



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Máster en Psicología

Convocatoria Junio 2018

**Trastorno de evitación experiencial (TEE) con síntomas de agorafobia y
pánico: un estudio de caso**

**Experiential avoidance disorder (EAD) with symptoms of agoraphobia and
panic attacks: a case study**

Autora: Beatriz Rodríguez Aurióles

Tutora: Flor Zaldívar Basurto

ÍNDICE

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Descripción del caso	17
3. Evaluación, diagnóstico y análisis funcional	21
3. Conductas clínicamente relevantes (CCRs) y objetivos terapéuticos.....	32
4. Intervención: fases y trabajo terapéutico	35
4.2.1. Validación.....	37
4.2.2. Contexto de cambio y control como problema.....	37
4.2.3. Procesos de consciencia y aceptación	39
4.2.4. Procesos de compromiso y activación conductual	41
5. Resultados de la intervención	43
6. Discusión	55
7. Conclusiones	55
7. Referencias bibliográficas.....	57
ANEXO 1. Análisis funcional	61
ANEXO II. Esquema de la historia y evolución del problema de A.	62

Resumen

El propósito de este trabajo es describir el caso de un paciente que presentaba síntomas de pánico y agorafobia al inicio de la terapia. Se abordó desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la psicoterapia analítica funcional (FAP), ambas pertenecientes a las terapias contextuales o de tercera generación. La intervención fue dirigida a aumentar la flexibilidad psicológica del paciente, así como a reducir las conductas clínicamente relevantes o CCRs. Al terminar la terapia se habían conseguido mejorías significativas a nivel personal y social para la vida del paciente.

Palabras clave: terapias contextuales, ACT, FAP, TEE, agorafobia, trastorno de pánico

Abstract

The aim of this report is to describe a case in which panic attacks and agoraphobia symptoms were shown. The treatment consisted on both acceptance and commitment therapy (ACT) and functional analytic psychotherapy (FAP). They belong to contextual behavioral therapy/third wave of behavioral therapy. Not only to achieve a higher mental flexibility was the purpose of this treatment but also to decrease clinically relevant behaviors (CRB). By the time the therapy had been done, a wide personal and social advance had been got.

Keywords: contextual behavioral therapy, ACT, FAP, TEE, agoraphobia symptoms, panic attack disorder

1. Introducción

Hoy en día gran parte de la población sufre o ha sufrido a lo largo de su vida algún problema psicológico. Es por eso que en los últimos años la figura del psicoterapeuta ha tomado mayor relevancia en la sociedad. Hay muchos estigmas que siguen acompañando a la psicología, si bien es cierto que cada vez es más común que alguna persona conocida vaya a terapia o tal vez esté llevando a sus hijos.

Según González (2007) se calcula que entre un 15 y un 20 % de la población mundial padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. Esto se debe entre otras razones al ritmo de vida frenético que caracteriza sobre todo a las sociedades occidentales, cada vez más exigentes. El contexto social nos enseña prácticamente desde que nacemos que hay que estar bien para poder tener una vida satisfactoria. Sin embargo, el dolor o la tristeza son inevitables. Esta percepción del mundo da lugar a que la gente se frustre o preocupe cuando, a pesar de poner todo su esfuerzo, no consiguen 'quitarse' el malestar (como si de una chaqueta se tratase).

Según el proyecto ESEMeD(Alonso et al., 2007) el 14% de la población europea ha tenido a lo largo de su vida algún trastorno del estado de ánimo, el 13,6% algún trastorno de ansiedad y el 5,2% algún trastorno relacionado con el alcohol, siendo los más comunes la depresión mayor y la fobia específica. Este estudio es el primero en resaltar la magnitud de los problemas mentales en seis países europeos, incluyendo a España. En el ESEMeD-España (Haro et al., 2006) se encuestaron a casi 5.500 personas mayores de 18 años y los resultados indican que casi un 20% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) mientras que la prevalencia-año fue del 8,4%. Estos datos apoyan lo dicho anteriormente.

En este trabajo se abordarán los problemas relacionados con la ansiedad. En la tabla 1 se recoge la clasificación de los trastornos de ansiedad y sus códigos diagnósticos según aparecen en el DSM-5 y en el CIE-10. En concreto, se hablará de dos tipos de ansiedad: la **agorafobia (AG)** y el **trastorno de pánico (TP)**.

Tabla 1.

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5 y el CIE-10.

DSM-5	CIE-10
Trastorno de ansiedad por separación 309.21	Trastorno de ansiedad por separación (F93.0)
Mutismo selectivo 313.23	Mutismo selectivo (F94.0)
Fobia específica:	Fobia específica:
– Animal (300.29)	– Animal (F40.218)
– Entorno natural (300.29)	– Entorno natural (F40.228)
– Sangre-inyección-herida (300.29)	– Sangre-inyección-herida (F40.23x)F40.231: miedo a las inyecciones y transfusiones(F40.232); miedo a otra atención médica o miedo a una lesión(F40.233)
– Situacional (300.29)	– Situacional (F40.248)
– Otras (300.29)	– Otras (F40.298)
Trastorno de ansiedad social (fobia social) (300.23)	Trastorno de ansiedad social (fobia social) (F40.10)
Trastorno de pánico (300.01)	Trastorno de pánico (F41.0)
Agorafobia (300.22)	Agorafobia (F40.00)
Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)	Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad debido a otra afección

debido a otra afección médica (293.84)	médica (F06.4)
Otro trastorno de ansiedad especificado (300.09)	Otro trastorno de ansiedad especificado (F41.8)
Otro trastorno de ansiedad no especificado (300.00)	Otro trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)

Definición de agorafobia y pánico. El término “agorafobia” deriva del griego “agora” que significa lugar del mercado. Fue utilizado por primera vez por el psiquiatra alemán Westphal, en 1871, para describir la imposibilidad de atravesar ciertas calles o plazas, o la posibilidad de hacerlo con un temor ligado a la ansiedad (Rodríguez y Camuñas, 2013). La **agorafobia (AG)** se define según el DSM-5 (APA, 2013) como el miedo o ansiedad intenso y desproporcionado de dos o más de cinco situaciones (transportes públicos, espacios abiertos, espacios cerrados, estar en una cola o muchedumbre, salir solo fuera de casa) que la persona teme o evita al pensar que el escape puede ser difícil o que puede no disponer de ayuda en el caso de que ocurran síntomas similares a los del pánico (los 13 incluidos en los criterios para un ataque de pánico) u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (miedo a caerse en personas mayores, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Las situaciones agorafóbicas son evitadas, requieren la presencia de un acompañante o son soportadas con gran ansiedad. Los criterios diagnósticos para la AG según el DSM-5 pueden ser consultados en la **tabla 2**.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos para la Agorafobia según el DSM-5.

