

Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

Trabajo fin de Master

Unidad de Atención Psicológica. Universidad de Almería

**Flexibilidad y Defusión cognitiva aplicada a un
trastorno de ansiedad. Estudio de caso**

Alumna : Raquel Berbel Gallardo

Directora: Flor Zaldívar Basurto

Fecha convocatoria: Junio 2013

INDICE:

1 .Agradecimientos.....3

2. Memoria de Prácticas Unidad de Atención Psicológica.....4

CASO:

3. Resumen.....5

4. Introducción.....7

5. Identificación del paciente.....14

6. Análisis del motivo de consulta.....15

7. Historia del problema.....17

8. Análisis y descripción de las conductas problema.....18

9. Establecimiento de las metas del tratamiento.....21

10. Establecimiento de los objetivos terapéuticos.....22

11. Tratamiento y progreso de la Terapia28

**12. Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos
y observaciones.....45**

13. Referencias.....49

1 .AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar agradecer a Flor Zaldívar y a Francisca López Ríos la oportunidad de realizar mis prácticas en la Unidad Clínica. Agradecer a las dos su flexibilidad y comprensión con respecto a mi caso, así como su cercanía y ayuda en todo lo que he necesitado.

A mi compañero Francisco José Trillo sus llamadas, sus avisos y en general el estar pendiente de los demás, gracias por echarme una mano.

A José Manuel García Montes y Antonio Molina agradecerles que hayan compartido sus casos conmigo y conocer así nuevas experiencias.

Me gustaría agradecer especialmente a Serafín Gómez que me haya permitido estar presente en su trabajo, por todo lo aprendido con él, por crear en mí la curiosidad para descubrir nuevos caminos en el abordaje terapéutico. Gracias por mostrarme el trabajo real del terapeuta, pero sobre todo gracias por mostrarme la humildad, la cercanía y el saber hacer.

Por último, agradecer a mi familia, a mi pareja y amigos su comprensión y apoyo en este proceso.

2. MEMORIA DE PRÁCTICAS UNIDAD ATENCIÓN PSICOLÓGICA:

Durante este año 2013 he realizado mis prácticas en la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería, bajo la supervisión de su Directora Francisca López Ríos.

El objetivo principal de la Unidad es atender a toda la comunidad universitaria en su demanda frente a las dificultades de índole psicológica. Las competencias a desarrollar son la Asistencia clínica, es decir el prestar un servicio de atención, evaluación y si es pertinente tratamiento psicológico ante la demandas de sus diferentes usuarios. La Formación de alumnos de master y doctorado. La promoción de la investigación por medio de convenios y colaboraciones con diferentes Entidades. Así como la Promoción de la Psicología y el bienestar Psicológico en el contexto universitario y en la sociedad en general. Para la consecución de estos objetivos se realizan diferentes talleres, existe un grupo regular de meditación y se presta un servicio individualizado de atención psicológica.

Concretamente en mis prácticas he tenido la oportunidad de ser partícipe de los talleres realizados en la Unidad (Taller de Enfado), de participar en las sesiones terapéuticas, así como en la supervisión y revisión de casos por parte de los diferentes terapeutas de la unidad.

Destacaría de todo este proceso mi asistencia a las sesiones terapéuticas. En ellas he podido participar en el seguimiento completo de un caso. Conocer el engranaje de un proceso terapéutico real, con sus dificultades y progresos.

A través de la revisión de casos, con los diferentes terapeutas de la Unidad. He adquirido una visión amplia del proceso terapéutico, diferentes formas de abordar un problema, así como el aprendizaje a través de diferentes experiencias.

CASO:

Unidad de Atención Psicológica. Universidad de Almería

Flexibilidad y defusión cognitiva aplicada a un trastorno de ansiedad. Estudio de caso

Raquel Berbel Gallardo y Serafín Gómez Martín

3. RESUMEN:

El paciente A. es un estudiante de posgrado de 35 años, casado que acude a la Unidad de Atención psicológica de la Universidad de Almería refiriendo una ansiedad excesiva que no le permite concentrarse y baja bastante su rendimiento en los estudios, ya que prepara unas oposiciones a profesor de secundaria. El estado de nerviosismo y ansiedad en el que se encuentra inmerso no sólo lo bloquean sino que hacen que dude de sus propias capacidades. Hasta el momento el paciente ha intentado erradicar su ansiedad mediante ejercicio físico y tratando de ignorar los pensamientos y sensaciones desagradables que tiene, nunca ha acudido a otro profesional. En las primeras entrevistas observamos que le cuesta mucho compartir lo que piensa y siente, mostrando un patrón personal excesivamente rígido con un nivel de autoexigencia muy alto, informa que su padre ha sido autoritario y muestra un lenguaje corporal muy inexpresivo. La intervención consistió en mostrar a A. de donde viene su tensión se ha trabajado la toma de conciencia y romper con la cadena de acontecimientos y rumiaciones sobre “sí mismo” y sobre su “incompetencia”. Mediante metáforas y otros ejercicios corporales se ha revisado la utilidad de las estrategias hasta ahora utilizadas y se han trabajado los valores del paciente respecto a sus metas. Se ha trabajado especialmente la apertura emocional y la implicación en la vida que antes describía como “gris” de manera que se orientase más en sentir y dar y no tanto a pensar y a sí mismo. La evolución en todos estos objetivos terapéuticos ha sido muy positiva a largo de las 15 sesiones, informando que ya no le preocupa sentirse ansioso o “pensar que no vale” y también ha mejorado una mayor comunicación y atención a los demás, especialmente su pareja.

3. ABSTRACT:

Cognitive flexibility and Defusion applied to a nervous breakdown case. Case study

CASE. A.

Patient A is a 35-year-old married postgraduate student who attends the Psychological Attention Unit of the University of Almeria due to an excessive anxiety. This problem affects his concentration and therefore impedes his ability to study. He is currently preparing to take the exam to become a secondary school teacher.

His nervous state not only affects his reactions but also causes insecurities. The patient has tried to eradicate his anxiety through physical exercise and ignoring any negative thoughts or feelings. He has never sought professional help.

In the first interviews, it was observed that the patient has difficulty sharing feelings and places excessively rigid expectations on himself. The patient informed that his father has been a stern authority figure which has caused him some difficulty in expressing himself.

The treatment consists of an attempt to demonstrate to the patient where his tension derives from and raising his self-awareness to break the chain of events and negative thoughts which lead to his feeling of incompetence. Using metaphors and other exercises, his own strategies for combating his anxiety have been improved. Added to this, the patient has worked on his personal goals. In particular, the patient has been encouraged to open up emotionally and whereas before he was very inward-looking, he has now realized that there are more constructive ways of looking at life. The evolution in all of the therapeutic objectives has been very positive and the patient reports that he no longer worries about his anxiety and insecurities. Also, he has developed his communicative skills, especially towards his partner.

4 .INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de ansiedad son uno de los desórdenes más extendidos en la sociedad occidental. Prueba de ello es el aumento en esta última década de la venta de ansiolíticos, libros de autoayuda y demás fórmulas que nos acercan de forma rápida a la tan ansiada felicidad. Pero qué se esconde tras este padecimiento.

Creemos en una sociedad cada vez más competitiva, incapaz de vivir en paz, generadora constante de frustraciones. Frustraciones provocadas por nuestra escasa capacidad de aceptar el sufrimiento. Pretendemos una vida de comodidad, con respuestas y pequeños placebos para cualquier situación. Nuestro entorno nos educa para ser los mejores, para no afrontar la derrota, el sufrimiento, el dolor, en definitiva para no ver quiénes somos en realidad. Desde pequeños se nos educa para ello, para controlar lo que pensamos y sentimos, se nos dice “no llores”, “tienes que ser fuerte”. Y esos niños pequeños crecen, y lo hace con sus “no debes” y “no puedes”. Entonces pasamos a vivir una vida adulta enmarcada en la lucha contra nuestros pensamientos y sensaciones, contra el sentirnos mal. Paradójicamente esta pretensión por aliviar nuestro dolor, lo alimentan aún más y es entonces cuando nuestro cuerpo reacciona ante esos pensamientos y sensaciones como ante un peligro real. Cómo si luchase contra un león, evitándolo, intentando eliminarlo, controlarlo. Alejándonos cada vez más de una vida en plena, que no es otra que aquella que contempla el sufrimiento como parte de sí misma.

. Son diversos los tratamientos planteados para el abordaje de los problemas de personas con ansiedad. Entrenamiento en respiración, Relajación aplicada, Reestructuración cognitiva, Exposición interoceptiva para el trastorno de pánico. Exposición en vivo, Desensibilización sistemática para trastornos de ansiedad “ligados a situaciones”. Tratamientos cognitivos como el elaborado por Dudas y Ladoceur y tratamientos basados en procedimientos más conductuales y con gran énfasis en la relajación como técnica principal como el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (EMA). A través de este artículo no pretendemos presentar un planteamiento tradicional y clasificatorio de la ansiedad (contemplado en los sistemas DSM IV y CIE 10). Nuestro objetivo es abordar el problema de la ansiedad, independientemente de su análisis como un conjunto de síntomas y el cumplimiento de los diferentes criterios

diagnósticos. Sino que pretendemos trabajar desde una perspectiva funcional teniendo en cuenta todas las circunstancias generadoras y mantenedoras de la ansiedad del paciente, para comprender los procesos responsables de la ansiedad del paciente que no le permiten llevar una vida normalizada. Trabajaremos por tanto desde una perspectiva integradora con procedimientos principalmente de Terapia ACT, basándonos en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) y la utilización de estrategias de la Terapia Gestalt basada en el presente, la experiencia y la responsabilidad como experiencias obvias.

Psicoterapia Gestalt no es una suma de doctrinas (Psicoanálisis de Freud, filosofía existencial, psicología Gestalt, religiones orientales, budismo, Zen, el psicodrama de J.L. Moreno, la teoría de la coraza muscular de W. Reich, la teoría de la indiferencia creativa de Sigmund Friedlander) sino una integración creativa de todas ellas, llevada a cabo por su creador Fritz Perls. Viendo esta como una filosofía de la vida por encima del enfoque terapéutico, donde calidad de escucha, presencia y consciencia sean objetivos a trabajar para alcanzar la concepción de salud. Explorando las dimensiones internas del individuo y la relación con el exterior sin que eso sea evitar el dolor y falsearse. Entendiendo como concepto clave del enfoque gestáltico, *el darse cuenta*. El darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y el ahora, con lo que uno se siente o percibe. Teniendo tres zonas de darse cuenta: 1. El darse cuenta del mundo exterior, 2. El darse cuenta del mundo interior, 3. El darse cuenta de la fantasía, la zona intermedia.

Es importante también en psicoterapia Gestalt el Aquí y el Ahora. Así como el cambio de el “como” por el “porqué”, entendiendo que porqué solo nos conduce a estériles e interminables investigaciones de la causa, es la búsqueda de la racionalización. Los pilares sobre los que se apoya el enfoque gestáltico son por tanto: el aquí y el ahora y el cómo. Su esencia está en la comprensión de estas dos palabras. *Vivir ahora tratando de darnos cuenta de cómo lo hacemos*. Por último destacar de este enfoque algunas estrategias a trabajar en nuestro caso, el dejar de pensar innecesariamente sustituyendo la acción, el dejar de aparentar o jugar al “como si”, expresar o comunicar, sentir las cosas desagradables y el dolor, tomar completa conciencia de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios. *En definitiva sea lo que Ud. es...sin importar lo que Ud. sea*

Uno de los principios teóricos para el sustento de las terapias de Tercera Generación es la *Teoría de los Marcos Relacionales* (RFT por sus siglas en inglés *Relational Frame Theory*, Gómez, 2001; Hayes, 1991; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Luciano y Gómez, 2001).

Siguiendo un artículo (Gómez Martín, S. López Ríos F. y Manjón Mesa H. 2005 p.494-501), se hará un resumen de los aspectos más importantes sobre RFT, para continuar con la explicación de la Terapia ACT.

La Teoría de los Marcos Relacionales o RFT, es una de las teorías existentes en la actualidad para dar razón de los fenómenos de derivación y transferencia o transformación de funciones. La *RFT* es una teoría comprehensiva del comportamiento humano complejo cuya raíz es el conductismo radical y cuyo interés central es el estudio del lenguaje y la cognición.

Según La *RFT* existen cuatro causas de los trastornos psicológicos. Según la *RFT* la conducta verbal y la derivación de relaciones de estímulo serían el mismo fenómeno. El lenguaje humano, o nuestra capacidad de derivar relaciones y de que se produzca transferencia o transformación de funciones, tendría por un lado, grandes ventajas adaptativas. Sin embargo, también poseería ciertas características que favorecen el desarrollo y mantenimiento de los problemas psicológicos. Tal y como proponen los autores de *ACT* (Hayes *et al.*, 1999), lo normal, dado cómo funciona el lenguaje, es que el sufrimiento humano sea una característica básica de la existencia.

