, las acciones dirigidas a la consecución de objetivos y la identificación de aquellas barreras privadas que obstaculizan su trayectoria. La clarificación se ubica en torno a detectar las áreas de la vidas importantes para la persona, trabajando con el paciente para que sea capaz de discriminar las trayectorias con un valor real, y que hayan sido elegidas y controladas por reforzamiento positivo, y por lo tanto, desechando aquellas trayectorias y

objetivos que lo puedan alterar por estar controladas esencialmente por reforzamiento negativo. Este proceso de esclarecimiento en valores es primordial y continuo (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006).

4. El control de los eventos privados como problema y «estar abierto».

Hay que reconocer y corroborar el esfuerzo que ha hecho el cliente para deshacerse del contenido psicológico negativo que ha estado intentando controlar. Esto puede hacerse expresando de forma verbal las distintas remedios que el cliente ha puesto en práctica (Wilson y Luciano, 2002). Con cada una, el terapeuta ACT busca hacer presente, a través de medios verbales y de breves ejercicios experienciales, lo siguiente:

- a) El esfuerzo que ha realizado.
- b) La sensación de impotencia del cliente.
- c) La sensación del cliente de haber perdido mucho tiempo y de haber perdido muchas de las cosas que esperaba hacer en su vida, tan sólo con que el control de su experiencia privada le hubiera funcionado realmente.

5. La desactivación del lenguaje.

En esta fase de la terapia se incluyen ejercicios dirigidos a establecer diferenciaciones entre evento y función (palabra y función) a través del cambio de contexto verbal. Estas actuaciones están dirigidas a modificar los contextos de la literalidad y de las valoraciones de los eventos privados. En sesión se ofrecen numerosas oportunidades con el fin de que el paciente sea capaz de diferenciar entre el evento privado y sus funciones. Este proceso consiste en situar el contenido psicológico en distintos marcos verbales para flexibilizar y romper la fusión evento-función.

A través de distintos ejemplos con eventos privados que tienen función aversiva comienza el proceso de desmantelamiento de sus funciones y consecuentemente su rigidez comienza a ser minada. Su repercusión llega a ser otro al aprender que la función de los pensamientos y sensaciones depende de cómo se sitúa contextualmente el evento en cuestión (Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005).

Además, son múltiples los ejercicios y metáforas para diferenciar las dimensiones del yo con el fin de potenciar el contexto o “recipiente” (metafórico de todos los contenidos psicológicos que son estricta y radicalmente de no y que “se tienen y llevan en la más absoluta soledad, incluso cuando uno está acompañado (Luciano et al., 2005). Resaltar, la multitud de ejercicios y oportunidades que se llevan a cabo en terapia para fomentar la diferenciación entre actuación desde el yo con sus valores y la actuación fusionada a los contenidos cognoscitivos y, por lo tanto, aislada de los valores.

En ACT se distinguen tres sentidos del sí mismo o del yo que son esenciales en el autoconocimiento: el yo conceptual o contenido, la autoconciencia y el yo como perspectiva.

Las dimensiones del yo (Hayes, 1984) son una construcción socioverbal cuyas características responden a la historia específica de cada persona desde niño. Parte del proceso de su formación social se centra en la elaboración de distintos marcos de perspectiva, que se basan en otros marcos de relación más básicos.

El yo conceptual o el yo como contenido. Se elabora al responder a numerosas cuestiones que circunscriben los eventos que la comunidad entiende como internos o privados y en relación a distintas facetas de la vida y de uno mismo en ella (Skinner, 1945; Hayes y Wilson, 1993). Incluye el proceso social involucrado en la formación de los conceptos de autoeficacia, de locus de control y sus respectivas valoraciones, de manera que, apenas nada escapa al conocimiento verbal. De esta forma, los componentes de la comunidad verbal que instruyen a un niño estos eventos y las condiciones que los controlan son definitivos para la formación de yoes adaptativos o problemáticos. Genéricamente, el contenido del yo incluye evaluaciones y razones, y está amarrado a las contingencias sociales que determinan que es apropiado para según qué circunstancias y que facilitan, o no, que los contenidos que se sitúan en el yo, aquí y ahora cambien y se vean en el marco del allí y entonces. El proceso es una acumulación de contingencias y referentes de control, y el resultado puede ser variopinto (Kohlenberg y Tsai, 1991).