Agorafobia
300.22 (F40.00)
A. Miedo o ansiedad intenso respecto a dos o más de las siguientes cinco situaciones:
1. Usar el transporte público (p.ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p.ej., aparcamientos al aire libre, plaza del mercado,

puentes).

3. Estar en sitios cerrados (p.ej., tiendas, teatros, cines, ascensores).

4. Hacer cola o estar en una muchedumbre.

5. Salir solo fuera de casa.

B. La persona teme o evita estas situaciones al pensar que el escape puede ser difícil o que puede no disponer de ayuda caso de que ocurran síntomas similares a los del pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p.ej., miedo caerse en personas mayores, pérdida del control de esfínteres).

C. Las situaciones agorafóbicas provocan casi siempre miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas son evitadas activamente, requieren la presencia de un acompañante o son soportadas con gran miedo o ansiedad.

E. El miedo o ansiedad es desproporcionada para el peligro real implicado por las situaciones agorafóbicas y para el contexto sociocultural.

F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más.

G. El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.

H. Si está presente otra condición médica (p.ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, ansiedad o evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, ansiedad o evitación no es explicada mejor por los síntomas de otro trastorno mental. Por ejemplo, los síntomas no se limitan a los de la fobia específica, tipo situacional; no implican sólo situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están relacionados exclusivamente con las obsesiones (como en trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o fallos percibidos en la apariencia física (como en el trastorno dismórfico corporal), recordatorios de eventos traumáticos (como en el trastorno por estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: La agorafobia es diagnosticada independientemente de la presencia del trastorno de pánico. Si una persona cumple los criterios para el trastorno de pánico y la agorafobia, se asignan

los dos diagnósticos.

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (2013). (*) Uso limitado.

Algunos ejemplos de situaciones evitadas o temidas en la AG son cines y teatros, supermercados, clases, restaurantes, ascensores, medios de transporte, hacer colas, cruzar puentes, fiestas o encuentros sociales, andar por la calle, quedarse en casa solo, salir solo de casa, etc. Pero además se pueden evitar otras situaciones asociadas con pánico o ansiedad, ya sea por experiencias previas o por las sensaciones temidas que producen. Por ejemplo, saunas, gimnasios, atracciones de feria, ver películas de miedo, tener relaciones sexuales o discutir, entre otras (Bados, 2017).

Este mismo autor destaca algunos factores que influyen en el miedo o evitación de las situaciones anteriores como son la distancia desde casa, la compañía de una persona o no, cercanía a un lugar o zona de seguridad (hospital, consulta médica, salida de un sitio), el propio estado de ánimo de la persona o el tiempo atmosférico (el calor y la lluvia pueden ser agravantes).

La AG siempre se ha relacionado con los ataques de pánico. La gran mayoría de las personas con AG que buscan tratamiento (80-100%) informan tener o haber tenido ataques de pánico. Sin embargo, actualmente se consideran trastornos independientes a pesar de su frecuente comorbilidad. Un **ataque de pánico (AP)**, según el DSM-5, consisten un periodo discreto de miedo o malestar intensos que comienza súbitamente (a partir de un estado de calma o de un estado de ansiedad), que va acompañado frecuentemente de una sensación de desastre inminente, que alcanza su máximo en cuestión de minutos y durante el cual ocurren cuatro o más de las siguientes trece respuestas: a) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; b) sudoración; c) temblores o sacudidas; d) sensaciones de falta de aire o ahogo; e) sensación de atragantamiento; f) dolor o malestar en el pecho; g) náusea o malestar abdominal; h) sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo; i) ráfagas de calor o escalofríos; j) parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo); k) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado de uno mismo); l) miedo a perder el control o a volverse loco; y k) miedo a morir (APA, 2013).

En el DSM-5 (APA, 2013) se distingue entre el ataque de pánico (AP) y el Trastorno de pánico (TP) (véanse los criterios diagnósticos en la tabla 3) ya que el primero puede darse en otros trastornos.

Tabla 3.

Criterios diagnósticos para el Trastorno de pánico según el DSM-5.

Trastorno de pánico
300.01 (F41.0)
A. Ataques de pánico inesperados recurrentes (criterios para un ataque de pánico)
B. Al menos uno de los ataques ha ido seguido por un mes o más de lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación persistente acerca de tener nuevos ataques o por las consecuencias de estos (p.ej., perder el control, sufrir un ataque cardíaco, “volverse loco”). 2. Un cambio comportamental desadaptativo y significativo relacionado con los ataques (p.ej., conductas dirigidas a evitar tener ataques de pánico, tales como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).
C. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, una medicación) o de otra condición médica (p.ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
D. El trastorno no puede ser explicado mejor por otro trastorno mental. Por ejemplo, los ataques de pánico no ocurren únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a situaciones u objetos fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recordatorios de eventos traumáticos, como en el trastorno por estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación.

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (2013). (*) Uso limitado.

El pánico y la ansiedad son dos conceptos similares pero deben diferenciarse. El pánico o miedo se produce en situaciones en las que el peligro está presente, mientras que

la ansiedad es un estado de aprensión sobre un peligro futuro. Según esta distinción, el miedo/pánico implica percepción de una amenaza inminente lo que lleva a una activación autonómica repentina y al escape o búsqueda de ayuda. La ansiedad implica percepción de una amenaza futura impredecible y/o incontrolable, tensión/vigilancia, y evitación o perturbación de la actuación (Craske, Barlow y Meadows, 2000, citado en Bados (2017)).