Las cuatro características básicas del lenguaje que multiplican el sufrimiento en los humanos. Serían en primer lugar la literalidad o bidireccionalidad del lenguaje. Los humanos podemos sentir miedo, dolor o cualquier estado aversivo, no sólo ante la situación aversiva que generó ese tipo de estado por contingencias directas, sino también ante cualquier tipo de estimulación que esté verbalmente relacionada con la situación original. Dichas situaciones adquirirían así una función de evitación, con el consiguiente estrechamiento de la vida del cliente en diferentes ámbitos importantes para él. La cuestión es que hay contextos donde sería más provechoso estar “aquí” y “ahora”, en los que los procesos verbales mencionados interfieren impidiendo un contacto con las contingencias directas de la situación.

Otro de los inconvenientes de la literalidad sería no diferenciar entre el contenido (yo como contenido) y el contexto de nuestra conducta verbal (yo como contexto).

La segunda causa tendría que ver con el establecimiento de clases o formación de categorías, dividiendo así el mundo de una manera arbitraria y con la aplicación de marcos relacionales de evaluación y comparación de nuestra experiencia. Podemos llegar así a comportarnos (si no tomamos la suficiente distancia) según la “etiqueta” con la que nos definimos o nos definen otros.

La tercera causa de los problemas psicológicos tendría que ver con el contexto de dar razones y la búsqueda de coherencia. Tratamos de construir historias coherentes sobre nosotros mismos, nuestra experiencia etc., que explican nuestros problemas y ofrecen soluciones también coherentes que acabarían con ellos a las que nos solemos aferrar rígidamente). A menudo, las soluciones propuestas tienen que ver con el cambio de algún estado interno (emoción, pensamiento, etc.) que se asume como causa de la conducta; es decir, se establecen relaciones causales arbitrarias entre estados internos y conducta, de tal modo que una persona que diga que “está triste y no le apetece salir” puede ser comprendida por los demás, aunque esto limite sus posibilidades de conseguir cosas que quiere. Por otro lado, existen aspectos de nuestra experiencia ante los cuales preguntarse ¿por qué? o decir cosas como “esto no es lógico”, “no tiene sentido”, “no lo esperaba”, “no es justo”, etc., no cambia la experiencia en sí misma. Podríamos decir, que la vida no es coherente o lógica o tiene sentido, esto en todo caso, sería una acción verbal que los humanos llevamos a cabo. Sin embargo, este matiz tiende a ser olvidado y cuando las cosas no son como “deberían ser” “no lo comprendemos” o decimos “que no es justo, lógico, racional, etc.”

La cuarta y última causa de los problemas psicológicos desde la *RFT* vendría dada por el control de los eventos privados como condición necesaria para llevar una vida adecuada. Digamos que la red relacional reforzada en múltiples ocasiones sería algo así como “controlar los eventos privados aversivos para controlar la calidad de tu vida”, dicho de otro modo “cuantos menos estados aversivos internos experimentemos, mejor vivimos” o “para poder vivir bien, uno no tiene que sentir dolor” (véase Luciano *et al.*, 2004 para una explicación detallada de la importancia de este contexto verbal). Todo ello es completamente lógico y adaptativo por otra parte en determinados contextos, el problema es cuando este intento por controlar genera más problemas de los que resuelve (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Esto es, la vida de una persona puede llegar a girar exclusivamente en torno a no sentir ansiedad, tristeza, etc., ya que según la lógica expuesta para poder “vivir” necesita antes suprimir en cierto modo este tipo de estados internos.

(Véase Gómez Martín, S. López Ríos F. y Manjón Mesa H.2005)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, según se cita en Luciano y Valdivia, 2006) también llamada ACT, es el enfoque

terapéutico más característico de las llamadas Terapias de conducta de Tercera Generación (Hayes, 2004), cuyo origen se sitúa en la década de 1990, aunque no sería hasta 2004 cuando recibirían este nombre. Esta nueva generación se caracteriza, entre otras cosas, por su filosofía contextual-funcional y por promover un mayor interés por la investigación básica. Su emergencia en el ámbito terapéutico se debe a varios factores, pero para ello es necesario hacer un recorrido por las generaciones anteriores.

La primera generación supone un cambio en la psicología clínica, dominada hasta entonces por el psicoanálisis, ya que aporta una visión contextual e ideográfica (Pérez Álvarez, 2006) y se apoya en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias (Luciano y Valdivia, 2006). A pesar del avance que supuso la incorporación de terapias basadas en investigaciones básicas y en el cambio de conducta, mostraron limitaciones respecto a su efectividad, en especial en algunos trastornos en la etapa adulta. La segunda generación surge debido a la necesidad de prestar atención a la dimensión cognitiva, y se le atribuye a ésta un papel primordial como causa del comportamiento de las personas. Por ello, la terapia cognitivo conductual se centra en el cambio de las estructuras cognitivas que impiden un correcto funcionamiento del sujeto. A pesar de que han resultado exitosas y está empíricamente validada, apenas se conocen los procesos que definen sus métodos y su efectividad se ha relacionado en mayor medida con los componentes conductuales que con los cognitivos (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, y Páez-Blarrina, 2006)

Todas estas limitaciones favorecen el surgimiento de la tercera generación de Terapias de Conducta, cuyas técnicas no abogan por la evitación de los síntomas, sino por actuar con responsabilidad en la elección personal y aceptar aquellos eventos privados que surjan debido a ello (Luciano y Valdivia, 2006). Según se cita en ese artículo, algunas terapias que conforman esta tercera generación son: la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia integral de parejas (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia cognitiva basada en el Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999). De todas ellas, la más representativa y en la que nos vamos a centrar es ACT para el abordaje de nuestro caso.

Para entender mejor ACT, es necesario conocer cuáles son sus características básicas. Respecto a esto, se puede decir que: 1) parte de un marco global de referencias sobre ventajas y desventajas de la condición humana y de un modelo funcional sobre cognición y lenguaje (Teoría del Marco Relacional), 2) presenta una filosofía contextual-funcional, 3) aparece el concepto funcional de evitación experiencial destructiva como eje central y común de los trastornos psicológicos, y 4) se compromete a realizar investigaciones básicas para profundizar más en su evidencia. Asimismo, existen otros aspectos importantes sobre ACT. En primer lugar, se puede decir que se trata de una terapia conductual, radical, analítica, contextual y funcional. En segundo lugar, propone la dimensión del sufrimiento-placer como las dos caras de la misma moneda y que esta dimensión va a sufrir cambios cuando el organismo se convierte en ser verbal. Se considera que las máximas culturales que se promueven, como “el dolor y el malestar son malos, tengo que alejarlos o evitarlos”, producen efectos paradójicos, alejando a la persona de aquello que le importa y provocándole mayor sufrimiento. Este patrón de funcionamiento ineficaz en el que se evitan eventos privados negativos se denomina evitación experiencial. Y por último, cabe destacar que ACT apela constantemente a las direcciones de valor personal.

Es decir, se considera que aprendemos a tener eventos privados, pero desde la comunidad verbal se entrena a controlarlos o evitarlos. Y es en este proceso en el que se produce la derivación de relaciones entre palabras, objetos, etc., o lo que es lo mismo, se establece una relación de eventos entre los que unos sustituyen a otros y adquieren otras propiedades. Por lo tanto, el lenguaje ha adquirido una gran relevancia para entender por qué el ser verbal es vulnerable y se ha considerado el comportamiento verbal como una actividad relacional. Para llevar a cabo un análisis más detallado de la derivación psicológica, sería necesario situarnos desde la perspectiva de la Teoría del Marco Relacional, desde la cual también se basa ACT. Esta teoría tiene como marco filosófico al Contextualismo funcional y es una aproximación analítico-funcional al estudio del lenguaje y la cognición que ha aportado una gran contribución empírica al área de investigación (Barnes-Holmes, Rodríguez, y Whelan, 2005). Defiende que los eventos privados se conforman en la historia individual, y que las relaciones entre eventos privados y acciones responden a relaciones arbitrarias potenciadas socialmente

y no a relaciones mecánicas (Luciano y Valdivia, 2006). Puesto que una descripción detallada de esta teoría excede los objetivos de este trabajo, sólo se mencionará que entender esta teoría es importante para implementar ACT porque, entre otras cosas, proyecta vías de investigación para el estudio de fenómenos verbales y el surgimiento de comportamientos y funciones nuevas sin que exista una historia o proceso de condicionamiento directo que los sustente (Wilson y Luciano, 2002).

Por lo tanto, es posible que muchas personas queden atrapadas en la evitación continua de aquellos eventos que le producen malestar, y a consecuencia de esto, el sufrimiento se extiende a distintas facetas de su vida. En estos casos en los que aparece un patrón inflexible, con numerosos comportamientos dirigidos a vivir bajo la necesidad de controlar o evitar los eventos privados negativos, se le denomina Trastorno de Evitación experiencial (Hayes et al, 1996; Luciano y Hayes, 2001, según se cita en Wilson y Luciano, 2002). Esta evitación experiencial se considera como una dimensión funcional que está en la base de muchos trastornos, como los afectivos o aquellos que transcurren con dolor, etc.

De esta manera, todo lo comentado anteriormente va a influir notablemente en qué propone ACT en su terapia y en los métodos usados. Respecto a esto, ACT supone un giro radical, ya que el objetivo no es tratar de cambiar los eventos privados, sino alterar la función de éstos y generar cierta flexibilidad en la regulación del comportamiento. Para ello, aporta un tratamiento centrado en la clarificación de valores para actuar en direcciones valiosas, teniendo presente que la resistencia al malestar es lo que ha provocado el sufrimiento.

Por lo que respecta a los métodos clínicos usados en ACT, a pesar de que éstos provienen de otras terapias, tienen su lógica de funcionamiento en el aprendizaje relacional, y su efectividad se basa más en su finalidad que en los métodos en sí mismos. Las principales técnicas usadas son metáforas, que sirven como analogías del problema; paradojas, que muestren las trampas verbales; y los ejercicios experienciales. En general, la actuación en terapia está dirigida a clarificar valores y el compromiso con la acción en la trayectoria elegida, y practicar de-fusión. Para ello, el terapeuta pondrá en marcha sus distintas habilidades, ajustando los distintos métodos a cada caso y a

cada momento, y generará las condiciones necesarias en terapia para producir la Desesperanza creativa, dirigirá las actuaciones hacia la clarificación de valores y ejercitará al paciente en el distanciamiento de eventos privados y en desliteralizar los contenidos privados.

5. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

El paciente A. es un hombre de 35 años, casado y sin hijos. En la actualidad se encuentra desempleado, estudia un posgrado en la Universidad de Almería y a su vez prepara unas oposiciones de secundaria, su mujer es quien trabaja en casa y los mantiene económicamente.

Su infancia y adolescencia se desarrolla en un municipio cercano a la provincia de Almería dedicado principalmente al cultivo agrícola en invernaderos, siendo este un entorno muy tradicional. Respecto a su historia familiar A. refiere un contexto familiar normalizado, aunque insiste en la rigidez y rol autoritario del padre, de este destaca que ha sido muy exigente y severo con él y sus dos hermanos y que su relación ha sido siempre muy fría y conflictiva. La relación con su madre ha sido más íntima, destacando de ella su estado ansioso y sus constantes preocupaciones, así como un “*carácter muy cerrado*”. Su unidad familiar consta a su vez de un hermano mayor, fallecido unos años atrás y de otro hermano casado y con un hijo, es con este hijo, con su sobrino con el que A. se siente más vinculado, afirma mi sobrino “es cómo yo” refiriéndose a su carácter inexpresivo y reservado.

A. tras terminar unos estudios de Formación profesional accede a la Universidad de Granada donde cursa sus estudios universitarios, que concluye finalmente tras 10 años del 1995 al 2005. A su regreso a Almería vive con sus padres y trabajaba en el invernadero familiar. En 2010 se casa y sigue manteniendo su misma situación socioeconómica, trabaja de forma eventual ayudando a su hermano en un invernadero y continúa con su formación a través de varios master y con la preparación de unas oposiciones.

A. no ha acudido nunca a otro profesional, no toma medicación. No cuenta con ninguna patología y refiere ser esta *su última opción*.

6. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

A. acude a la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería preocupado por un estado constante de ansiedad y tensión que no le permite concentrarse y baja su rendimiento en los estudios. Pide ayuda para conseguir eliminar esta tensión y conseguir centrarse en sus estudios. El paciente comenta que cuando tiene que enfrentarse a una tarea académica es incapaz de concentrarse comienzan en él una serie de síntomas físicos como la tensión muscular que no le permite mover su cuerpo, palpitaciones...sintiendo cada vez más ansiedad que no le permite rendir “*tal y como debería*”, a su vez se suceden en él ideas como “*soy un inútil*” “*tengo una tara*” “*No soy normal*” “*No debería estar así*”. Para disminuir su nerviosismo practica deporte, de este modo intenta paliar sus síntomas físicos. Esta es la primera vez que acude a un profesional.