El yo como un proceso verbal. Aprender los procesos que la comunidad verbal entiende como importantes es una parte del entrenamiento que ocurre a la par que se forman las relaciones entre una serie amplia de eventos entendidos como sensaciones, predisposiciones, pensamientos, etc. Discriminar éstos del proceso de sentir, de pensar y otros es importante en nuestra vida social; por eso la comunidad tiene interés en enseñar estos procesos desde muy temprano en la vida. Vivir en sociedad implica ser sensible y responder a las preguntas que aquella demanda y sobre las cuales se asientan muchas de las decisiones que se toman (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001). Así, es necesario aprender a responder sobre nosotros mismos en los términos que la sociedad entiende, y esto supone responder a las categorías emocionales y de otros eventos importantes en la vida personal.

El yo como contexto. Proviene de los marcos de perspectiva, de manera que a base de practicarlos se produce la transcendencia del yo. Una vez que está establecido, ocurre que siempre que se habla se hace desde la perspectiva del YO localizada AQUÍ y AHORA, predecible. Mientras que el hablante siempre es YO, de lo que el hablante habla siempre está situado ALLÍ y ENTONCES. Ese yo-como-contexto es el sí mismo que está siempre «como detrás» de cualquier contenido, que siempre está ahí al cambiar el proceso y el contenido verbales (Kohlenberg y Tsai, 1991). Ese yo trascendente no tiene límites, y como cualquier cosa tiene límites, ese sentido del yo trasciende el tiempo y el espacio. Es el yo que siempre que yo voy está aquí, que es estable y constante y desde el cual cualquier contenido y proceso verbal es admisible.

6. Aceptación y afianzamiento de la práctica.

Entre los contenidos a los que con frecuencia el cliente queda fusionado se puede señalar: estar en lo correcto, no estar totalmente abierto y así no acabar de estar bien, tener miedo a fracasar y al futuro, dificultades en elegir y sentirse obligado, no reconocerse y otros (Wilson y Luciano, 2002). Estos contenidos del entre el cliente y lo que él quiere para su vida. Se hace un intento para que los clientes averigüen si son barreras o no, y el coste/beneficio que significa para

ellos actuar según las barreras, y también, el coste/beneficio de elegir estar abierto a tener las barreras haciendo lo que les importa para su vida. Se pretende impulsar la práctica copiosa en desliteralización y en promover el yo como contexto de cualesquiera contenidos psicológicos que, en cada circunstancia, se actualizan según la historia personal. Uno de los contenidos psicológicos por el que casi ineludiblemente pasan a los clientes –y los terapeutas- es la sensación de haber vuelto al principio, de ir marcha atrás. Se trata del inevitable contacto con la función verbal de haber vuelto al patrón de evitación limitante. La experiencia privada que sigue a una recaída es vivida negativamente por los clientes. Esta reacción privada se trata en la sesión clínica como algo muy valioso en el curso de la terapia, en el curso del crecimiento de la «planta terapéutica». Los clientes han de aprender que la terapia no les exime de esos efectos «de por vida», que la terapia no es una garantía de por vida, sino que es una buena vacuna y que parte de esa vacuna es aprender a reaccionar a lo que se sienta y se piensa ante un fracaso, aceptando esas reacciones privadas que el hecho de recaer pone sobre la mesa.

Estos son los objetivos establecidos por la terapia de aceptación y compromiso.

El trabajo en terapia debe proveer las condiciones para que el comportamiento del cliente quede en un marco de flexibilidad y perspectiva respecto de los procesos verbales; un marco que se forma en la vida de muchas personas de manera «natural» en tanto que su historia les haya proporcionado múltiples ejemplos para aprender que los pensamientos, sensaciones, recuerdos son eso y no objetos o barreras físicas. Precisamente, la flexibilidad sólo es posible desde la perspectiva del yo porque es desde ahí desde donde la elección de reacción ante la experiencia privada temida es posible (Luciano et al., 2002).

La terapia supone clarificar el rumbo de la vida, perderlo, aprender a darse cuenta cuanto antes (del costo y el beneficio de haber perdido el rumbo) y retomararlo de nuevo como una elección personal.

El análisis que de ello se deriva para la denominada prevención de recaídas pasaría por practicar la exposición a las reacciones asociadas a fracasos habidos. O, lo

que es igual, se trataría de afianzar la ruptura de las relaciones conducta-conducta problemáticas con el mínimo apoyo y por tanto fortalecimiento o «endurecimiento» al cliente ante la vida.