Epidemiología de la AG y el TP. Varios estudios muestran que aproximadamente entre el 0,6 y el 1,5% de la población presenta AG o TP a lo largo de su vida (Alonso et al., 2007; Botella, 2001; Bados, 2017; Haro et al., 2006), y ambos a la vez llegan al 4,7% . Sin embargo, hay que tomar estos datos con precaución ya que los porcentajes varían en función de los instrumentos utilizados, los criterios diagnósticos elegidos, la metodología y otros factores (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Alonso et al. 2007; Bados, 2017; Haro et al., 2006). Además, los datos de prevalencia-vida (tener el trastorno en algún momento de la vida) obtenidos retrospectivamente, como los que aquí se presentan, pueden ser una subestimación debido a problemas de recuerdo. De ahí que los datos mencionados en Bados (2017) sean algo superiores (3% en AG y 3,9% en TP). También varían las cifras a cerca de la edad de inicio según el estudio elegido. Así, Botella (2001) defiende que la AG y TP surgen sobre los 18-20 años, mientras que en Bados (2017) el pico de la edad de comienzo de los ataques de pánico en pacientes adultos se sitúa entre los 15 y los 19 años. En una revisión sobre los trastornos en la infancia y adolescencia el mayor porcentaje de trastornos de ansiedad aparece de los 10 a los 13 (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

En suma se puede decir que el porcentaje de población general que presenta a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad, en concreto AG o TP, es igual o inferior al 5%. Además, la edad de inicio se sitúa en la adolescencia, siendo raro que aparezcan antes de los 10 años.

Con respecto a la variable sexo sí parece haber un consenso en que las mujeres presentan el doble de probabilidades de padecer estos trastornos (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Alonso et al., 2007; Bados, 2001; Bados, 2017; Haro et al., 2006; Rodríguez y Camuñas, 2006).

Causas y factores de riesgo. Siguiendo a Barlow (2002), citado en Bados (2017) la génesis del TP/AG y de los trastornos de ansiedad en general, requiere tener en cuenta tres tipos de factores que interactúan entre sí: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica. Es decir, el estrés daría lugar a TP/AG

sólo en personas particularmente vulnerables y esta vulnerabilidad sería el resultado de una interacción entre variables biológicas, ambientales y psicológicas. Con vulnerabilidad psicológica generalizada se refiere a la percepción del mundo exterior y las cosas que suceden en él como impredecibles e incontrolables (locus de control externo), basada en experiencias tempranas. Entre estas experiencias pueden estar un estilo educativo sobreprotector o falta de cariño y rechazo por parte de los padres, los vínculos inseguros de apego entre el niño y sus cuidadores, y la ocurrencia de eventos estresantes o traumáticos.

Bados (2017) plantea que el primer ataque de pánico sería una respuesta debida a causas orgánicas (problemas médicos, consumo de ciertos fármacos o drogas y abstinencia de otros) o, en la gran mayoría de casos, psicológicas (situaciones de estrés agudo o crónico) en personas psicológicamente vulnerables (p.ej., con elevada sensibilidad a la ansiedad o intolerancia a la incertidumbre). Como consecuencia de un proceso de atribución errónea o asociación accidental, estas situaciones pasan a suscitar ansiedad o alarma aprendida. Finalmente, el miedo puede extenderse a otras situaciones a través de procesos de generalización física y semántica.

Las personas que presentan ansiedad están hiperalertas respecto a determinadas sensaciones somáticas (sudoración, ritmo cardíaco...), las interpretan como señales de ansiedad/pánico y de otros posibles peligros (infarto, hemorragia cerebral, desmayo, volverse loco, perder el control) por lo que responden con ansiedad/pánico ante las mismas ya que se establece una asociación directa entre las sensaciones corporales y la experiencia de ansiedad/pánico sin la necesidad de que se dé la mediación de una interpretación consciente en términos de peligro. Esto explicaría los ataques de pánico 'espontáneos e inesperados'.

Algunos factores estresantes son los conflictos familiares, un divorcio/separación, el nacimiento de un hijo o abortar, la enfermedad de una persona allegada, el estrés laboral/escolar, los problemas económicos, etc. Además, hay otras experiencias que pueden ser vividas por la persona como eventos traumáticos tales como la muerte de un familiar querido, una enfermedad grave, sufrir un accidente, maltrato físico o abuso sexual (Bados, 2017; Echeburúa, De Corral y Amor, 2005). A menudo las personas pueden sentirse desbordadas ante la presencia de alguno de los eventos anteriores y que su capacidad de respuesta o afrontamiento sean ineficaces (Echeburúa et al., 2005). Estos autores señalan como estrategias de afrontamiento positivas la aceptación del hecho sucedido, compartir el dolor con otras personas, la reorganización de la vida cotidiana, la búsqueda de apoyo social

y el establecimiento de nuevas metas. Por el contrario, anclarse a los recuerdos y plantearse preguntas sin respuesta, el aislamiento social o el consumo excesivo de alcohol, drogas o fármacos tienen un mal pronóstico.

La ansiedad afecta tanto a adultos como a niños, sin olvidar por supuesto la etapa adolescente. Esta etapa se caracteriza por los continuos cambios tanto físicos como psicológicos. Si echamos la vista atrás la mayoría de nosotros recordaremos lo inquietos e inseguros que nos hemos sentido alguna vez a esa edad. Pero además de los cambios propios de esta etapa evolutiva, en la que los jóvenes están especialmente vulnerables, a veces tienen lugar otros sucesos dolorosos que son inevitables en la vida de todas las personas.

Dadas las vivencias del paciente A. tienen especial relevancia en este trabajo dos eventos traumáticos: la experiencia de acoso escolar y el duelo parental en la adolescencia.

Acoso escolar. El acoso escolar se ha convertido en los últimos años en uno de los temas más relevantes a nivel social. Es raro el día que no aparece en las noticias un caso nuevo de bullying o cyberbullying. Según el informe Cisneros X (Oñate y Piñuel, 2007) el 24% de los niños españoles ha sufrido alguna forma de acoso escolar. Este informe presenta la realidad epidemiológica de la violencia y el acoso escolar en España, siendo el mayor estudio realizado en Europa sobre este campo. Participaron 25.000 niños de todo el país entre los 8 y 18 años pertenecientes a 1.150 aulas completas. Según los datos obtenidos, las formas más repetidas de acoso son: bloqueo social, hostigamiento, manipulación, coacciones, exclusión social, intimidaciones, agresiones y amenazas.