**Es interesante ver aquí, un ejemplo real de la propia demanda del paciente y comprender así el estado en el que se encontraba al solicitar ayuda psicológica (Ver ANEXO I)*

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DEL PROPIO PACIENTE SOBRE SU PROBLEMA.

"Hola, mi nombre es A. y mando este e-mail para solicitar ayuda a la Unidad de Atención Psicológica por mi problema.

Nombre: A.

Edad: 35.

Teléfono: XXX

Estudiante del Máster de Prevención de Riesgos Laborales.

Titulación de procedencia: Ingeniero de Edificación.

Motivo: Padezco una tensión y nerviosismo, una permanente inquietud por motivo de los estudios, exagerada e irracional, pues no encuentro razón lógica que la explique. Ello me provoca una casi completa incapacidad de concentración, una muy baja capacidad de trabajo, además de afectarme también en el plano personal.

Es lógico que cualquier estudiante padezca estrés, especialmente en época de exámenes. Pero en mi caso, estando aún lejos la época de exámenes padezco ya esta tensión anormal que comento. Es más, durante un examen, es normal que un alumno baje su capacidad de concentración y rendimiento, pero no hasta un punto tan extremo como en el que yo me encuentro, sin estar ni próxima la época de exámenes.

A veces estoy en una situación de nerviosismo tal que me impide poder concentrarme en absoluto. Otras veces, se traduce en un agarrotamiento tal, que me hace estar cansado, aun antes de empezar una sesión de estudio, haciendo que el número de errores o equivocaciones que cometo se eleven más allá de lo razonable. Este agarrotamiento me provoca una exagerada falta de lucidez. A veces he pensado que esta ausencia de lucidez es debida a una baja capacidad intelectual o a algo físico que funciona mal en mi cabeza. Sin embargo, esto no debe ser así, ya que en épocas de vacaciones, donde parecen estar lejos los estudios, cuando he estudiado algún tema, me he sorprendido a mí mismo, ya que lo he visto clarísimo, con una lucidez inusitada, cuando antes me costaba horrores entenderlo.

Es una situación que arrastro de atrás en mi vida. He probado cosas como yoga, deporte, audios de relajación, pero tan solo alivian temporalmente un poco los síntomas, pero no he conseguido una auténtica mejora. En concreto, cuando me encuentro muy nervioso o tenso, salgo a correr o hago bicicleta, o ambas cosas. Claro, después de machacarme haciendo deporte, no estoy nervioso, pero tampoco estoy realmente relajado, ya que el estado de tensión del cuerpo, si bien ha mermado, no ha desaparecido. Además, estas sesiones de deporte provocan que tampoco esté lúcido, permaneciendo lento, agotado y con baja concentración y capacidad de trabajo, ahora también por el desgaste físico. Es como una pescadilla que se muerde la cola. Todo esto hace que prácticamente me plantee como última posibilidad para solucionar mi problema el recibir ayuda de la Unidad de Atención Psicológica.

¿Por qué acudir a la Unidad de Atención Psicológica? Pues básicamente por tres razones.

La primera de ellas, la cual es obvia, es porque como estudiante de la UAL, puedo solicitarles ayuda.

La segunda, es que dada mi actual situación de parado, me resulta prohibitivo acudir a un gabinete psicológico profesional.

Y la tercera, es que entiendo que en un caso como el mío, relacionado con los estudios y el rendimiento académico, una unidad de atención psicológica universitaria debe ser un lugar bastante preparado, experimentado e idóneo con respecto a otros gabinetes.

Un saludo y muchas gracias"

7. HISTORIA DEL PROBLEMA

A. sitúa El origen del problema tal y como lo percibe en la actualidad, en su etapa Universitaria Describe como siempre ha tenido tensión respecto al estudio pero es entonces cuando estas sensaciones se convierten en un problema real para él ya que no le permiten rendir, llegando incluso a plantearse que *“tiene una tara “ o un “problema psicológico o defecto intelectual”*. En esta etapa, A. reconoce que sus padres tenían problemas económicos y hacían un gran esfuerzo para pagar sus estudios, por lo que él se sentía más presionado si cabe. A su vez se sentía desprotegido e inseguro al encontrarse fuera de la unidad familiar.

A lo largo de su historia A. ha desarrollado un carácter personal inexpresivo y dominado por el “deber” y por su auto exigencia. El carácter autoritario y severo de su padre ha marcado su comportamiento. A. recuerda situaciones conflictivas con su padre y cómo este ha inculcado en él un sentimiento de incompetencia, de él hizo suyas verbalizaciones como *“soy un inútil”, “no soy capaz de nada”*. A su vez el entorno tradicional en el que se ha criado ha mantenido estas creencias a través del sentido de la responsabilidad y del deber.

A. se muestra como una persona reservada muy inexpresivo en sus relaciones sociales, no le gusta que los demás perciban sus debilidades, para ello se muestra frío y reservado. Ni tan si quiera es capaz de comunicar lo que siente a su mujer. Vive centrado en sus estudios y en él mismo a través de sus preocupaciones, se muestra preocupado por lo que los demás piensen de él y se compara constantemente con el resto. Es muy relevante el símil que hace de su vida con el color gris. No disfruta de ninguna actividad ni apenas comparte su tiempo con su pareja, tan sólo interrumpe su estudio para paliar la sintomatología ansiosa a través del deporte, corriendo.

Actualmente la tensión forma parte de su día a día, siente que no rinde en sus estudios e incluso antes de iniciar una tarea ya le abordan pensamientos *“no voy a ser capaz” “soy tonto”* y comienza a ponerse más nervioso, entrando entonces en una espiral constante que hace que su rendimiento cómo él verbaliza *“sea pésimo”*.

. En su demanda de atención psicológica el paciente muestra su preocupación por *el deber de no sentirse mal* , dice que él “*no debería estar así* “ y muestra el nivel de autoexigencia hacia sí mismo y su intento de racionalizar todo.

8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS

PROBLEMA:

En la primera sesión se preguntó al paciente cuál eran para él los objetivos dentro de la terapia. Este mencionó que disminuir su tensión o ansiedad y poder mejorar su rendimiento. Analizado el problema del paciente tras una evaluación inicial obtenida mediante la entrevista y la observación en terapia del paciente. Se utilizó un análisis funcional (Hayes y O'Brien,1990) bajo la perspectiva del contextualismo-funcional para describir y analizar las conductas problemas presentadas por A. Este análisis nos permitió desarrollar las hipótesis respecto a las relaciones funcionales causales y mantenedoras de la conducta problema planteada por el paciente y así poder iniciar nuestro trabajo terapéutico. (ver Fig.1).

Descripción del Análisis Funcional (Hayes y O'Brien, 1990)

En primer lugar en la entrevista inicial con el paciente y a lo largo de la primera fase del proceso terapéutico se recaban datos sobre el contexto socio-familiar del paciente, la historia clínica, la forma en que venía presentándose la ansiedad y aspectos que podrían haber reforzado el mantenimiento y agravamiento de su problema. Con esta información se establecen la relación entre las diferentes variables.

Tal y cómo se representa en la Fig.1 el paciente A. cuenta con unos antecedentes históricos que en el estudio de su caso reflejan relación causal con la conducta problema, así como unas variables mantenedoras del problema reforzadas a lo largo de su historia y que han reproducido constantemente la espiral de su proceso ansioso.

El contexto socio-familiar del paciente a largo de su historia personal, la relación paterna filial ha creado en A. un estilo propio de relación con sus eventos

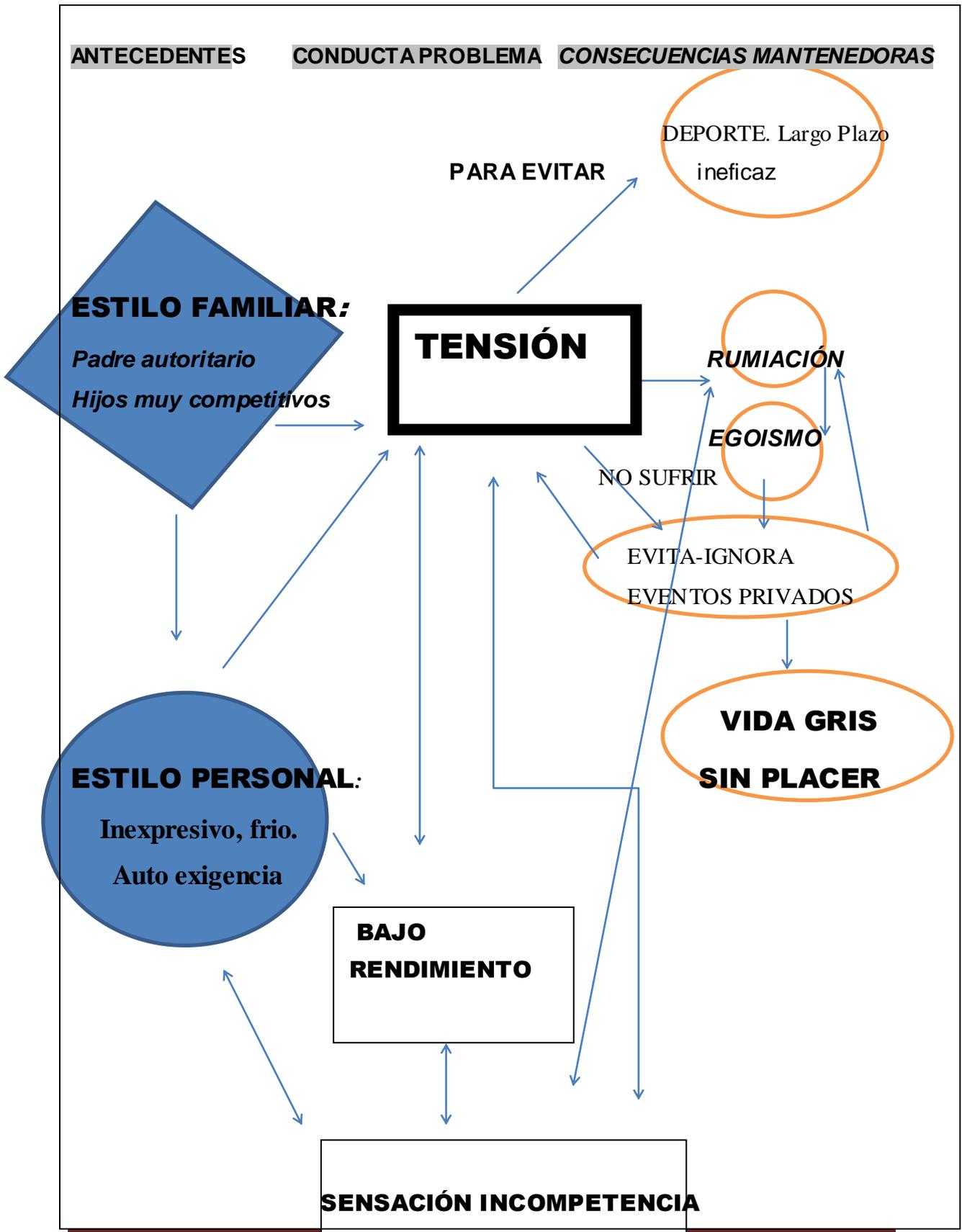
privados. Durante años A. ha vivido en conflictividad con su padre debido a su severidad y rigidez, siendo fruto de esta relación un estilo personal similar al paterno. A. es muchacho introvertido y reservado, incapaz de comunicar y con un gran sentido de la responsabilidad, del deber y con la comparativa personal con el resto *“siento miedo al fracaso, a lo que los demás dirán de mí”*. A. se siente ligado al lenguaje y a sus pensamientos, sus continuas verbalizaciones sobre sus escasas capacidades *“soy tonto”* *“no sirvo para nada”* han actuado como un dogma de personal en su día a día y se siente atrapado en la literalidad del lenguaje. A su vez este estilo personal no le permite equivocarse y cuanto menos abrirse y mostrar sus debilidades. Es por ello que constantemente evita sus eventos privados, no se permite ser débil porque así lo ha aprendido y porque durante años este comportamiento reforzado le ha permitido enfrentarse a las adversidades. Tal y como el mismo A. dice *“no hablo de mis cosas porque me hacen daño”* llegando a tener una vida insípida, gris y sin placer, que por tanto lo unen aún más en él y en su egoísmo.