A diferencia de otras terapias, ACT, al centrarse en los valores, hace más explícito y esencial el trabajo sobre ellos, normalizando o dando la ubicación o valor natural a los eventos privados que tanto dolor y paralización han producido al cliente. Sin embargo, ACT no dispone de protocolos literales o cerrados porque hacerlo impediría el ajuste al análisis funcional y las características del cliente. Es un tratamiento que se ajusta a las características funcionales de los trastornos psicológicos en vez de a sus distinciones topográficas o sindrómicas. Como una perspectiva funcional que es, permite ver que hay algo común en la mayoría de los clientes aunque muestren patrones muy diversos.

2. Introducción del caso.

M.R.T es una mujer de 46 años, casada y con un hijo varón de 10 años. Trabaja de administrativa en la misma empresa desde que tenía 18 años.

La paciente lleva años queriendo ponerse en manos de un experto, pero es un día por casualidad cuando se encuentra con la profesional por la calle, ya que la conocía con anterioridad, cuando se decide a pedirle una cita. Aunque anteriormente la paciente había llamado para realizar una consulta, pero sin centrarla en ella, sino en su hijo.

3. Quejas que presenta.

La paciente manifiesta que no sabe qué le pasa pero no puede con la vida. Ahondado más en las queja comunica que no está a gusto en el trabajo, pero que sólo sabe hacer eso y que no sabría dónde ir si no desempeñase este trabajo. Además tiene miedo de influenciar a su hijo y hacerlo infeliz. Otro hecho que influye en su situación actual es el

fallecimiento reciente de tres personas importantes en su vida; su abuela paterna, un amigo de la misma edad y su padrino.

Aunque en principio, indica las quejas mencionadas, termina comunicando que su preocupación se centra en su hijo, ya que siente miedo de influenciar a su hijo y hacerlo infeliz. Cree que no está haciendo bien su labor como madre y por ello, su hijo no es feliz. Esto se debe a que analiza constantemente a su hijo, controla todos los aspectos que están relacionados con él, comidas, amistades, etc.

4. Historia.

Durante su infancia hubo cambios geográficos permanentes, permanecía alrededor de 2 o 3 años en un mismo lugar, hasta que llegó a un pueblo de Almería. Creó un vínculo especial con su abuela materna y con su padre, pero éste murió con 45 años. Ella describe a su padre como una persona alegre, preocupada e interesada por los estudios de sus hijos, saludable, que luchaba por el bienestar de sus hijos. Establece una muy buena relación con su padre y mala con su madre. Por los datos que comenta sobre la relación que establece con la madre se puede decir que estableció una relación de sumisión. Su madre la hacía limpiar desde edades muy tempranas y no tenía tiempo para jugar, por ello, tiene un recuerdo de una infancia fea.

Con 18 años conoce al que hoy en día es su marido, la madre intentó boicotear esta relación. Sin embargo, la relación que establece con su abuela materna se basa en el cariño, de hecho, ella habla de que su abuela se portaba como una madre. Durante la última fase de la EGB empezó a tontear con niño, pero fue cuando ingresó en el instituto donde conoció a mucha gente y ella verbaliza que “empecé a tener más control de mi vida”. Cuando termina COU, empieza a trabajar en la misma empresa en la que trabajaba su padre.

La familia para ella es el pilar básico de su vida ya que hasta la adolescencia, debido a los cambios geográficos, no pudo afianzar amistades.

Cuando era joven (unos 20 años), no sabe exactamente concretar la edad, fue tratada de trastorno de la conducta alimentaria, en concreto bulimia nerviosa purgativa, pero no llegó a superar este trastorno, manteniéndolo hasta la actualidad de una forma muy controlada. Sigue realizando conductas de purga actualmente.

Cuando tenía 27, y después de bastantes años de noviazgo, tuvo que pedir permiso a su madre para poder ir se a vivir con su novio. Años más tarde, la paciente se queda embarazada después de realizar múltiples tratamientos de fertilidad durante varios años. El embarazo fue de riesgo y al nacer el bebé, éste se convierte en el centro de su vida. La paciente establece un vínculo con su hijo antes del nacimiento, incluso se podría decir que antes de quedarse embarazada ya existía este vínculo, por la búsqueda de un hijo desde años atrás. Durante el embarazo se proporcionaba una sobreprotección, modificó sus conductas alimentarias, se centró por completo en el bienestar del bebé. Al ser una persona con valores de familia, tener un hijo viene a culminar el proyecto que había comenzado años atrás. Su hijo da sentido a la vida.