Los primeros estudios sobre el acoso escolar se dan en Noruega sobre los años 90 de la mano de Olweus (Avilés, Irurtia, García-López y Caballo, 2011; Calderero, Salazar y Caballo, 2011; García-López, Irurtia, Caballo y Díaz-Castela, 2011; Loredó, Perea y López, 2008; Oñate y Piñuel, 2007; Oñederra, 2008). En España, el interés se despierta después del suicidio del joven Jokin en 2004 (Avilés et al., 2011; Oñederra, 2008).

La palabra bullying viene del inglés “bully” que significa matón o bien se refiere a la acción de amedrentar. Es por eso que algunos autores restringen este término para el maltrato físico. Pero éste es sólo el 10% visible sobre el resto de maltrato psicológico que hay detrás del acoso escolar. Para que se considere acoso escolar deben darse tres elementos clave: 1) abuso de poder o situación de desigualdad, ya sea física, psicológica o social, 2) que se dé de forma repetida y prolongada en el tiempo y 3) intencionalidad de dañar o perjudicar al otro

(Avilés et al., 2011; Calderero et al., 2011; Loredó et al. 2008). Los roles principales del acoso son: el acosador o bully (quién ejerce la violencia sobre otro(s) y la víctima que la recibe. Además, están los observadores que se rigen por la ley del silencio y la condena pública del 'chivato' (Oñederra, 2008).

Existen distintas formas de clasificar los tipos de acoso escolar (Calderero et al. 2011; García-López et al., 2011; Oñate y Piñuel, 2007; Oñederra, 2008) según éste sea directo o indirecto; físico, verbal, social/relacional o psicológico o el recién emergido cyberbullying. Estos últimos autores relacionan además el acoso con la Ansiedad Social (AS) o Fobia Social (FS). Existen dos corrientes al respecto, unos consideran que el acoso, sobre todo el relacional, precede y predice la aparición de la AS/FS. Otros por el contrario ven la AS/FS como una condición previa y que da lugar de alguna manera al acoso, aunque este último planteamiento no se ha confirmado.

Las consecuencias del acoso recaen en todos los participantes, no sólo en la víctima (Oñederra, 2008). Estas consecuencias son tanto físicas (moratones, ropa o materiales rotos, somatizaciones, etc) como a nivel social (aislamiento, bajo rendimiento académico) y psicológico (baja autoestima, ansiedad, depresión, ira). De hecho pueden llegar a ser devastadoras, dando lugar incluso a conductas suicidas o al suicidio consumado. Recientemente se ha reflejado esta realidad en la serie de televisión 'Por 13 razones' en la que se cuenta la historia de suicidio de una adolescente. La serie ofrece una página web de apoyo para los jóvenes (www.13reasonswhy.info)

Avilés et al. (2011) proponen una serie de soluciones como la puesta en marcha de campañas de sensibilización, la elaboración de un marco normativo y una respuesta jurídica, la facilitación de recursos y la educación en valores entre otras medidas.

Duelo parental en la adolescencia. Pasamos a hablar sobre el duelo. En concreto, veremos del duelo parental en la adolescencia. A pesar de que la investigación en este área es escasa y muestra debilidades metodológicas (Barreto y Soler, 2004; Mazaira y Gago, 1999) los autores que lo han estudiado suelen abordar sus conclusiones desde dos puntos de vista diferentes. En Mazaira y Gago (1999) vemos que algunos autores defienden el carácter normativo de este tipo de duelo, mientras que hay otros que señalan este suceso como especialmente doloroso y estresante lo que implicaría una gran repercusión psicológica y social en la vida adulta. Este enfoque es intuitivamente cercano para la mayoría de las personas, incluyendo a los profesionales de nuestro campo, dado que la adolescencia supone

una crisis madurativa, quizás la más decisiva en cuanto a la configuración definitiva de la personalidad (Gamo y Pazos, 2009).

La palabra duelo viene del latín 'dolus' que significa dolor. Se entiende por duelo la reacción psicológica de sufrimiento que se produce ante una pérdida importante o ante la anticipación de la misma. Esto no supone necesariamente una alteración patológica. De hecho, los casos de duelos complicados son la minoría (Barreto y Soler, 2004; Gamo y Pazos, 2009).

Las fases del duelo varían en función de la nomenclatura de los autores aunque la más extendida puede ser la de Kübler-Ross y sus cinco fases: negación, enfado, depresión, negociación y aprendizaje.

La evolución y desarrollo del duelo dependerá de factores situacionales (como el tipo de muerte, otros factores estresantes concurrentes, la cultura), personales (edad y sexo del fallecido y del doliente, estrategias de afrontamiento, religión, duelos anteriores) e interpersonales (parentesco, cohesión familiar, red de apoyo, etc) (Barreto y Soler, 2004; Echeburúa et al., 2005; Mazaira y Gago, 1999).

Se ha discutido la importancia de la capacidad de la elaboración de duelos en la infancia y su repercusión posterior en la patología. Las dificultades provienen, quizás más que del impacto de la muerte, de lo que haya pasado antes y después de ésta (Gamo y Pazos, 2009; Mazaira y Gago, 1999). Estos autores señalan que además del proceso de duelo normal estos casos implican una pérdida de la figura de referencia, además de cambios adicionales como pueden ser el cambio de domicilio, problemas económicos, adoptar un nuevo rol en la familia, y sobretodo cambios en la atención y cuidados recibidos por parte del progenitor sobreviviente.