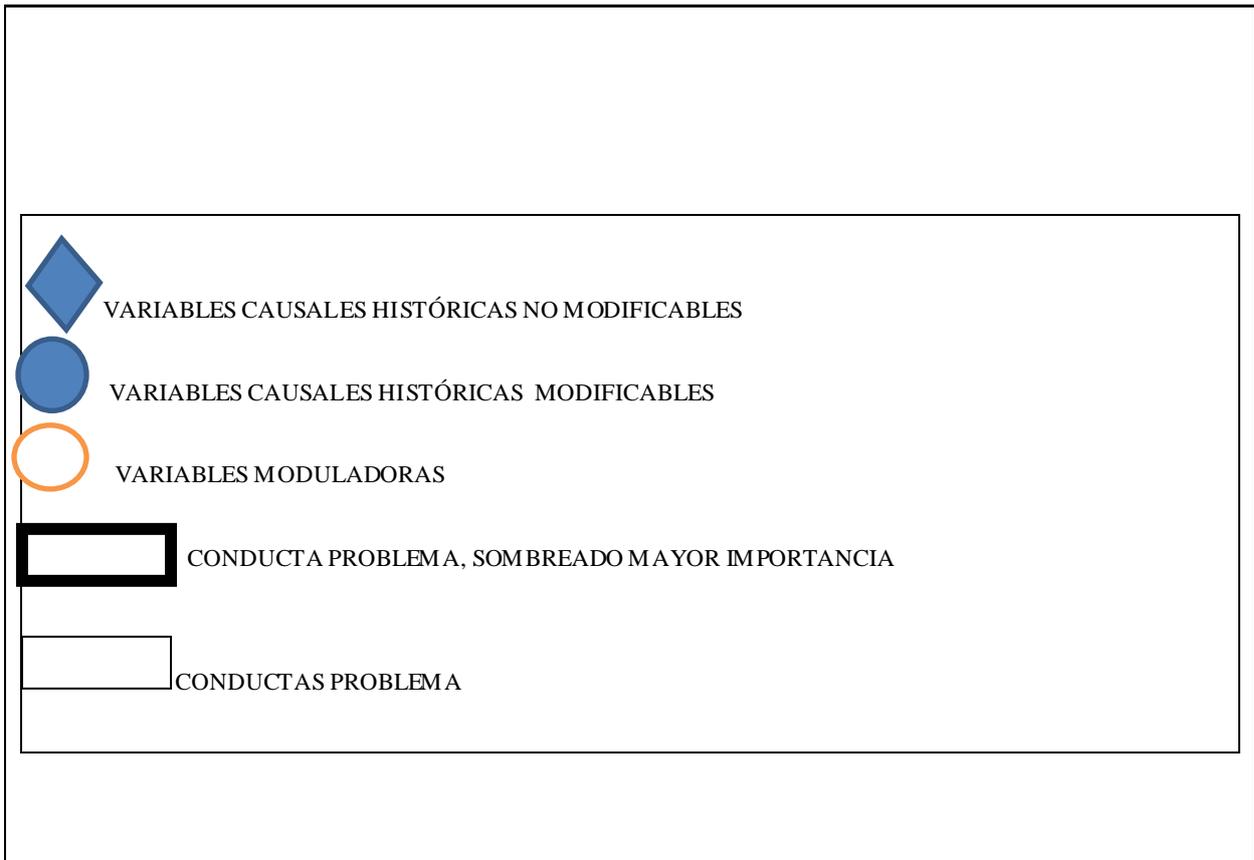
A su vez es cómo si A. luchase constantemente por no ser aquello que piensa que es o que su lenguaje le marca y le obliga a que *no puede, ni debe ser*. Constantemente lucha contra su sensación de incompetencia para demostrar que él no es así, lucha contra ese niño débil al que su padre trataba de hacer *“competente”* estando de forma paradójica entonces aún más ligado a estos pensamientos y a las sensaciones que estos provocan. Vive conectado a su yo intelectual racionalizando todo, no se permite el placer y carece de empatía (Claudio Naranjo, 2013).

En estos casos en los que aparece un patrón inflexible, con numerosos comportamientos dirigidos a vivir bajo la necesidad de controlar o evitar los eventos privados negativos, se le denomina Trastorno de Evitación experiencial (Hayes et al, 1996; Luciano y Hayes, 2001, según se cita en Wilson y Luciano, 2002).

Durante años A. ha intentado erradicar su tensión o ansiedad con ejercicio físico. Suele salir a correr cuando se siente estresado pero aunque consigue un alivio inmediato, no resuelve sus problemas de concentración ya que se siente más cansado y por tanto con menos capacidades de atención en la tarea. Es de nuevo cuando sus constantes rumiaciones y él centrarse en sí mismo lo conectan con sus pensamientos y comienza en él de nuevo la sensación de ansiedad.

Fig.1. ANÁLISIS FUNCIONAL. (HAYES Y O'BRIEN, 1990)





9. ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL

TRATAMIENTO:

El paciente que acude a terapia quiere de algún modo que le ayudemos a *eliminar sus problemas*. El objetivo de la terapia aquí no es cambiar, reducir o eliminar su tensión o ansiedad que es lo que el paciente definía como su problema o queja principal. Sino establecer un cambio en la relación con sus eventos privados, dejando de luchar con sus experiencias, aceptando que no todo está bajo su control y desligándolo de su lenguaje “*no debo de estar así*”, “*Soy tonto*”. Contactando con sus emociones y con los demás. Orientándolo hacia una vida más plena y significativa. No olvidando que el camino de la vida se compone no sólo de luces sino también de oscuridad.

Nos parece para ello significativo una frase utilizada con A. para mostrarle el camino a seguir para dejar de sufrir

“abrazar a tus demonios y seguir lo que te dicte el corazón”

(*Russell Harris, 2009*)

10. ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

Teniendo en cuenta el análisis funcional de las posibles variables intervinientes en el problema presentado por el paciente. Y una vez marcada una línea base de trabajo centrada en la meta del tratamiento se establecieron los objetivos terapéuticos con los que trabajar en las diferentes sesiones.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

1. **PROPICIAR UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA ADECUADA.** La relación terapéutica debe ser horizontal, Terapeuta y paciente hablan el mismo lenguaje, en la experiencia directa de ambos exhibiendo presencia total, el paciente tiene pleno acceso a la información de su propia experiencia, pudiendo así vivenciar desde dentro lo que el terapeuta observa afuera. Se trata de un proceso donde la comprensión, el respeto y la empatía dirigen y crean el clima propicio para que el paciente se enfrente a sus problemas en un ambiente seguro.
2. **TOMA DE CONCIENCIA.** Orientar al paciente hacia la observación de su propia experiencia, ser consciente de los procesos implicados en su queja respecto a la tensión y el bajo rendimiento. Ver más allá y dejar que estas sensaciones, sus pensamientos negativos... vengan y simplemente dejarlos estar sin intentar controlarlos, evitarlos o eliminarlos.

En sesión se hacen diferentes ejercicios que generen en el paciente sensaciones de tensión y ansiedad.

Situando al paciente al final de la sala se le pide que se vaya aproximando al terapeuta hasta tocarlo, hasta una posición en la que crea que no puede resistir más su ansiedad, en todo este proceso se le pide que se concentre en qué siente y piensa.

En otra sesión se le pide a A. que haga algo arriesgado que le genere mucha ansiedad A comenta que le pondría a muy nervioso tener que abrazar al terapeuta y este le pide que lo haga. Mientras se abrazan, el terapeuta pide a A. que cierre los ojos y de nuevo note cómo su ansiedad, sus pensamientos vienen y van y cómo él actúa, que los deje estar

3. **OBSERVAR SU CUERPO Y LOCALIZAR EN ÉL LA ANSIEDAD.** La postura refleja nuestra apertura a la adversidad. A través de las diferentes sesiones se hará ver al paciente la importancia de observar como su postura es el reflejo de sí mismo y muestra hasta qué punto está dispuesto a abrirse a la vida.

En las primeras sesiones se le pide a A. que observe su postura, tiene una postura rígida, encorvado con la cabeza mirando hacia sí mismo. En las últimas sesiones se le pide de nuevo que observe su postura, en estos momentos se sienta relajado, mira al frente y su expresión facial es más agradable y expresiva. Se trabaja entonces con su nueva forma de estar en la vida y el reflejo en su postura corporal.

4. **DEFUSIÓN COGNITIVA.** En este punto se trata de hacer consciente al paciente de su conexión literal con el lenguaje, y cómo ha hecho de sus pensamientos su propio yo. Utilizando metáforas en las que el paciente diferencia el yo como contexto con el yo como contenido, estableciendo una diferencia entre el pensamiento y el que tiene el pensamiento, las emociones y el que tiene las emociones, los sentimientos y el que tiene los sentimientos se reflexionará con el paciente a lo largo del proceso terapéutico. Intentaremos también mostrar al paciente que el lenguaje no tiene todas las soluciones. Para ello contraponemos la experiencia a los pensamientos con diversos ejemplos. Por último, trabajaremos con el paciente la diferencia entre ver el mundo como lo presenta el pensamiento o ver el mundo al tiempo que somos conscientes de los procesos de nuestro pensamiento y estamos conscientes de las respuestas alternativas de que disponemos

Un ejemplo de la metáfora utilizada en las primeras sesiones ha sido una adaptación de la metáfora del río y las hojas. Tú eres una cosa y la manera en que funcionas es otra. Tus pensamientos “no sirvo para nada” “tengo una tara” “nací con esto”, son hojas en tu río pero no es el río, no eres tú.

5. **ACEPTACIÓN:** A. ha luchado a lo largo de su historia personal por evitar sus propios pensamientos y sentimientos. Por demostrarse a sí mismo y a los demás que él no es aquello que le marca su pensamiento, una lucha constante contra el sufrimiento a favor de la “normalidad”. Encuadrando esta evitación en lo que podrí a denominarse trastorno de Evitación Experiencial (Wilson y Luciano, 2007). En sesión se enfrenta al paciente a sus sensaciones de inseguridad y se muestra una forma diferente de abordar su relación con ella y su tensión.

Ahora siente lo que hay, lo que hay está bien. No tienes que cambiar nada.

Sólo sentir lo que hay y permitirlo

“Es perfecta tu inseguridad” “Nadie te va a decir nada”.

Se le pide a A. que cierre los ojos e imagine una situación en la que intenta concentrarse ¿Qué pasa? A. responde “me pongo nervioso pensando demás lo están mirando y pensando de mí . Se trabaja con él que el objetivo aquí no es relajarse sino aceptarse.

Se le pide que hasta la próxima sesión analice su relación con la inseguridad y de espacio a sus sensaciones

6. **ROMPER CON LA CADENA DE ACONTECIMIENTOS:** Al trabajar con A. su seguridad y su defusión cognitiva y toma de conciencia se romperá la cadena de acontecimientos que ponen en marcha su rumiación constante con el problema y la paradoja de quedar cada vez más atrapado en él.

Mediante la desesperanza creativa se muestra a A. que ha hecho hasta ahora con su tensión. A. relata como siempre ha intentado controlarla, cree que lo que le sucede no es normal. Cuando sentí a tensión o ansiedad salí a correr. Se le pregunta entonces que conseguí a, A. comenta que se sentí a aliviado en un primer momento e incluso podí a estudiar mejor pero que a largo plazo su tensión volví a incluso se boqueaba más porque se sentí a más cansado, sucediéndose de nuevo en él la sensación de incapacidad. Con este ejercicio se debate con A. cómo paradójicamente aquello que ha intentado durante años hacer para manejar su ansiedad no ha servido para nada e incluso ha agravado más su situación.

En las últimas sesiones se utilizó un ejercicio similar al Funeral en ACT, que supuso para el paciente un punto de partida para su orientación en la vida. Se le pide a A. que cierre los ojos y se visualice con 80 años. Se le pregunta entonces ¿Cómo te ves? A. responde: "sólo, marginado, sin nadie, en una casa vieja." Por primera vez vemos al paciente realmente emocionado y consciente de su situación. Se le pregunta entonces ¿Qué desearí as haber hecho? A. responde "haber vivido la vida".

Otro ejercicio representativo para el paciente fue una síntesis de lo visto en sesión para romper su cadena de acontecimientos (ver fig. 3)

7. TRABAJAR EN VALORES Y EL COMPROMISO EN LA ACCIÓN :

-AUMENTAR EL PLACER Y LA IMPLICACIÓN EN LA VIDA

-ORIENTAR AL PACIENTE EN DAR Y SENTIR Y NO EN PENSAR Y EN SÍ MISMO.

-MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE PAREJA.

Este objetivo trabaja lo que es importante para el paciente. ¿Qué clase de persona desea ser? ¿Qué es lo más significativo para él? ¿Cómo ve su vida ahora y cómo le gustaría que fuese? Una vez analizados sus valores se pasa al compromiso con la acción en el caso de nuestro paciente en cuanto a el aumento del placer y la implicación en la vida así como mejorar la comunicación y relación de pareja. A

medida, que A. se implique más en la vida se expondrá a situaciones temidas y podrá disfrutar de la vida, como es sabido la exposición a lo temido a su vez reduce la ansiedad. Así como la mejora de la comunicación y relación de pareja servirán para sacar al paciente de su egoísmo y rumiación.

*¿De qué color es tu vida? Al principio terapia responde gris y en las últimas sesiones responde naranja pálido.