Cuando el niño empieza a relacionarse con otras personas (alrededor de los 3 años), se sigue comunicando con él en la misma dirección de sobreprotección. Era la primera madre en llegar a la clase y la última en irse. En años posteriores, cuando el niño pasó de infantil a primaria, no dejaban que los padres entrasen en los pasillos, pero ella intentaba “colarse” en los pasillos para acompañar al niño hasta la puerta de la clase. Es una persona participativa en actividades escolares y de padres. Necesita tenerlo todo controlado, y esto hace que aumente la ansiedad. Esta conducta de alerta tiene un refuerzo intermitente, y esto supone un mayor coste emocional.

Su hijo tiene problemas de sobrepeso desde que es muy pequeño, y ella ha intentado controlar los alimentos que ingería, hasta tal punto que el niño no tomaba dulces cuando asistía a fiestas con otros niños. El niño tenía tan interiorizado que no podía comer ese tipo de alimento, que no lo tomaba, incluso aunque su madre no estuviese presente.

Además de la familia, el trabajo ha sido su máxima prioridad, aunque nunca le han reconocido su esfuerzo.

5. Evaluación.

- **Inventario Clínico Multiaxial III de Millon (Millon, Davis y Millon, 2004)**

El Inventario Clínico Multiaxial III de Millon (MCMI III) es un instrumento que asiste a evaluar y diagnosticar utilizando como partida DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed., 1994) los desórdenes relacionados a la personalidad u otros desórdenes clínicos. Al ser esta es una prueba orientada al diagnóstico, y a su vez al tratamiento, presenta un panorama integrado de los resultados.

Las personas son evaluadas en el aspecto emocional, de la conducta o dificultades interpersonales. Esta prueba enfatiza y valoriza los Ejes del sistema de clasificación del DSM IV (APA, 2002) identificando características de la personalidad fundamentales de un síntoma.

Para planificar de forma más precisa la terapia el MCMI III posee tres escalas o facetas de la personalidad. Estas escalas fueron desarrolladas por Seth Grossman, utilizando la teoría del Dr. Millon. Estas escalas proveen procesos específicos de la personalidad. Como por ejemplo, auto imagen, relaciones interpersonales y aspecto cognitivo. Incluye un informe interpretativo que proporciona una guía de tratamiento a corto plazo. Esta guía está fundamentada con un resumen de hallazgos y diagnósticos según los resultados de la prueba (Tallent, 1998).

La prueba MCMI III proporciona una interpretación integrada de los Ejes I y Ejes II del DSM IV (APA, 2002). Incluye una descripción de las características de la personalidad del cliente junto con una evaluación de sus síntomas y expone posibles diagnósticos. Esta prueba toma alrededor de 25 minutos para completar y está diseñada para obtener la mayor información posible pero con poco esfuerzo por parte del cliente (Pearson Education, 2005).

La prueba MCMI III evalúa escalas o facetas Grossman cuyo valor principal es localizar con precisión los procesos específicos de la personalidad (por ejemplo: la auto

imagen y las relaciones interpersonales). Para cada una de las escalas hay tres facetas identificadas en la teoría de Millon: prominentes, estructurales o funcionales de la personalidad. De esta forma este instrumento recoge 42 escalas de faceta y 14 escalas primarias de la personalidad (Vaknin, 2006).

La consistencia interna mediante el Coeficiente Alfa de 0.66-0.89; fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales: 0.85-0.93; fiabilidad test-retest (dos semanas) para el diagnóstico dimensional entre 0,85 y 0,93 (0,60-0,89 en MCMI-II). El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa <0.45 para todos los trastornos de personalidad, índice muy bajo (Millon, Davis y Millon, 2004).

Los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han arrojado resultados moderados, por ejemplo con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas están por encima de 0.50 pero no llegan a valores más elevados. Los coeficientes son todavía menores cuando se correlacionan las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructuradas o semi-estructuradas que, sin embargo, mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas. La sensibilidad del MCMI-II varía mucho entre escalas: 0.44-0.92 (media=0.60); igual que su poder predictivo: 0.30-0.81 (media=0.69). Como todos los cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad tiende a cometer más errores de falsos positivos que otros instrumentos, lo que le hace ser considerado una buena prueba de detección siempre y cuando exista una medida posterior más exigentes (estudios de dos pasos) (Millon, Davis y Millon, 2004).