La muerte de un padre es uno de los acontecimientos estresantes más intensos que puede padecer un niño o un adolescente. Entre las reacciones habituales tras la pérdida de uno de los progenitores están la sensación de abandono, temor hacia el futuro, sentimientos de vacío y soledad, nostalgia y anhelo del padre fallecido, ira, o culpa. Estas reacciones dependerán en parte de lo estrecha que fuera la relación entre ambos y de la capacidad de afrontamiento de cada uno ya que como señalan Echeburúa et al. (2005) las reacciones tras la muerte de un ser querido son variables, hay personas que se sobreponen con facilidad mientras que otras no lo consiguen o les supone un gran esfuerzo. Aunque las reacciones de

confusión e inseguridad, depresivas, de culpa o enfado son comunes en este grupo de edad, los adolescentes frecuentemente contienen o reprimen estas respuestas emocionales, de forma que muchas veces su aflicción es poco aparente externamente y el proceso de su duelo es bastante privado (Mazaira y Gago, 1999).

Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura. Y recuperarse significa, sobre todo, volver a tener la conciencia de que se ocupa de nuevo el asiento del conductor de la vida (Herbert y Wetmoren 1999, citado en Echeburúa et al. (2005)).

Tratamientos para la AG y el TP. Los tratamientos tradicionales más extendidos para la AG y el TP, dada su evidencia empírica, son principalmente la exposición en vivo (EV), la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la farmacoterapia (Bados, 2001; Bados, 2017; Botella, 2001; Rodríguez y Camuñas, 2006). Los estudios mencionados son revisiones que analizan la eficacia y limitaciones de los tratamientos para estos trastornos. Todos llegan a las mismas conclusiones: a) la TCC es de los tratamientos más eficaces, con una tasa elevada de mejoras que se mantienen en el tiempo y un 10-15% de abandonos, b) aunque las técnicas cognitivas parecen ser útiles, el elemento básico para el éxito de la terapia es la exposición en vivo (EV) y c) la farmacoterapia resulta igual de eficaz que la TCC en algunos casos pero los efectos cesan cuando se abandona el tratamiento, además de presentar efectos secundarios y mayores recaídas.

En Bados (2017) se hace mención a los modelos transdiagnósticos que postulan unas características nucleares (hiperactivación fisiológica y afectividad negativa) subyacentes a todos los trastornos de ansiedad. Por lo que esos programas de tratamiento se focalizan en los aspectos comunes de la ansiedad en lugar de las especificidades de cada diagnóstico.

El tratamiento alternativo que se propone en este trabajo es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) junto con la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), ambas pertenecientes a las terapias contextuales o de tercera generación. En Bados (2017) se propone a la ACT como otra alternativa de tratamiento aclarando que aquí la exposición que se hace no es con el objetivo de reducir la activación emocional. Lo que se busca es practicar la aceptación de las experiencias internas (sensaciones, pensamientos, emociones) y aprender a responder de un modo más libre y flexible en su presencia, de cara a conseguir lo que uno valora en la vida. De este modo, los avances no se basan en la reducción de la ansiedad, sino

en una mayor disposición para experimentar las experiencias internas en aras a vivir la vida que se desea.

En Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués (2005) se exponen los fundamentos de FAP y ACT y se haya la conexión entre ambas terapias. Ambas surgen en la década de los noventa a raíz del conductismo radical de Skinner. Estas terapias son un desarrollo de la tradición del análisis (funcional) de la conducta y suponen la superación de las limitaciones de la terapia de conducta tradicional al incluir las innovaciones procedentes de la investigación moderna sobre la conducta verbal o el análisis funcional del lenguaje.

La psicoterapia analítico-funcional (FAP) de Kohlenberg y Tsai considera que los comportamientos disfuncionales que el paciente muestra en la sesión clínica son una manifestación de los problemas en su vida diaria. Así, la aparición en vivo de los problemas del cliente en sesión se denominan conductas clínicamente relevantes tipo 1 (CCR1), mientras que las conductas clínicamente relevantes tipo 2 (CCR2) serían aquellas mejoras reales que surgen en la sesión. Las tres reglas básicas que ha de seguir el terapeuta son: observar CCR, provocar CCR y reforzar de forma natural CCR2.

La relación terapeuta-cliente será el elemento central del proceso de cambio. Esta relación se basa en la honestidad, naturalidad e implicación. La FAP se fundamenta en las contingencias de reforzamiento natural en la sesión terapéutica, la generalización del cambio en la misma, el moldeamiento de la conducta a lo largo de las sesiones y el trabajo centrado en la conducta verbal del paciente y el terapeuta.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) del grupo de Hayes es una alternativa innovadora que rompe con la tradición terapéutica existente. Por un lado introduce una forma conductual de analizar las emociones, pensamientos, recuerdos o sentimientos. Por otro, no hace un análisis sintomático de los problemas, sino funcional. Es decir, no mira la topografía de los mismos sino la función que tienen. Sus bases experimentales parten de los estudios sobre las relaciones de derivación y equivalencia de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), y de los estudios sobre la conducta gobernada por reglas. La ACT sitúa el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos en la evitación experiencial (EE). Esto ocurre cuando la persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares que le resultan desagradables (pensamiento, sensaciones, recuerdos, etc) y trata deliberadamente de evitar o alterar la aparición de esos eventos privados, así como los contextos que los ocasionan (Kohlenberg et al., 2005). Desde esta aproximación los intentos

de control y cambio cognitivo que el contexto social/cultural nos marca a todos para alcanzar una vida satisfactoria son precisamente la base del problema.

Dada su novedad, esta psicoterapia está en vías de expansión e investigación. No obstante, se han publicado ya numerosos estudios de caso único que apoyan la aplicación de ACT en diferentes problemas psicológicos: García-Montes, Pérez-Álvarez y Cangas-Díaz (2006) en síntomas psicóticos; Carrascoso (1999) en trastorno de angustia con agorafobia; Carrascoso y Valdivia (2009) en ataques de pánico; Luciano y Cabello (2001) en duelo.

El propósito de este trabajo es describir y analizar un caso que presentaba síntomas de pánico y agorafobia y se abordó desde las terapias contextuales o de tercera generación (ACT y FAP). Se exponen los objetivos terapéuticos y las fases del tratamiento, así como los resultados finales obtenidos y unas conclusiones generales.