*Se utilizan Roll play simulando cuál es su comportamiento con su mujer.

*Confrontaciones cómo “Eres demasiado egoísta” y se espera su reacción.

*Ejercicio “dibujo de siluetas” para analizar la comunicación con su mujer. Con este ejercicio A. reconoce que su mujer sólo conoce de él “ su yo seguro y fuerte”, A. no había sido capaz de abrirse a ella contarle sus miedos, mostrar sus inseguridades.

*Ejercicio : similar al Funeral este ejercicio cumple con dos objetivos , intenta romper la cadena de acontecimientos y que él sea consciente de a donde le lleva su forma de actuar y por otro lado remover su yo interior, y buscar aquí sus verdaderas motivaciones y valores en la vida.

Fig.2. OBJETIVOS TERAPEÚTICOS Y TÉCNICAS

OBJETIVOS	TÉCNICAS
RELACIÓN TERAPEÚTICA	-ESCUCHA EMPÁTICA -RESPETO Y NEUTRALIDAD -COMPENSIÓN DE IR UN PASO ATRÁS DEL PACIENTE
TOMA DE CONCIENCIA	-OBSERVAR EXPERIENCIA PRESENTE -PERMITIR ESTAR A SUS SENSACIONES Y PENSAMIENTOS -DEJAR DE EVITAR, CONTROLAR Y ELIMINAR ESTOS PENSAMIENTOS

<p>OBSERVAR SU CUERPO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -PONER CONCIENCIA EN SU CUERPO -LOCALIZAR LA ANSIEDAD EN ÉL -COMPROBAR COMO SU CUERPO REFLEJA SU APERTURA EMOCIONAL
<p>DEFUSIÓN COGNITIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -EJERCICIOS PARA COMPROBAR LA CONEXIÓN CON SU LENGUAJE -METÁFORAS DIFERENCIEN YO COMO CONTEXTO DEL YO COMO CONTENIDO -DIFERENCIAR EL MUNDO COMO LO PRESENTAN NUESTROS PENSAMIENTOS Y LA REALIDAD
<p>ACEPTACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> -EMPATÍA -EJERCICIOS EXPOSICIÓN -ANALIZAR LA RELACIÓN CON SU ANSIEDAD -DAR ESPACIO A SUS SENSACIONES
<p>ROMPER CON LA CADENA DE ACONTECIMIENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -DESESPERANZA CREATIVA, PARADOJAS

<p>TRABAJAR EN VALORES Y EL COMPROMISO EN LA ACCIÓN :</p> <p>-AUMENTAR EL PLACER Y LA IMPLICACIÓN EN LA VIDA</p> <p>-ORIENTAR AL PACIENTE EN DAR Y SENTIR Y NO EN PENSAR Y EN SÍ MISMO.</p> <p>-MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE PAREJA.</p>	<p>-METÁFORAS: EL FUNERAL</p> <p>-EJERCICIOS COMO EL DE SILUETAS PARA ANALIZAR LA COMUNICACIÓN EN LA PAREJA</p> <p>-REFLEXIONES SOBRE SU EGOISMO</p> <p>-REFLEXIONES SOBRE QUÉ DESEA SER, CON QUÉ DISFRUTA...</p> <p>-EJERCICIO "UN COLOR PARA TU VIDA"</p>
--	---

11. TRATAMIENTO Y PROGRESO DE LA TERAPIA:

Para el planteamiento de un tratamiento no sólo se debe pensar en los síntomas del cliente cómo una forma de diagnóstico, sino también las variables de relación, de alianza terapéutica que se pueden llegar a tener con el cliente y los posibles tratamientos terapéuticos que se podrían brindar (Bernardí, Defey, Gabarino, Tutté y Villalba, 2004).

El desarrollo del proceso terapéutico y la elección del tratamiento han estado enmarcados bajo la influencia de diferentes corrientes psicológicas.

Aunque la mayoría de los objetivos y organización del proceso terapéutico se han establecido siguiendo una perspectiva contextual, tomada de las terapias de Tercera

Generación, concretamente siguiendo los procedimientos y principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) y de la Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991). Es importante también destacar también aquí las aportaciones de la corriente humanista/gestáltica presente a lo largo del proceso y muy esclarecedoras en el trabajo con el paciente en el presente, el estar aquí y ahora, con las experiencias inmediatas, las sensaciones y las necesidades. Observando en todo momento su cuerpo cómo muestra de su apertura emocional, y en general como un reflejo de sí mismo y su apertura a la vida. Destacamos por tanto aportaciones tomadas del creador de la Psicología Gestal Fritz Perls y en especial de su discípulo Claudio Naranjo.

El proceso terapéutico tuvo una duración de 15 sesiones. Todas ellas de una hora de duración celebradas en la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería una vez por semana. Exceptuando las dos últimas sesiones donde fue el propio paciente quien tomó la decisión de atrasar sus citas ante una mejoría de sus síntomas y que fueron a su vez unas sesiones más de seguimiento que de intervención ya que el propio paciente expresaba que ya se sentía preparado para abandonar la terapia. A continuación presentamos un Cronograma de la intervención y posteriormente el desarrollo en sí de las diferentes sesiones.

Fig. 3 CRONOGRAMA DE LAS FASES DE INTERVENCIÓN

	SESIONES EVALUATIVAS			SESIONES TRATAMIENTO										SESIONES TRATAMIENTO/SEGUIMIENTO	
	Primera fase			Segunda fase					Tercera fase					Cuarta fase	
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º
-RELACIÓN TERAPEUTICA	*	*	*												
-ENTREVISTA RECOGIDA INFORMACIÓN	*	*	*												
-ESTABLECER META Y OBJ.	*	*	*												
-OBSERVAR SU CUERPO	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
-DEFUSIÓN COGNITIVA	*			*	*	*									
-DIFERENCIA YO CONTEXTO DEL YO CONTENIDO	*														
-TOMA DE CONCIENCIA	*		*					*	*						
-DESESPERANZA CREATIVA			*	*											
-ENFRENTAR SUS MIEDOS				*				*	*		*				
-ACEPTARSE				*						*	*	*			
-TRABAJO EN EL AQUÍ Y AHORA				*						*					
-ROMPER LA CADENA DE ACONTECIMIENTOS							*		*			*			
-FLEXIBILIZAR SU COMPORTAMIENTO							*			*					
-CONTACTO CON SUS EMOCIONES								*	*	*		*	*	*	*
-TRABAJAR SU EGOISMO Y RUMIACIONES										*	*				
-TRABAJAR VALORES										*	*	*	*	*	*
-COMPROMISO EN LA ACCIÓN												*	*	*	*
-MANTENIMIENTO Y REFUERZO OBJETIVOS TERAPEUTICOS													*	*	*

****Cabe decir en esta tabla que aunque en las sesiones marcadas en el cronograma se hizo más hincapié en los objetivos señalados. Hemos trabajado con una perspectiva integradora donde a lo largo de las sesiones se ha fomentado el desarrollo en conjunto en todos los objetivos terapéuticos en mayor o menor medida*

- ❖ **PRIMERA FASE:** Comprendió las primeras tres primeras sesiones. Aquí el objetivo fue **generar una relación terapéutica adecuada, trabajar la Hª clínica y establecer las metas y objetivos terapéuticos.**

SESION 1ª:

La **Historia clínica** ya se mencionó en el análisis del caso y no se repetirá de nuevo. En cuanto a la **Relación terapéutica** se intentó crear un clima de seguridad para el paciente donde la empatía y la aceptación fuesen la dinámica a seguir.

¿Cómo estás aquí, ahora en sesión? Él responde que ansioso, tras haber explicado su Hª clínica, el inicio de su ansiedad y algo de su historia familiar. que se siente indefenso, inseguro, siente que hace algo mal que “no es normal”.

Terapeuta: (empatiza y da seguridad)

Lo que hay está bien, no tienes que cambiar nada. Sólo sentir lo que hay y permitirlo.

“Es perfecta la inseguridad”

.A su entrada a sesión se analiza su lenguaje corporal: muy rígido en su postura, poco expresivo. Se le llega a referir al paciente *el porqué de no dejar de tocarse las manos*. A través de estas apreciaciones sobre su postura corporal se pretende comenzar a trabajar uno de los objetivos terapéuticos en sesión que es **observar su cuerpo y localizar su ansiedad en él.**

En un momento de la narración de su historia personal A. verbaliza “nacé con eso”. Pienso que tengo no soy normal, aquí se utilizó la adaptación de la metáfora del río y las hojas.: *Tú eres una cosa y la manera en que funcionas es otra*. Este fue el punto de partida para el trabajo de **Defusión cognitiva** con el paciente y diferenciación del **yo como contexto y el yo como contenido.**

Para la siguiente sesión se le pide al paciente que trabaje la **Toma de conciencia**. Que observe su relación con su inseguridad y dar espacio a sus sensaciones.

Se concluye la sesión cerrando la meta general del tratamiento, explicando a A. que **la meta del tratamiento no es relajarse ni evitar su ansiedad sino aceptarse**.

SESIÓN 2:

De nuevo se trabaja la **recogida de información** con el paciente. El inicio de sus problemas en la universidad, habla con cierta reticencia de sus padres parece no querer profundizar.

Se trabaja la **observación de su cuerpo**: más relajado, se muestra más aliviada su expresión facial.

Terapeuta: *fíjate en tus manos, colocadas bien sin tensión*

Se trabaja un nuevo objetivo terapéutico la **“Desesperanza Creativa”**. A. ha pasado años luchando contra su ansiedad, ha intentado no sentirse mal ni pensar en aquello que le producía sufrimiento evitando todos sus eventos privados y para eliminar la tensión que le producía su nerviosismo se ha dedicado a hacer deporte. Se confronta al paciente con los objetivos conseguidos a corto y a largo plazo con estas estrategias y cómo paradójicamente esta lucha lo ha sumido en más dolor y sufrimiento. Proponemos entonces a A. que utilice una estrategia diferente, hasta ahora negar lo que le pasa no ha servido para nada *“El miedo no se va a quitar, pero sí la forma en la que te relacionas con él”*, *“Mira cómo te relacionas con esa parte de ti, que está ahí y no es errónea”*

En este punto chocamos con el yo racional de nuestro paciente para él una persona controladora de todo, muy enraizada en su parte racional. *“Dejarse llevar”*, no hacer nada con su nerviosismo le resultaba muy extraño. Es por ello que trabajamos con él el romper la cadena de acontecimientos, ya que A. activa constantemente la espiral de su ansiedad al participar de ella y vivir sumido en su pensamiento, sin contactar con sus instintos ni sentimientos. Utilizando metáforas como la aportada en lecturas a Claudio Naranjo mostramos al paciente como *los seres humanos somos seres con tres cerebros: tenemos cabeza (cerebro intelectual), corazón (cerebro emocional) y tripas (cerebro*

visceral o instintivo). La plenitud la puede vivir sólo una persona que tiene sus tres cerebros en orden y coordinados.

SESIÓN 3:

El paciente hace mención a que cuando sale de sesión se nota más aliviado. Con más autoestima.

Se trabaja de nuevo con el paciente fortaleciendo la **relación terapéutica**, así como el **enfrentarse a sus miedos y su relación y toma de conciencia** sobre ellos.

A: Siento miedo a lo que dirá mi entorno, miedo al fracaso.

Terapeuta: mm, eres muy honesto por ver las cosas así

Hasta que tú no aprendas a respetar esas sensaciones, estarán ahí.

Darse cuenta de que algo no funciona es el primer paso. De alguna manera te estabas negando a ti mismo, no dejándote ser quien eres

❖ **SEGUNDA FASE:** Comprendió las sesiones 4, 5 6 y 7 de la terapia. En esta fase comienzan a trabajarse con el paciente **la aceptación**, es decir, aceptar las cosas tal y cómo son o como se han presentado a lo largo de su vida (su historia familiar, su situación personal) en definitiva **ser capaz de exponerse a sus miedos**. Se analizan con el paciente diferentes situaciones para ver su contante proyección y **anticipación de las consecuencias futuras** y como ha obviado en este proceso **vivir en el aquí y el ahora**. Para conseguir este objetivo se trabajan ejercicios de desesperanza creativa, con metáforas así como reflexiones directas con el propio paciente. También se trabaja en esta fase la **toma de conciencia** del paciente sobre sus pensamientos, cómo actúan en él como una pesada losa “*los debería...los no puedo...soy un fracasado...*” convirtiéndose en unos dogmas que redirigen su vida. Trabajamos por tanto en este punto la **defusión cognitiva** del significado literal de sus pensamientos.

.De forma transversal seguiremos trabajando su **lenguaje corporal** y la evolución del paciente en este punto a lo largo de las diferentes sesiones.

SESIÓN 4º:

Mediante el análisis del temor A. a suspender, se trabajó **la aceptación de las cosas tal y como vienen**. Vivir en el aquí y ahora, ya que él se anticipa a sus consecuencias y paradójicamente el estar preocupado y anticipar en lugar de permitirle rendir más hace que sus resultados sean más negativos.