Esta paciente en el Índice de validez obtiene una puntuación de 0, pudiendo considerar válidas las puntuaciones obtenidas en este cuestionario. En el Índice de Sinceridad obtiene una puntuación PREV de 81, encontrándose dentro de los parámetros establecidos para determinar que el sujeto está respondiendo de una forma sincera a este cuestionario. En el Índice de Deseabilidad Social obtiene una puntuación PREV de 40 que está dentro de las puntuaciones establecidas con aceptadas, ya que no muestra una tendencia de presentarse como favorable y por lo tanto no intenta ocultar algunas de sus dificultades psicológicas o interpersonales. Y por último, en el Índice de

Devaluación obtiene una puntuación PREV 87, al estar por encima de 75 podríamos decir que tiende a depreciarse, pudiendo presentar algunas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontrarían en una revisión objetiva.

M.R.T ha mostrado una presencia de los siguientes síndromes clínicos: Trastorno somatomorfo, Trastorno distímico y Depresión mayor. Además, respecto a la prominencia de síndromes clínicos ha puntuado en el Trastorno de ansiedad (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Síndromes Clínicos del Eje I	Puntuación PREV
Trastorno de ansiedad	103
Trastorno somatomorfo	76
Trastorno distímico	81
Depresión Mayor	81

Las puntuaciones PREV que oscilen entre 75 y 85 indica presencia de un síndrome y una puntuación PREV superior a 85 indica su prominencia.

Las siguientes puntuaciones no están dentro de las consideradas como significativas, pero sí que son elevadas (Ver tablas 2 y 3).

Tabla 2. Puntuaciones altas sin llegar a ser clínicamente relevantes.

Síndromes Clínicos del Eje I	Puntuación PREV
Trastorno de estrés postraumático	70

Tabla 3. Puntuaciones altas sin llegar a ser clínicamente relevantes.

Prototipo de personalidad del Eje II	Puntuación PREV
Depresiva	72

- **Cuestionario STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).**

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo.

La ansiedad Estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).

La ansiedad Rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).

La consistencia interna se encuentra entre 0.90 y 0.93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad/ rasgo. La fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades es de 0.94 en ansiedad /estado y de 0.86 en ansiedad/ rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).

Según los resultados obtenidos en esta escala, podemos decir que esta paciente no presenta ansiedad Estado, ya que se encuentra en el percentil 15, que está por debajo de 50 (Ver tabla 4).

ANSIEDAD ESTADO

Tabla 4. Puntuaciones Ansiedad Estado.

Puntuación Directa	Percentil	Decatipo
12	15	3

En la escala ansiedad Rasgo, la paciente obtiene altas puntuaciones, ya que se encuentra en el percentil 99, siendo éste el más alto en el que se puede encontrar una persona (Ver tabla 5).

ANSIEDAD RASGO

Tabla 5. Puntuaciones Ansiedad Rasgo.

Puntuación Directa	Percentil	Decatipo
53	99	10

- **BDI (Beck, Steer y Brown, 1996).**

La prueba BDI, que consta de 21 ítems tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI, son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos (Beck, Steer y Brown, 1996).

El BDI, está adaptado a población española, lo que lo convierte en una herramienta fiable y válida para los fines clínicos y de investigación para los que fue creado.

La consistencia interna oscila entre 0.73 y 0.95. La fiabilidad test-retest se encuentra entre 0.81 y 0.83. En cuanto a la validez este test es válido y eficaz para detectar y cuantificar síntomas depresivos en pacientes y discrimina entre pacientes con trastorno de los controles sin trastorno, pacientes con distimia y/o ansiedad generalizada de aquellos con un trastorno depresivo mayor (Beck, Steer y Brown, 1996).

Mediante la evaluación a través de este cuestionario podemos detectar en la paciente que se cansa con facilidad, siente con frecuencia ganas de llorar, tiene la impresión de que no es tan feliz como el resto de personas que la rodean, y anhela ser igual de feliz que el resto. Además, se cree indecisa, y como consecuencia pierde oportunidades, siente que se preocupa en exceso por cosas sin importancia, y una falta de confianza en sí misma. También se debe de tener en cuenta que refiere que le afectan los desengaños de tal manera que no puede olvidarlos. Todos estos hechos influyen en su día a día, y que no consiga esos objetivos que tiene en mente (ver tabla 6).

Tabla 6. Puntuaciones BDI.

Puntuación directa	Resultado
28	Depresión moderada

6. Conceptualización del caso.

Este caso se conceptualiza en un Trastorno de Evitación Experiencial, tal y como se explica en la introducción, ya que esta paciente ha realizado distintos comportamientos, como pueden ser el control de la comida, de la propia vida de todo lo que concierne a su hijo, etc. Este control lo ejerce para evitar sentir “las sensaciones humanas” de incertidumbre que las personas tiene y a las que ella no está acostumbrada. Este comportamiento, que en un principio pretende evitar sentimientos y sensaciones consideradas negativas por la paciente, la lleva intentar controlar estas sensaciones con un número cada vez mayor de acciones distintas. Esto, le provoca cada vez una mayor sensación de incertidumbre, y por lo tanto, que amplíe las conductas evitativas a un mayor número de ámbitos de su vida.