2. Descripción del caso

El paciente A. es un varón de 20 años, estudiante de la Universidad de Almería. El primer año se matricula en un grado de ciencias para cambiarse al año siguiente a un grado de la rama empresarial. Actualmente está en el 2º curso de la nueva carrera, que según él va más con su personalidad de gestionar y organizar. Su nivel socio-económico es medio. Vive en un municipio fuera de la capital con su madre y su hermano, cinco años menor. Su padre fallece hace tres años de cáncer, al igual que un tío suyo, ambos a los que estaba muy unido. Después de esta pérdida con tan sólo 17 años dice no haber notado ningún cambio en su casa o el funcionamiento familiar.

A nivel social, suele hacer planes con su grupo de amigos, principalmente cuando los organiza él mismo. No obstante, algunas veces rechaza ir con ellos porque no está interesado en las conversaciones o en la actividad en sí, y cuando va desconecta mentalmente de la situación. Suele estar más pendiente de su estado interno (si nota ansiedad, ganas de irse, etc) en lugar de implicarse con la situación. Reconoce que no le gustan las multitudes ni los lugares con mucho ruido. De hecho, se siente inseguro en casi cualquier lugar público. Dice sentirse observado y le dan ganas de esconderse o salir corriendo. Esto le ha supuesto un problema a veces, llegando a enfadarse con sus familiares cuando le instan a salir de fiesta o le dicen que 'espabile' como el resto de chicos de su edad.

No ha tenido ninguna pareja sentimental desde que su novia le dejó poco después de la muerte de su padre, algo que no se esperaba y que vivió como 'un desgarró en el pecho'. La

relación con ella dura tres meses. Esta faceta reconoce que es algo que tiene apartado desde entonces, aunque hay veces en las que siente ganas de encontrar a alguien especial. Dice haberse interesado en varias ocasiones por alguna chica pero rápidamente encuentra algún motivo que le hace perder el interés.

Sus aficiones son las artes marciales y el yoga y los juegos de estrategia online, a los que dedica gran parte de su tiempo libre. Mientras juega dice sentirse mejor ya que tiene el control (tiene un rango superior de poder en el juego).

El problema principal por el que acude a la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería (UAL) son episodios repetidos de **ansiedad** que se manifiestan a la hora de ir a clase y en otros entornos públicos. A. ha sido hospitalizado en varias ocasiones por pérdida de consciencia tras estos ataques de pánico. La última ocasión tiene lugar una semana antes de iniciar la terapia.

Ha acudido a especialistas (neurólogos, cardiólogos, Salud Mental...) que han descartado enfermedades médicas, relacionando los episodios mencionados con ansiedad. Anteriormente ha tomado ansiolíticos (diazepam y lorazepam) de forma esporádica. Ahora, después de dos años, ha vuelto a tomarlos sólo cuando se encuentra muy ansioso (pero prefiere no hacerlo). De los psicólogos de Salud Mental comenta que no le han sido de ayuda.

Por otro lado, en varios miembros de su familia, incluido él, han sido frecuentes las **alucinaciones auditivas**, fenómeno que se conoce como 'olores de voces' o 'Hearing Voices'. Esto no le supone ningún malestar ya que es algo que vive con naturalidad. El movimiento 'Hearing Voices' es una organización internacional que busca ofrecer a las personas oidoras de voces la oportunidad de compartir sus experiencias y conocimientos (Escher y Romme, 2012). Este movimiento surge en 1987 de la mano de Patsy Hage (oidora de voces) y su psiquiatra, quién decidió ponerla en contacto con otro oidor de voces para que no se sintiera tan aislada. Hoy en día hacen encuentros en muchos países, entre ellos España.

Además de la ansiedad, son frecuentes en él el **miedo** y la **inseguridad**, que se transforman en sentimientos de **ira** y **rabia** ya que éstos 'no le dejan ser y comportarse como es él' cuando aparecen. No son pocas, por tanto, las veces que sacia esa ira a través del juego declarando la guerra a otros jugadores y destruyendo poblaciones enteras.

En el momento de iniciar la terapia, la forma de comunicarse de A. es bastante rígida, fría e incluso pedante. Además, trata constantemente de racionalizar y buscar la lógica a las

cosas. Su postura corporal y sus gestos denotan tensión y poca naturalidad. Como él mismo ha dicho, le cuesta empatizar y ponerse en el lugar del otro. Presenta pocas habilidades sociales, así como una interpretación literal del lenguaje. Todo esto resulta desadaptativo para él y le ha supuesto a veces problemas con amigos.

2. 1. Motivo de consulta

A. acude a la Unidad de Atención Psicológica (UAP) derivado desde la enfermería de la UAL tras su último ataque de pánico.

Relata historia de **ansiedad** desde hace años. Actualmente es incapaz de entrar a clase ya que le han dado varios ataques de pánico estando dentro y tiene miedo de que le vuelva a ocurrir.

Pide ayuda para eliminar su ansiedad y así 'poder acudir a clase con normalidad'. Presenta síntomas físicos como fatiga, dolor en el pecho y el estómago, cefaleas, taquicardia, etc. que vive con mucha intensidad. Esta serie de síntomas aparecen al entrar a clase, acompañados de pensamientos tales como “voy a dar el espectáculo en clase” o “van a tener que pararla por mi culpa”, “si no salgo del aula ahora me va a dar un ataque”, etc. por lo que abandona el edificio inmediatamente para tratar de disminuirlos. Este miedo se ha ido extendiendo a otras áreas. Lo que antes era al entrar a clase ahora es al entrar al aulario, o directamente al subirse al autobús, al salir de casa...

Lo que más parece preocuparle es no saber la causa de su ansiedad (que otras veces ha sabido controlar pero que ahora “está tomando un rumbo incontrolable”). Tiene pensamientos del tipo “esto no puede ser normal” o “tiene que haber algo mal en mi”.

Para tratar de disminuir el malestar que le producen estos síntomas lleva a cabo numerosas conductas de control y escape, así como se vale de señales de seguridad (p.ej. ir acompañado de amigos).

Su objetivo, como se ha dicho anteriormente, es quitarse el malestar, buscarle una razón lógica a lo que le está pasando y entonces poder seguir adelante con su vida.