Tras las últimas sesiones A. reconoce que cuando tiene que hacer una tarea se centra en esta y no pasa el tiempo pensando en sí aprobará o suspenderá. Antes en cambio pasaba el tiempo con rumiaciones de este tipo. Comenta una frase muy significativa *“Comprendí que para gestionar el tiempo debo aceptar que puedo o no suspender, y comencé a disfrutar de lo que hago”*. Se le pregunta de nuevo *¿Antes qué conseguías estando tenso, suspender?* Con esta pregunta nos permitimos reforzar el trabajo del paciente: *Estas haciendo un trabajo estupendo dándote cuenta de muchas cosas. Has mencionado una palabra nueva Disfrutar, “es como una habitación oscura que comienza a ver la luz”*.

Metáfora: *un grupo de cerditos estresados y un grupo de cerditos relajados en una piscina deben encontrar unas plataformas bajo el agua donde pueden apoyarse para no ahogarse. El grupo estresado no son capaces de encontrar la solución y se ahogan, mientras el grupo de cerditos relajados encuentra la plataforma al no dejarse llevar por su nerviosismo.*

Respecto a su lenguaje corporal. Preguntamos a A. cómo se nota físicamente. Él admite que *se nota menos rígido, menos encorvado*. Le hacemos una reflexión al respecto para que **tome conciencia** sobre su propio control postural *“Ir más erguido, es como estar abierto a la adversidad, el permitir estar abierto a todo”, “Tú estás tocando un poco más cuál es la realidad desde ahí funcionarás mejor”*.

El paciente comenta que aun así le cuesta **estar abierto a sus miedos**. Se trabaja este aspecto de nuevo. Normalizando la situación se le explica que es normal que vuelva a reaccionar con sus situaciones de estrés como siempre ha hecho, es algo innato que ha aprendido y reforzado a lo largo de su historia, pero que en ese momento debe poner conciencia de qué está sucediendo y estar abierto a sus sensaciones. Se hace una nueva reflexión con él: *¿Cómo crees que se consigue estar tranquilo? Debes admitir la inseguridad, la falta de control y aceptar que no puedes controlar más*. No vas a poder eliminar tu historia, lo que siempre has hecho, el camino está en estar aquí, lo siento pero yo estoy abierto a todo.

Utilizamos un ejemplo de una técnica de defusión, donde repetimos una palabra: *Imagina que te insulto, te provooco pero si tú no reaccionas que va a pasar, esas sensaciones*

irán perdiendo fuerza. La palabra pierde temporalmente su significado y el sonido se vuelve más dominante

Cuanto más seguro estabas es cuando te abriste a la posibilidad de no tener control. Quieres controlar todo y operas con el miedo. Cuanto más quiero controlar, más miedo y por tanto más inseguridad.

Se cerró la sesión con el paciente comentándole que esta era la oportunidad de revisar su autoexigencia y a donde le lleva.

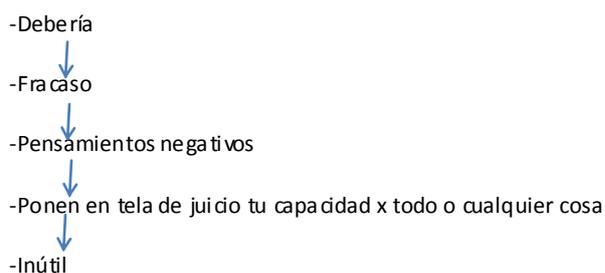
SESIÓN 5:

Al entrar a sesión observamos en el paciente una sonrisa. Destacamos este hecho porque hasta el momento A. había mejorado su postura pero aún mostraba una expresión fría y poco expresiva.

Le preguntamos por la semana, nos explica que tenía un examen y había estado muy nervioso. Parece ser que tenía previsto dedicarle un día de estudio y le llevo tres días porque no era capaz de concentrarse y lo bloqueaba la idea de suspender de que no era capaz.

Se trabaja con esta situación su **conexión literal con el lenguaje y la importancia de flexibilizar sus pensamientos y rumiaciones continuas, defusionarse**. Explicamos al paciente el peso que tiene *en él el sentido del deber y el miedo al fracaso*. Este miedo al fracaso es una lucha contra tus propios pensamientos “soy un inútil”, “no sirvo para nada”, que han llegado ha generar en él un patrón de comportamiento dirigido a controlar o evitar sus eventos privados conformando un trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2007). Se hace un pequeño esquema donde se le muestra al paciente como está fusionado con lo que dicta su lenguaje y que desde esta perspectiva pone en tela de juicio sus propias capacidades, cuando su experiencia es totalmente otra. Le preguntamos ¿Crees que una persona “inútil” “incapaz” podría haber terminado una carrera y dos master? De este modo hacemos un ejercicio donde mostramos que una cosa es pensar o lo que pensamos y otra es la experiencia real.

Terapeuta: Tienen en ti un peso tremendo



SESIÓN 6:

En esta sesión se trabajaron unos objetivos muy similares al punto anterior. Observamos en este punto como el paciente rumia contantemente con las mismas preocupaciones. De nuevo, nos comenta que va a comenzar sus prácticas del master y ha estado más nervioso. No se abre a aspectos más íntimos y centra su preocupación en sesión en este tema.

Volvemos a trabajar su anticipación a las consecuencias futuras y su magnificación de las consecuencias negativas, por su conexión a sus pensamientos trabajamos por tanto aquí la **defusión cognitiva**

Proponemos al paciente que salga de su rutina y haga cosas diferentes, que le permitan enfrentarse a sus propios miedos mediante la experiencia directa no basándose en sus pensamientos. A. reconoce “tendría que enfrentarme a aquello que evito”, “en algunas ocasiones mis miedos me llegan a desbordar”. Hacemos entonces un ejercicio, donde pedimos al paciente que se enfrente a algo que le produzca ansiedad y lo valore. Para él algo ansioso sería tocarnos, así que hicimos un ejercicio donde él se aproximaba a nosotros y debía tocarnos hasta un punto en el que ya no pudiese aguantar más su ansiedad, el ejercicio termino cuando estábamos los dos terapeutas y el paciente prácticamente abrazados. Con este ejercicio le explicamos que se pueden hacer las cosas independientemente del miedo y de la ansiedad que se sienta, además en este proceso se le pidió que tomase conciencia de que le estaba sucediendo y que pensamientos venían a él.

En esta sesión de nuevo sonrío y se sienta relajado.

SESIÓN 7:

En esta sesión el paciente no se toca las manos, se sienta relajado. Y reforzamos la **puesta de conciencia sobre su cuerpo y su rigidez.**

Trabajamos que el paciente **rompa con la cadena de acontecimientos** que dirigen su comportamiento. Realmente no hay nadie que lo presione, sólo él mismo. Se le pide que complete una frase sobre cómo es su dialogo interno “*si no apruebo...soy un fracasado y al pensar esto baja mi autoestima y siento que soy un inútil, un tonto*”.

Eres consciente de que estas intentando demostrarte a ti mismo de que tú no eres así. Responde A. “*tengo esta ideas desde mi infancia, mi padre hacia comentarios de ese tipo*”, “*me siento menos capacitado que los demás necesito aprobar para demostrarme*”

que no soy tonto”. Aún está en ti el niño temeroso que eres, Te sientes bastante incompetente.

Comenzamos a trabajar con el paciente su relación con sus eventos privados y su **flexibilidad en la regulación de su comportamiento**, en la función que cumplen en él sus eventos privados. Se reflexiona con él al respecto *“No muestras cómo eres por lo que puedan pensar los demás. No te permites ser lo que eres”, has aprendido a no mostrarte débil. Ignoras a ese niño temeroso que eres. Utilizamos entonces una paradoja, hasta ahora has intentado que no te afecten tus sentimientos para no sufrir y qué pasa entonces, al ignorar estos sentimientos el sufrimiento se amplía a las distintas facetas de tu vida.*

“una cosas es dejarse llevar por los sentimientos y otra es poner conciencia en ello. No ignores o evites lo que sientes”

- ❖ **TERCERA FASE:** Este punto ocupó las sesiones desde 8 a la 13. Comenzamos este bloque observando que el paciente está como estancado, no evoluciona y le cuesta trabajar sus aspectos más íntimos seguimos anclados en las quejas respecto a su ansiedad y no se muestra dispuesto a mostrar sus aspectos más íntimos. Hacemos un ejercicio de ética profesional, no proyectando nuestra frustración como terapeutas respecto al ritmo de la terapia y dejamos que sea el paciente quien marque su propio proceso de cambio, aunque sí le hacemos ver a partir de la sesión 10 que para el propio proceso de cambio debe ser franco y trabajar lo que realmente se encuentra en el trasfondo de su problema o queja. Comparamos la terapia con la cura de una herida para curar la herida debemos abrirla bien, sacar todo lo que este feo, limpiarla y nos dolerá muchísimo será un proceso duro pero si no lo hacemos así cada poco tiempo nos molestará. En este punto le hacemos ver que para ayudarlo él debe mostrarse tal y cómo es mostrar sus miedos. En esta fase trabajamos sus miedos y la relación con ellos, vemos el **contacto con sus emociones**. No hacemos observadores en todo este proceso de su **egoísmo** y de su incapacidad para mostrarse a los demás tal y cómo es. Hacemos un repaso de lo visto hasta ahora en terapia y comenzamos el **trabajo en los valores propios del paciente y el compromiso de acción**.

SESIÓN 8:

Comenta de nuevo que se siente intranquilo después de la última sesión. Se muestra más hablador pero su exposición es respecto a su tensión con los exámenes.

Comenzamos entonces a ver **cuál es su relación con sus miedos, con sus emociones**. Preguntamos *¿qué haces con tus miedos, con quién los compartes, en quién te apoyas cuando tienes un problema?* A. responde “no me desahogo” “me hace sentir mal hablar de lo que me pasa porque rememoro”, de nuevo preguntamos *¿No crees que lo que haces con tus miedos es parte del problema?*, no compartirlos, no exteriorizarlo, evitarlo. Es importante poner conciencia sobre lo que emerge de nuestra historia, de nosotros. *¿Cómo te relacionas con tu vulnerabilidad? ¿Cuándo te has mostrado débil en tu infancia que ha pasado?* “se han reído” “me han regañado”.

En esta sesión pese a que el paciente se muestra hablador es reacio a explicar mucho más allá de lo que le preguntamos

SESIÓN 9:

En esta sesión continuamos trabajando la **relación con sus miedos**.

Hacemos ver al paciente que ha pasado los últimos años intentando controlar su estrés, en un mundo que no ha querido mirar. Quitando parte de su disfrute centrado en su tensión y nerviosismo. Nos cuenta cómo es su día a día, donde no se permite disfrutar de su pareja, del ocio. Pasa los días estudiando y cuando hace una actividad como correr, la realiza para evitar estar nervioso no para disfrutar de ella. Le explicamos que hasta ahora siempre ha respondido a su ansiedad, a sus creencias para evitar sus miedos. Ahora le pedimos que escuche estos miedos, sus sentimientos, que contacte con ellos y no pase nada.

Hacemos un ejercicio. Le pedimos que podríamos hacer que le diese mucha vergüenza o que le pusiese muy nervioso. A. dice que dar un abrazo al terapeuta, entonces le pedimos que se levante y lo abrace. Estando abrazados se le pide que cierre los ojos y ponga conciencia sobre lo que siente y piensa. Y cómo puede hacer las cosas sin tener que responder a su ansiedad, dejándola simplemente estar.

SESIÓN 10:

Le preguntamos al paciente como se ha encontrado en esta última semana. A. dice haber estado nervioso pero ha seguido haciendo su vida. Le planteamos si hay cosas que considere debe cambiar. A. habla de compartir más con su pareja, sobre querer estar siempre bien y hacer lo que tenga que hacer sin paralizarse.

Reconoce que en su familia son también muy poco expresivos. Sonríe y nos dice que su sobrino, es igual que él. Le preguntamos un color para relacionarse, para su vida. A. responde que gris. Aun así reconoce que desde hace unas tres o cuatro semanas atrás está más cariñosos con su mujer. Le decimos entonces que nos muestre como está más cariñoso, y hacemos un Role playing. el terapeuta hace de su mujer y él de sí mismo. El simula que llega y la abraza, le dice “Hola cariño”. Realizamos esta tarea para romper con su sentido del deber, no contactas con tus emociones no te lo permites. En este momento incluso te ríes, ante algo que es serio. A. responde que se trata de una risa nerviosa para aliviar su nerviosismo. En este punto es cuando se le explica que estar en terapia no es fácil que puede ser doloroso como curar una herida, pero que es él el que debe mostrarnos con que trabajar. Observamos al paciente por primera vez emocionado, con los ojos vidriosos y pensativo.