7. Curso del tratamiento y progreso de la evaluación.

El tratamiento utilizado en este caso se basa en la importancia que la terapeuta da a los valores del paciente, dirigiendo siempre la terapia a la consecución de ellos, sin intervenir en otros aspectos, aunque existan otros problemas pero si estos no han sido objeto de consulta no se actúa sobre ellos. Además, en el tratamiento tanto el establecimiento de una buena relación terapéutica como el valor que tiene la honestidad del terapeuta son puntos básicos para el desarrollo de cualquier terapia. La terapeuta utiliza esta filosofía independientemente del caso que se le presente.

A través de la psicoeducación se trabaja el concepto de felicidad, en el que se le hace entender, que esa palabra es una actitud ante la vida, y no hay una forma de encontrarla o conseguirla. Además, se explica que lo opuesto a felicidad no es tristeza, sino miedo o intranquilidad. Es ante el miedo donde se busca el control, es decir, se intenta encontrar la manera de pararlo.

La postura de la paciente ante las sesiones es de escucha profunda, de intensas ganas de aprender. Es capaz de interiorizar y hacer suyas todas las ideas y conceptos que se le explican durante el proceso de psicoeducación. Comienza a expresar en voz alta algunos ejercicios o actitudes.

El objetivo comienza a cubrirse casi desde la primera sesión, en primer lugar, cuando aparece en la segunda sesión ha mejorado su aspecto físico de forma considerable. Tanto en el encuentro casual, como en la primera sesión la paciente aparece algo desaliñada y descuidada, por exponer un ejemplo, parte de su pelo estaba canoso por no haberse dado el cuidado capilar oportuno. Sin embargo, en la segunda sesión aparece con un mejor aspecto físico, y sin el pelo canoso. Entendió la importancia que tiene que ella esté bien, para que su entorno, en este caso en especial su hijo, también estén bien. Además, comprende la necesidad de dejar de analizar y controlar a su hijo para que este sea “feliz”.

En la tercera cita se realiza un debate centrado en “cómo puede saber ella cuando su interferencia es positiva o negativa”. Esto sucede porque la paciente siente un gran miedo a que si deja de interferir constantemente en la vida de su hijo llegue a ser una mala persona.

La paciente refleja en su hijo su propia historia, intentando reconstruir su propia vida a través de él.

Tras la sesión se siente muy contenta porque ha entendido como tiene que hacer las cosas, sin que exista una ley exacta que se pueda seguir. Se le anima a que sienta la incertidumbre de no saber lo que sucederá en el futuro con su hijo, y que esta sensación de incertidumbre es la que siente cualquier madre respecto a su hijo. La paciente no sabe sentirse mal, y pensaba que esa sensación no debía de estar, después de la sesión comprendió que con esa sensación hay que vivir.

En la cuarta sesión la paciente se encuentra en la fase de culpa, “quiere desintoxicar al niño”, y ha pensado mandar a su hijo durante las vacaciones a casa de una hermana. La paciente ha pensado por sí mismas que sería buena idea que su hijo pasase unos días fuera relacionándose con una sobrina de edad parecida. De esta manera al no estar ella presente no interferiría en la vida del niño.

La terapeuta valida su idea, y refuerza esa iniciativa de actuar para que siga realizando comportamientos similares.

En la quinta sesión se valoran los beneficios secundarios de la enfermedad con respecto a su marido. En este caso su marido le permite cualquier comportamiento, sin ponerle nunca límites.

Tras esta última sesión, valora el tratamiento como muy positivos pero le cuesta verse con su sufrimiento por eso intenta seguir funcionando de una forma independiente.