2. 2. Historia y evolución del problema

Durante su etapa adolescente, A. sufre acoso escolar durante los cuatro años de la E.S.O. Estos abusos proceden siempre del mismo grupo de niños, algunos de su clase y el resto de otras. Sus padres no saben nada de lo que ocurre hasta que finalmente decide denunciar la situación tras recibir un puñetazo que lo tira al suelo en el 4º curso. En una ocasión le llegan a decir incluso que “por qué no se suicida”.

A. sitúa el origen de su ansiedad tras haberle puesto fin al acoso. Comenta que hasta entonces no había sufrido ningún ataque. La ansiedad empieza cuando entra al Bachillerato y ya no tiene problemas con sus compañeros de clase.

La etapa de educación primaria también la recuerda con momentos donde se sentía excluido por el resto de niños, a pesar de sus esfuerzos por acercarse a ellos. Relata anécdotas con profesores que vivió con sentimientos de haber sido ridiculizado o castigado de forma injusta.

Por otro lado, su padre muere de cáncer cuando él tiene 17 años. Comenta que fue algo rápido (en cuestión de unos meses). El mismo día que le dan la terminal A. va a clase aún sabiéndolo. Recuerda volver a casa y encontrarse la ambulancia en la puerta. Sin embargo, no muestra ninguna expresión emocional al contarlo, sólo recuerda las sensaciones físicas que sintió (frío). Cuando se le pregunta si se sintió sólo en ese entonces responde que no ya que estuvo toda su familia con él. Tampoco considera que haya cambiado nada para él en el funcionamiento de su casa. Sin embargo, cuando la terapeuta le pregunta si ha aceptado la muerte de su padre su respuesta es llamativa: *“Yo sí he aceptado que mi padre se ha... que ha fallecido”*. Reconoce que la pérdida tan prematura de su padre le dejó **sin guía**. Cuenta que estaba muy unido a él y que era como su 'aliado' junto a su tío, que también falleció de cáncer cuando él tenía unos 12 años. Entre los tres compartían aficiones como la numismática y las antigüedades, que desde entonces no ha vuelto a retomar.

Como se ha dicho anteriormente, A. ha tenido alucinaciones auditivas desde su infancia. Con el tiempo, descubrió que varios miembros de su familia paterna también eran 'oidores de voces', entre ellos su padre y su tío. Estas alucinaciones comienzan en forma de sueños cuando A. tiene 6 años. Cuenta que al principio le decían lo que tenía que hacer en el juego de ordenador. También predijeron la muerte de su tío antes de que nadie supiera nada. Con los años empieza a escucharlas despierto, llegando a tener un episodio en el que nota cómo alguien le tira fuertemente del pelo. Durante el tiempo que dura el acoso estas 'voces' le

abandonan, según él, y le dicen que 'le toca ser fuerte'. Después de este periodo, vuelve a experimentarlas hasta día de hoy.

Poco después de la muerte de su padre su novia decide romper la relación de forma inesperada para él. Éste es el único momento donde reconoce haber sentido un auténtico “desgarro”. Al mismo tiempo se pelea con sus amigos quedándose prácticamente sólo. Este periodo (de 8 o 9 meses) lo describe como el de mayor reflexión así como el de mayor ansiedad. Fue entonces cuando se prometió a sí mismo 'no volver a sentir dolor jamás', literalmente.

Las experiencias tempranas de pérdida y los episodios de acoso han marcado su comportamiento. Como consecuencia de todo esto, A. ha desarrollado una personalidad extremadamente fría y racional, basada en la lógica. Su forma de expresarse es plana, sin ningún rastro de emoción. Muestra pocas habilidades sociales. De hecho, amigos suyos le han llegado a decir cosas como que *'un trozo de hielo saldría corriendo del frío a su lado'* o que *'es como si viviera en una torre rodeada de muros y los mirara a todos desde arriba'*.

En el único espacio donde se permite experimentar sensaciones es en el juego. Ahí tiene sensación de poder y resuelve su ira y rabia a base de destruir a otros jugadores.

3. Evaluación, diagnóstico y análisis funcional

3. 1. Evaluación

Al comienzo de la terapia se administraron al paciente una serie de cuestionarios que, junto con una entrevista inicial semiestructurada, sirvieron para evaluar su estado inicial general. Los cuestionarios fueron los siguientes: la Escala de Experiencia del Yo (EOSS) para evaluar la concepción del yo; el SCL-90-R como inventario de síntomas; para la evaluación de la personalidad se administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III); por último, se midió la evitación experiencial a través de los cuestionarios AAQ-II y MEAQ.

Los resultados de cada cuestionario se describen a continuación:

- **EOSS**

El Experiencing of Self Scale (EOSS) (Parker, Beitz y Kohlenberg, 1996) o Escala de Experiencia del Yo se creó para evaluar el concepto y la experiencia del yo dentro de la Psicoterapia Analítica Funcional (Valero-Aguayo, Ferro, Bermúdez, De los Ángeles y Huralde, 2014). Estos autores estudiaron la fiabilidad y evidencias de validez del EOSS sobre una muestra española de 1.040 participantes entre los 18 y los 75 años. El cuestionario

muestra una alta consistencia interna ($=.941$), validez convergente con escalas similares, y también es útil para la evaluación de personas con problemas psicológicos del yo. Consta de cuatro subescalas sobre el concepto del 'yo' general, del 'yo' en relación a relaciones sociales superficiales, a relaciones íntimas y a un concepto positivo del yo. Los resultados se muestran en la tabla 4. Se utilizó la adaptación española de Valero, Ferro, López-Bermúdez y López-Selva (2014).

En la sección I se valora de forma global o general la experiencia del yo. Se da una puntuación alta en esta sección ($p=30$ en un rango de 7 a 49). Esto indica posibles trastornos del yo o conductas disociativas. Las secciones II y III valoran el expresar necesidades, opiniones, actitudes y acciones con personas conocidas o relaciones superficiales y con seres queridos o relaciones más estrechas, respectivamente. En este caso las puntuaciones se mantienen por debajo de la media ($p=20$ y 31 , respectivamente, en un rango de 10 a 70) lo que indica un bajo control público del yo en estas situaciones. Por último, en la sección IV se evalúa una concepción del yo en cuanto a espontaneidad, creatividad, opiniones, críticas, etc., tanto en relación a otras personas como cuando está solo. La puntuación aquí ($p=36$ en un rango de 10 a 70) indica que los demás ejercen alguna influencia sobre sus actitudes, opiniones y acciones aunque no de forma excesiva.