SESIÓN 11:

En esta sesión nos cuenta que está bien integrado en las prácticas que realiza del master y reconoce que antes magnificaba las situaciones. Dice sentirse “más útil”, “más capaz”, “más confiado”.

Intentamos entonces trabajar **su egoísmo**, el estar centrado en sí mismo y en pensar en lo que a él le sucede. Le decimos “Eres demasiado egoísta”. Centrarnos en nosotros es una falta de responsabilidad de no estar sólo en el mundo. Gran parte de tu ansiedad se debe a que “te ocupas demasiado de ti mismo” y “poco de los demás”. No te ocupas de los demás porque no tienes aún madurez para gestionar tus propias emociones. El camino hacia la salud es que una vez que uno sabe gestionarse “me conozco”, está en disposición de hacer más fácil la vida de los demás. En la medida que te ocupas menos de los demás hay más espacio para tus rumiaciones. Expresar, es también tu mundo con los demás. En tu vida “Ni me permito entrar en contacto, ni los demás entran”.

¿Cómo manejas la ira? A. responde *me enfado pero voy controlando con la edad. Cuál es el miedo a que te muestres tal y cómo eres. **Debes trabajar más la flexibilidad y estar en el presente, en lo que haces. Sigue tus instintos, disfruta de las cosas.***

En esta sesión observamos que el paciente es más ameno, está más conectado, hablamos de su mujer y cómo debe no sólo pensar en él, sino preocuparse también de cómo está ella.

SESIÓN 12:

Utilizamos esta sesión para hacer un repaso general de las diferentes sesiones y de lo trabajado en ellas. Durante este repaso el paciente se mantiene atento y reafirma lo que se le explica. En la parte final de la sesión trabajamos hacia donde puede llevarle su forma de actuar y lo orientamos hacia el descubrimiento de sus valores, de lo que realmente le importa en la vida.

Tu demanda inicial era que no rendías, no estudiabas y esto te creaba ansiedad. ¿Cómo te ves ahora? A. responde: en general he mejorado

En este proceso hemos intentado enseñarle al paciente de donde viene tu tensión. Ver la raíz. Hemos visto que es normal que un niño en un ambiente con un estilo familiar rígido, con un padre muy exigente y autoritario, unido a un estilo personal inexpresivo se sienta incapaz, un inútil... El primer paso ha sido que el paciente se entienda “se perdona a sí mismo”, comprender que se está autoexigiendo. Tratamos de romper la cadena de acontecimientos tomando conciencia de qué hay debajo de su ansiedad. Vemos como su estilo personal poco expresivo hasta ahora le ha sido útil. Le ha permitido adaptarse al ambiente. En su caso volverse más rígido, más frío hizo que fuese una buena respuesta. En cambio cuando se viene a terapia demandas “ayúdame y quítame esta rigidez”. Pero el cambio asusta. En sesión también mencionaste de qué color ves la vida y dijiste que gris, en cambio no te gusta ese color pero te sientes cómodo. Esto es lo que pasa con quien viene a terapia que cambiar ya no es tan cómodo.

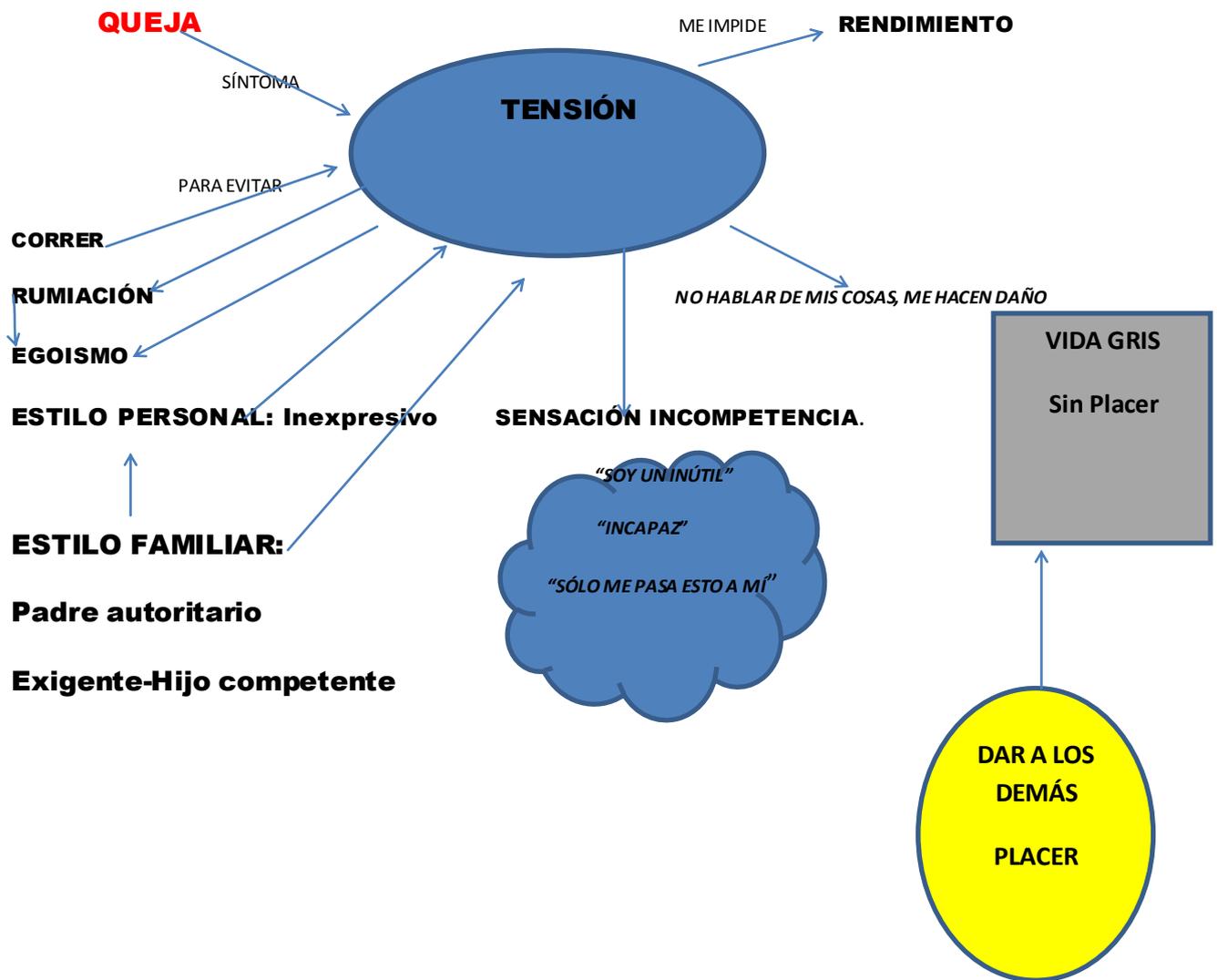
También ha surgido el “**egoísmo**” mirarse a sí mismo. Si tú no comunicas, te dedicas a rumiar, es como un ensimismamiento. Por lo que te cuesta es que cuando te miras a ti mismo no te gusta pero el primer paso es la honestidad.

Hasta ahora hemos estado descomponiendo el problema, viendo que hacías antes con esas sensaciones (CORRER, EVITARLAS...) pero siguen ahí. También hemos visto qué ocupa el placer en ti. Y lo que te reporta el “Dar a los demás” es bueno para ti para sacarte de estas rumiaciones, es como ampliar la vida. No sólo estar en ti, en tus estudios, en el problema... Otro mecanismo es comunicarte más.

Nuestro objetivo es que tú te puedas ver, somos como un espejo para ti. Y que tú te comprendas, que veas que ya no es útil lo que haces.

Toda esta explicación se ilustra mediante un esquema. (Fig.4)

Fig.4 Síntesis de lo visto hasta ahora:



Para finalizar la sesión se realizó un ejercicio similar al funeral en terapia ACT y analizamos de nuevo su postura, como reflejo de la apertura a la vida. Con el ejercicio de ACT, pretendíamos que el paciente por un lado rompa con la cadena de acontecimientos y que él sea consciente de a donde le lleva su forma de actuar y por otro lado remover su yo interior, y buscar aquí sus verdaderas motivaciones y valores en la vida.

"Imagina que tu vida sigue como hasta ahora, de color gris, preocupándote de ti, de tu posición...Cómo te ves con 80 años. Por favor, cierra los ojos y visualízate.

Responde A. sólo, marginado, sin nadie en una casa vieja.

A. se mantiene en silencio e incluso emocionado, tiene los ojos humedecidos y refleja haber contactado realmente con esta proyección de lo que podía ser su futuro. Lo vemos realmente afectado

Mira tu cuerpo. Cómo estás. Encorvado, miras a ti mismo, no miro a nada alrededor. De frente es igual que mirar a la vida. Pon conciencia en tu cuerpo

¿Qué habrías deseado hacer con tu vida?

*A. responde: **Haber vivido***

SESIÓN 13:

Recordamos que en la sesión anterior comenzamos a trabajar la orientación del paciente hacia sus verdaderos valores y motivaciones en la vida. Comenzamos con su apertura emocional, en primer lugar con su propia pareja para luego hacerlo con el resto. Trabajamos el conocimiento de su mismo, la expresión de su vulnerabilidad y no el luchar constantemente por mostrarse como una persona impermeable, fuerte y que no se deja llevar por sus emociones.

Al entrar en sesión vemos al paciente más relajado, sonríe y se sienta cómodo. No toca sus manos apenas y bromea con nosotros.

Le preguntamos cómo se encuentra y nos dice que relajado, ha estado más atento estas semanas con su pareja y es más consciente del cambio de situación.

¿Tienes sensación de haber cambiado de registro?

A. Responde he “tomado conciencia”. Intento estar en lo que estoy, antes miraba el sufrimiento y luchaba contra esto.

Terapeuta: mm, Estás más en la vida, menos preocupado frente a la vida.

-Hay dos caminos y tú has comenzado a andar el tuyo.

Hablamos de su relación de pareja:

Cómo te muestras frente a tu pareja. Ella piensa que soy invulnerable, no sabe lo que me pasa.

Utilizamos un dibujo de sus siluetas para representar la relación en pareja, sombreamos una mitad del cuerpo de nuestro paciente y la mitad del cuerpo de su pareja. Tu pareja sólo ve de ti una parte no sabe que hay detrás en esta parte sombreada.

El verdadero valor es mirarte y verte. Saber que están ahí tus miedos, tus pensamientos, y no por ello dejarte llevar. En Psicología hacemos claro lo que no se ve. Ya sabes cómo actúan tus pensamientos, tu ansiedad “sé que estás ahí pero elijo no hacerte caso”, que no es ignorar o evitarlos. Una persona fuerte es la que no niega su oscuridad sino el que la reconoce.

¿Qué parte tuya muestras a los demás? Mi parte más segura, aparento ser más capaz.

Imagina que tu padre te pidiese perdón ¿Qué sentirías? A. responde *comprensión*. Pues eso es lo que los demás necesitan de ti. Tú eliges “ser feliz o Tener razón”. Los seres humanos no nos queremos, ante cualquier cosa que hacemos mal nos castigamos, somos nuestros propios verdugos. Aprende a mostrar tus inseguridades, con tu pareja o elige hacerlo como en el ejercicio de la sesión anterior en el lecho de muerte.

El primer trabajo es quererse a uno mismo y aceptarse tal y cómo es. Mejorar tu intimidad y comunicación es bueno para ti porque enriqueces tu vida, primero en pareja y luego con otras personas.

Con qué sensación te vas. *Me voy con la sensación de que debo intimar con mi pareja*. La vida no es comodidad es riesgo y hacer las cosas es incómodo.

- ❖ **FASE 4:** Esta fase ocupa las dos últimas sesiones 14 y 15 respectivamente. Estas sesiones se dedicaron al compromiso en la acción de los valores del paciente, así como al mantenimiento y refuerzo de los objetivos terapéuticos. A su vez estas sesiones fueron retrasadas por el paciente por su mejoría y consideramos en un acuerdo mutuo tras la última sesión que una sesión de seguimiento no tenía mucho sentido en su caso a no ser que fuese una demanda expresa del paciente.

SESIÓN 14:

Esta sesión se celebra dos semanas después de la última sesión por petición del paciente.

Comenzamos la sesión hablando de donde viene su carácter frío y el hecho de mostrarse como *un tipo duro*. A. relata que la relación con su madre ha sido buena pero que también era un poco fría. Con su padre tuvo enfrentamientos continuos desde su juventud.

Le preguntamos qué quiere trabajar hoy y comienza a hablarnos de su pareja. Por primera vez se sincera con ella, le explica que siente y le preocupa. Concretamente le explica que estando en el paro se sentía un poco inútil y agobiado, con miedo. Ella se muestra muy comprensible con él en todo momento. También nos cuenta que tuvieron

una discusión y que el pidió perdón, cosa que tampoco había sido capaz de hacer nunca en su relación. Ella le pide que le preste más atención y colabore con ella,

Reforzamos los avances en este sentido y el trabajo por romper la barrera de su propia comunicación.