Después del tratamiento se vuelven a pasar los test que se utilizaron en la evaluación para observar los cambios en la paciente. En primer lugar, en la prueba MCMI-III al inicio la paciente puntúa significativamente en trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno distímicos y depresión mayor. Sin embargo, tras la terapia la paciente tan sólo puntúa en el patrón clínico de la personalidad compulsiva (77) y en discapacidad social (85). Respecto al patrón clínico de personalidad compulsiva, hay que señalar que la paciente es una persona que intenta complacer a todas las personas que le rodean, que realiza cualquier cosa de forma lo más perfecta posible, y esto le obliga a ser muy disciplinada y acatar cualquier demanda que le soliciten. Este comportamiento lo lleva realizando muchos años, y a pesar de su mejoría, ese perfeccionismo sigue existiendo, y con ello, una autoexigencia que le ha llevado a que su entorno espere más y más de ella. Al no haber puesto límites su implicación cada vez ha sido mayor, aunque ahora empieza a poner ciertos límites a quienes le rodean aún sigue teniendo que cumplir las expectativas de todos. Por esto también, tiene altas puntuaciones en el índice de discapacidad social, ya que ella intenta complacer a su entorno y ajusta su comportamiento a los deseos de los demás.

En la prueba STAI, al principio del tratamiento en ansiedad estado no obtiene una puntuación significativa (12), después del tratamiento obtuvo una puntuación de 20 que indica que no siente ansiedad en el instante de la evaluación. En la parte de ansiedad rasgo, en la primera evaluación obtiene altas puntuaciones (53) y sin embargo, tras el tratamiento obtiene una puntuación de 11, sorprendentemente, sus índices de ansiedad son muy bajas.

En el test BDI, en la primera evaluación obtiene una puntuación de 28, indicando una depresión moderada, sin embargo, tras la terapia obtiene una puntuación de 3 que muestra ausencia de depresión.

8. Factores que complican el caso.

En este caso los factores que podrían complicar el caso serían las propias patologías de la paciente, pero sin embargo la voluntad y el propósito de esta mujer son dos fuertes armas para conseguir el objetivo que se ha propuesto. Además, su marido sin querer refuerza su patología al no ponerle límites, y aceptar todos sus comportamientos.

9. Accesos y barreras para el cuidado.

Su marido es un gran aliado para que se lleven a cabo todos los pasos necesarios para la consecución de su objetivo, ya que este le da su apoyo incondicional. También, es necesario tener en cuenta que la paciente es muy perfeccionista, y se utiliza esta característica para conseguir su mejora.

10. Seguimiento.

El seguimiento de este caso se hace al mismo tiempo que se le dan pautas nuevas, ya que la paciente se esfuerza en conseguir su objetivo. Tras la primera sesión ya existió un cambio notable en la conducta de la paciente como se ha mencionado en un punto anterior. Además del cambio en su físico, empezó a tener un mayor cuidado de este, comenzó a modificar algunas de sus conductas, aunque estas no eran motivo de consulta. Debido a su trastorno obsesivo-compulsivo era una persona muy volcada en el trabajo, hasta tal punto, que en ocasiones, después de haber terminado la jornada laboral, volvía a su lugar de trabajo para asegurarse de que sus compañeros no habían tocado o movido sus cosas, y en el caso de haber ocurrido volver a colocarlas “en su lugar”. Después de algunas sesiones, por sí sola, comprendió la necesidad de modificar este tipo de conductas, ya que interferían en su vida familiar, y con ello, en la felicidad de su hijo.

Con el transcurso de las sesiones va comprendiendo distintos aspectos de su vida que estaban interfiriendo, como puede ser aceptar que el sufrimiento y la incertidumbre, también son parte de la vida y que su empeño por controlar estos sentimientos producen más daño que beneficio, tanto a ella misma como a quienes le rodean, en este caso su hijo.

11. Implicaciones del tratamiento en el caso.

La elección de un tratamiento basado en los valores y objetivos ha sido esencial para una evolución óptima de la paciente. En este caso, cualquier otro terapeuta podría haber decidido cuales eran los comportamientos que modificar en el paciente y no habría funcionado porque la paciente no percibía estas conductas como problemáticas. Pero al centrarse en las necesidades de la paciente ha conseguido que se oriente hacia su meta y que descubra otros comportamientos que son necesarios modificar para conseguir su objetivo. Además, ha conseguido que la vida de la paciente cambien de forma drástica en un corto periodo de tiempo.

Ha de explicitarse que esta paciente al padecer un trastorno obsesivo compulsivo, tiene una amplia variedad de “rituales” o conductas obsesiva, que interfieren en su vida pero que no son percibidas de esta forma por la paciente. Además, es importante señalar que su marido en ningún momento reprocha este tipo de conductas a la paciente, siendo en parte “cómplice” de este comportamiento.

12. Recomendaciones para clínicos y estudiantes.

Estas son las recomendaciones que hago, teniendo en cuenta mi experiencia durante las prácticas:

1. Actuar en base a los valores del paciente. Es muy importante trabajar en base a los valores y necesidades que nos plantea el paciente, y no hacerlo en base a las necesidades y comportamientos que nosotros creemos que tiene que modificar.
2. Establecer una buena relación terapéutica. Por muy buena que sea la teoría de la terapia que queramos utilizar si no se empieza estableciendo una buena relación terapéutica con el paciente no conseguiremos ningún cambio en éste.
3. Honestidad del terapeuta. Es necesario que el terapeuta sea honesto con su paciente y que no prometa unas expectativas de mejora o solución, ya que en ningún momento podemos saber cuál será la evolución y cambio del paciente con certeza porque su comportamiento depende en gran parte de “sí mismo”.
4. La influencia de las relaciones personales, como el cambio de un individuo provoca el cambio en su entorno. Es muy importante tener en cuenta cuando tratamos con un paciente que todos los cambios que sufra en su comportamiento afectaran al comportamiento que su entorno ha tenido hasta ese momento con ellos.

13. Conclusiones.

Como conclusiones tras el tratamiento, se puede señalar que en la paciente se han eliminado los sentimientos de culpa, a excepción de la culpa existente por el tiempo perdido con su hijo. Aunque sigue existiendo obsesiones, en muchas ocasiones no realiza la compulsión, esto se da por un elevado autocontrol comportamental. Además, ha disminuido de forma elevada la intromisión en la vida de su hijo, incluso comenta como comparte y transmite esta idea a su marido para que ambos trabajen en la misma dirección. Un dato importante de su mejoría, es que ahora acepta sus “bajones” como parte natural de la vida, conociendo el mecanismo de desaparición posterior, si uno convive con ellos sin dejar que interfieran.

Como datos finales, señalar que la madre de la paciente está muy sorprendida por el cambio, y le comenta “tú no eres así”, pero tras la fase de adaptación al cambio ha habido una reducción notable de los conflictos con ella, consecuencia de que la paciente haya marcado unos límites. Con respecto al trabajo, su jefe no se ha adaptado a los nuevos cambios y sigue manteniendo la misma actitud con la paciente.

Añadir como dato, que la paciente está muy satisfecha con los cambios ocurridos en su vida.

Como apunte negativo, indicar que no logra superar su trastorno de la conducta alimentaria (TCA), ya que utiliza este trastorno como válvula de escape y no consigue eliminarla. Pero también es necesario tener en cuenta que la paciente no pide ayuda respecto a este trastorno.

14. Limitaciones

Entre las limitaciones que presentan los resultados de este caso se podría mencionar que al ser un estudio de caso los datos obtenidos no pueden ser del todo concluyentes. Ya que aunque existe una mejora evidente, pueden haber influido otro tipo de variables que no han sido tenidas en cuenta, por ejemplo, un cambio de actitud en su entorno o algún otro suceso ocurrido del que se desconozca su existencia.

Aunque sería oportuno realizar investigaciones futuras para ratificar eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en casos similares, es necesario señalar que existen en la actualidad distintos estudios que apoyan el uso de ACT en casos de evitación experiencial. Dentro de estos estudios se pueden mencionar el estudio de caso de Rafael Ferro García (2000), o el trabajo de Francisco José Ruiz (2010).

15. Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, D.L.
- Barnes-Holmes, D, Hayes, S. C. y Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (ed.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Casper, R.C., Ecker, E.D., Lamí, K.A., Goldberg, S.C. y Davis J.M. (1980). The incidence and clinical significance of bulimia in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C. y Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno, NV: Context Press.
- Ductor Recuerda, M.J. (2005). Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 23, 1, 83-100.
- Fernández Aranda, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la Alimentación: Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson.
- Ferro García, R (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.

- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. y Wilson, K. (1991). Acceptance and commitment therapy (ACT). A manual for the treatment of emotional avoidance. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Kasser, J.A., Gwirtsman, H.E., Kaye, W.H., Brandt, H.A. y Jimerson, D.C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.

- Luciano, C., Hayes, S. C., (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Rodríguez Valverde, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M. C. y Valdivia M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5, 173-201.
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., Ruiz, F.J. y Páez, M. (2009). Brief Acceptance-based Protocols Applied to the Work with Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 237-257.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2004). *MCMI-III: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual*. Madrid: TEA.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica [ACT and the Importance of Personal Values in the Context of Psychological Therapy]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.

- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA, Ediciones. (Trabajo original publicado en 1970).
- Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos [Alteration of consequential properties of the events in humans: A review]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 425-444.
- Wilson, K.G. y Luciano Soriano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