Para finalizar le preguntamos de qué color es ahora su vida y él responde que Naranja pálido, cogiendo color.

Muy bien...lo volvemos a reforzar y concluimos diciéndole “Estas Tomando conciencia de la necesidad del cambio.

SESIÓN 15:

De nuevo el paciente nos pide retrasar la sesión porque dice encontrarse bien y está realizando sus prácticas. Desde la última sesión han pasado tres semanas. Es por ello que básicamente se utiliza esta sesión para un seguimiento y refuerzo de los logros del paciente.

Al entrar en sesión lo notamos contento, su postura es relajada, su expresión facial es muy agradable y se muestra hablador. Nos cuenta que le han ofrecido continuar las practicas una vez concluya el master en la misma empresa. Dice que con su mujer es más comunicativo, más cariñoso. Incluso por iniciativa propia nos cuenta que ha hecho un curso para aprender a hablar en público.

Le preguntamos cuál era para él el objetivo de la terapia y si cree que ha mejorado. A. responde que su problema eran las quejas sobre su concentración. *Reconozco que he mejorado, ya no me centro si soy o no más capaz de hacer la tarea y simplemente hago lo que tengo que hacer. Noto que estoy más concentrado, estoy en lo que hago y ya está*

Qué cosas han cosas que han ocurrido y que no esperabas o qué no eran parte de tus objetivos. Sobre todo la relación con mi mujer, también siento más confianza en mí mismo. Seguimos preguntándole, disfrutas más de las cosas, eres más consciente cuando interfiere en ti un pensamiento, reconoces cómo te sientes en cada momento, conoces mejor tu cuerpo y tus emociones. Antes te preocupabas mucho de lo que pasaba. Es muy importante la fijación hacia ti mismo con la postura, en este momento este más dirigido a la vida, mirando al frente.

Respecto a la gestión de sus emociones, el paciente nos dice “me siento bien”, “capaz”, “útil”

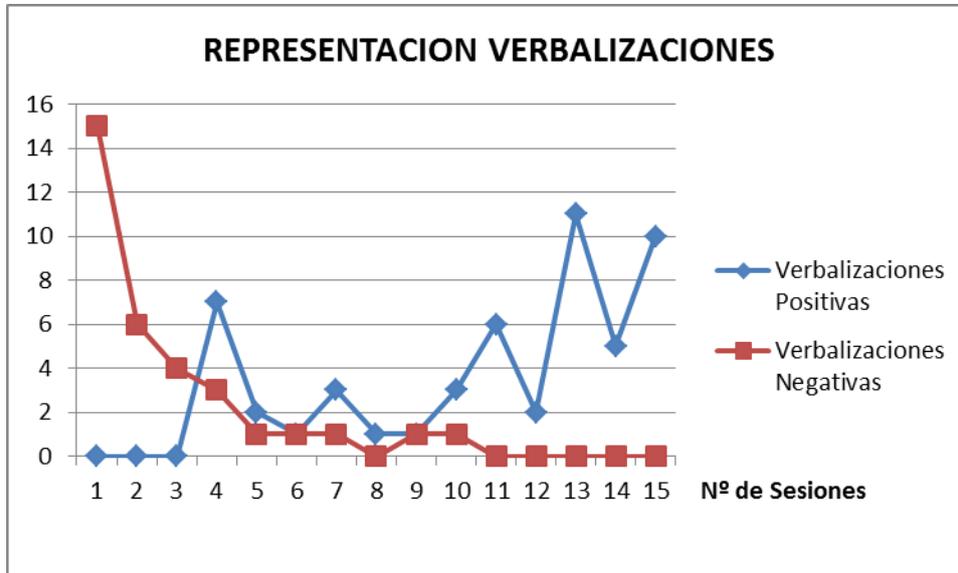
Para finalizar enfatizamos con el paciente la importancia de que no se ha cambiado la situación pero sí cómo se relaciona con sus sensaciones, ya que esta era nuestra meta de tratamiento.

12 .EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y/O EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS Y OBSERVACIONES:

En este punto revisaremos el nivel de eficacia de nuestro tratamiento, en base a la meta propuesta para abordar el problema que nos planteaba el paciente. Recordamos que la queja principal de A. era eliminar su ansiedad o tensión para así poder centrarse en sus tareas académicas. Tras realizar nuestra primera evaluación, por medio de entrevistas con el paciente, de la observación sistemática de su conducta, verbalizaciones, de su lenguaje corporal y con la realización de un análisis funcional de la variables intervinientes en su problema. Establecimos como objetivo final no la reducción o eliminación de su sintomatología ansiosa sino el establecimiento de un cambio en la relación con sus eventos privados, dejando de luchar con sus experiencias, aceptando que no todo está bajo su control y desligándolo de su lenguaje “*no debo de estar así*”, “*Soy tonto*” .Contactando con sus emociones y con los demás . Orientándolo hacia una vida más plena y significativa.

Como un indicador del cambio en el paciente tomamos sus propias verbalizaciones. Elegimos esta variable, ya que desde el comienzo de nuestro trabajo en este caso destacamos la conexión de A. con su lenguaje, hasta el punto de actuar ligado a sus pensamientos “debo de” “soy incapaz” “no puedo permitirme”...y a la evitación o control de sus eventos privados a través de él. Desde la primera sesión se registraron las verbalizaciones tanto positivas como negativas del paciente, las consideramos indicadores de la propia evolución de A. en terapia como reflejo de su defusión cognitiva y un inicio en la flexibilización en la regulación de su comportamiento. Tal es así que podemos observar (*ver fig. 5*) como al inicio de la terapia eran constantes las verbalizaciones del paciente sobre sí mismo y su propia capacidad, así como eran constantes sus rumiaciones entorno a la negatividad de su ansiedad “e.j. Tengo una tara, soy inútil, no soy capaz, no debería estar así, me siento inseguro, indefenso, no soy normal, no me veo como una persona sana, tengo un defecto, no puedo aceptar equivocarme, creo que los demás piensan mal de mí, mi vida es gris...” y en las últimas sesiones apenas aparecen verbalizaciones de este tipo, aumentando a su vez las verbalizaciones positivas “Disfruto, acepto, me siento menos nervioso, seguro,

comparto más con mi pareja, más útil, capaz, más confiado, Miro la vida de frente, mi vida es color naranja pálido cogiendo color..”.



Otro ejemplo del cambio y del progreso terapéutico del paciente lo podemos observar aplicando todas estas verbalizaciones al Anexo I (Ver. Descripción del paciente de su propio problema al inicio de terapia). Aquí podemos comprobar un cambio a lo largo de la terapia respecto al lenguaje utilizado y cómo percibe ahora su problema. Ya no es tan implacable consigo mismo, percibe su ansiedad de forma normal no como un defecto, se expresa de forma más relajada, incluyendo aspectos positivos “disfruto” y no está tan centrado en sí mismo , sino que permite que sus sensaciones comiencen a fluir “estoy en lo que tengo que estar , aunque está nervioso”, “no estoy tan pendiente de eso”.

Tomamos también como indicador del cambio y la toma de conciencia de A. su lenguaje corporal. Estimamos oportuno revisar la postura y lenguaje corporal de A. como muestra de su apertura a la vida y de la localización de su ansiedad. A lo largo del transcurso de la sesión hemos observado el cambio no sólo en su expresión facial sino en su postura., A. ha pasado de una expresión fría y controlada a sonreír, mostrar sus emociones, en definitiva a permitirse ser lo que es. A su vez su postura en las primeras sesiones era muy rígida, solía hablar y mirar hacia sí mismo, no paraba de

tocar sus manos y le costaba soltarse, tocar a los demás... con el transcurso de las sesiones ha dejado que su cuerpo adoptase una posición natural, no erguida sino cómoda, ha dejado de tocar sus manos, era más próximo a nosotros y ha comenzado a tomar conciencia sobre el hecho de mirar al frente en lugar de hacia sí mismo.

Respecto a actuaciones concretas referidas a sus valores, toma de conciencia... y demás objetivos de la terapia. A. reconoce sentirse bien. Hemos conseguido la meta en el tratamiento, en cuanto el paciente ha comenzado a redirigir su vida hacia una forma diferente de gestionar sus emociones. En la actualidad, es A. quien nos dice *“ahora, estoy en el momento, hago lo que tengo que hacer y no me preocupo por lo demás”*. A su vez, ha comenzado a trabajar aspectos antes olvidados en su vida, como son la comunicación con su pareja, por primera vez le ha pedido perdón, le ha explicado sus preocupaciones y se muestra más cariñoso y comunicativo con ella. El paciente nombra la palabra *“disfrutar”* como uno de sus nuevos objetivos, hasta ahora su vida giraba en torno al deber y a su autoexigencia. En estos momentos A. se siente ilusionado por la realización de unos meses más de prácticas en la empresa donde realiza las prácticas del master, dice *“sentirse capaz y útil”*, además por iniciativa propia realiza actividades paralelas como un curso reciente que ha hecho sobre hablar en público, respecto a sus relaciones sociales está más centrado en su mujer y su sobrino que es también muy importante para él. Es el propio paciente quien decide el fin del tratamiento simplemente porque reconoce no necesitar ya nuestra ayuda. Hacemos una comparativa de su evolución con un camino, él nos dice que sabe que ahora está en el camino correcto y lo que queda depende de él, sabe que no será un camino fácil pero que esto es parte de la vida. Para finalizar, nos quedamos con el color que ahora da sentido a su vida tras abandonar el “gris” del comienzo de la terapia y que se encuentra en un “Naranja pálido” según A.

Por último, mencionar algunas de las dificultades encontradas en nuestro trabajo. En primer lugar el propio planteamiento de la meta del proceso terapéutico suponía un choque importante respecto a los propios valores del paciente. Mostrar y aceptar sus debilidades iba en contra de su historia de vida, de su naturaleza y suponían una lucha constante con su yo racional, controlado y autoexigente. A su vez, este patrón comportamental reservado y controlador, no permitían al paciente mostrarse en terapia y por tanto no trabajábamos realmente con las conductas problema sino que constantemente el paciente derivaba sus quejas hacia su sintomatología, comprendimos

que simplemente el paciente necesitaba tiempo y que no era este el que nosotros marcásemos como terapeutas.

Destacamos también en este punto la utilización de procedimientos de diversas corrientes psicológicas, no sabemos si hubiese sido más acertado o no centrarnos en un único procedimiento. Pero nos parecía más enriquecedor y adaptado para el paciente y su problema, el uso de aquellos procedimientos que creíamos podrían beneficiarlo y no regirnos por un protocolo riguroso y estandarizado, introduciendo en el trabajo con el paciente una disciplina diferente que incluso rompiese con su propio patrón comportamental.

13. REFERENCIAS:

- Barraca, J.(2005). *La Mente o la Vida, una aproximación a la terapia de Aceptación y compromiso*. Bilbao (2ªEd): Editorial: Desclée de Brouwer, S.A.
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez, M. y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 2, 255-275.
- Capafons A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada, *Psicothema*, 3,442-446.
- Caballo, V (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los Trastornos psicológicos* En: Caballo V, Vol. 1 *Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Cap.7 p.221-240 y cap.8 p 241-263 Vol 1. Madrid. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Gómez- Martín, S. López- Ríos, F. y Manjón -Mesa. H. (2005). Teoría de los marcos Relacionales: algunas implicaciones para la psicología y la psicoterapia. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 7, Nº 2
- Haynes S. *La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional*. En: Caballo V, director. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide, 2005; p. 76-98.
- Harris R. *Abrazando tus Demonios: Un bosquejo de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Traducción: Ps Jaime E Vargas M .www.conductitlan.net
- Luciano y Gutiérrez, O. Trastorno de Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso. (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27, 113,333-372.
- Naranjo, C. (2013).*La revolución que esperábamos*. Barcelona. Ediciones Llave.
- Páez Blarrina, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2012).*Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT).En. M. Páez Blarrina y (Ed), *ACT para el tratamiento de los trastornos del espectro ansioso* (pp 73-87). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Álvarez, M (1996).*La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.
- Peñarubia, F. (1998). *Terapia Gestalt, la vía del vacío fértil*. Madrid.(3ªEd.2003) Editorial Alianza Editorial
- Valero, L y Cobos, S(2007). *FAP , Psicoterapia Analítico Funcional. Creación de Relaciones Terapéuticas intensas y curativas*. Málaga. Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Vargas-Mendoza, J. E. (2006) Bases de la teoría de los marcos relacionales: Apuntes para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Vázquez Bandín, C. (1996). *Terapia Gestalt, Excitación y crecimiento de la personalidad humana* (3ªed). Ferrol, España. Editorial. Sociedad de Cultura Valle Inclán.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zaldívar, F. y Hernández, M. (2001) Terapia de Aceptación y compromiso (ACT): Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de conducta*, 27, 113,425-454.