Tabla 4.

Puntuaciones obtenidas en el cuestionario EOSS.

	RANGO	PUNTUACION
SECCION I	7-49	30
SECCION II	10-70	20
SECCION III	10-70	31
SECCION IV	10-70	36
TOTAL	37-259	117

- **SCL-90-R**

El SCL-90-R (Derogatis, 1994) fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Consta de 90 ítems donde se evalúan nueve dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico. Además, se incluyen siete ítems adicionales que no se incluyen en ninguna dimensión anterior pero son de relevancia clínica. Oscar y Ledesma (2009) hallaron buenos niveles de consistencia interna para todas las escalas (.0,72 a .86) y para el índice general (0,96).

Los datos obtenidos en este test se muestran en la tabla 5. Llama la atención el hecho de que la puntuación de todas las dimensiones se encuentra por encima del percentil 50. El valor más elevado corresponde a la Ansiedad fóbica (AF) (T=84), seguida de la Ansiedad (ANS) (T=76) y Somatizaciones (SOM) (T=71). Sin embargo, las puntuaciones brutas por encima de 50 en el total de síntomas positivos ($p=59$) indican una tendencia a exagerar las patologías. Esto puede explicar esas puntuaciones tan elevadas. A pesar de todo, los datos se corresponden con el estado inicial del paciente, cuyas quejas principales eran la ansiedad y las somatizaciones.

Tabla 5.

Resultados en el SCL-90-R.

	PUNT. BRUTA	PUNT. T
SOMATIZACIONES	2,75	71
OBSESIONES Y COMPULSIONES	1,60	55
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	1,22	56
DEPRESIÓN	1,69	60

ANSIEDAD	2,90	76
HOSTILIDAD	2,50	73
ANSIEDAD FÓBICA	2,43	84
IDEACIÓN PARANOIDE	1,67	69
PSICOTICISMO	1,30	60
ÍTEMS ADICIONALES	0,71	

Tabla 6.

Índices globales iniciales de malestar psicológico.

	PUNT. BRUTA	PUNT. T
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS (PST)	59	58
ÍNDICE MALESTAR SINT. POSITIVO (PSDI)	2,90	74
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD (IGS)(b)	1,90	66

(a) El denominador de cada uno se resta las no contestadas o dudosas

(b) El denominador es 90-las respuestas no contestadas o dudosas

- **MCMI-III**

El MCMI-III (Millon, 1994a) es un cuestionario de 175 ítems que mide tanto características de estilos de la personalidad como síndromes clínicos. Los ítems conforman un total de 28 escalas agrupadas en 14 subescalas de personalidad, 10 de síndromes clínicos, y por último tres para la sinceridad, deseabilidad social y devaluación (escala de validez). Los resultados de este cuestionario son compatibles con la nomenclatura del DSM-IV. Según comprobaron Souci y Vinet (1999) el cuestionario muestra un coeficiente alfa moderado-alto así como validez convergente con las escalas del MMPI-I. Se utilizó la adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007).

En la escala de patrones clínicos de la personalidad los valores más altos (véase la tabla 7) se corresponden con los rasgos Narcisista y Negativista o Pasivo-Agresivo, ambos con una puntuación T=65. Las puntuaciones de los síndromes clínicos del Eje I reflejarían un Trastorno de Ansiedad Generalizada (T=83) seguido de un Trastorno Somatoformo (T=67), lo que encajaría con la demanda inicial del paciente a la hora de acudir a la consulta. Por último, destacar que presenta puntuaciones elevadas en los tres síndromes clínicos graves: Trastorno del pensamiento con T=81, Depresión mayor con T=70 y Trastorno delirante con T=64.

El paciente contestó a 7 ítems relacionados con el descontrol emocional, 5 ítems con la preocupación por la salud y 3 de alienación interpersonal. Sobre abuso infantil respondió afirmativamente a una pregunta. El resto de dimensiones no presentan ítems a mencionar (tabla 8).

Se ha de tener en cuenta que el estilo de respuesta de A. refleja una alta deseabilidad social (T=71). Esto puede indicar bien una reducción de los síntomas a la hora de contestar el cuestionario o por el contrario una exageración de los mismos.

Tabla 7.

Puntuaciones iniciales del MCMI-III.

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN	PUNT. DE PREVALENCIA	ESCALAS DIAG.
-----------	------------	----------------------	---------------

		83	43	SINCERIDA
ESCALAS VALIDEZ	DE	15	71	DESEABILIDAD S.
		11	59	DEVALUACIÓN
		7	53	ESQUIZOIDE
		8	60	EVITATIVO
		5	35	DEPRESIVO
		5	33	DEPENDIENTE
		11	33	HISTRIÓNICO
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD	LA	13	65	NARCISISTA
		4	34	ANTISOCIAL
		7	52	AGRESIVO(SÁDICO)
		14	44	COMPULSIVO
		12	65	NEGATIVISTA (PASIVO- AGRESIVO)
		1	9	AUTODESTRUCTIV
PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD	LA	7	61	ESQUIZOTÍPICO
		10	62	LÍMITE
		9	66	PARANOIDE
SÍNDROMES		9	83	ANSIEDAD

CLÍNICOS	8	67	SOMATOFORMO
	5	50	BIPOLAR
	4	40	DISTÍMICO
	2	30	DEP. ALCOHOL
	3	45	DEP. SUSTANCIAS
	6	62	ESTRES POST-TRAU
	11	81	TR. PENSAMIENTO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	5	70	DEPRESIÓN MAYOR
	1	64	TR. DELIRANTE

Tabla 8.

Respuestas destacadas iniciales en el MCMI-III.

RESPUESTAS DESTACADAS	PREOCUPACIÓN SALUD = 5
	ALIENACIÓN INTERPERS. = 3
	DESCONTROL EMOCIONAL = 7
	POTENCIAL AUTODESTRUC. = 0
	ABUSO INFANTIL = 1
	TR. ALIMENTACIÓN = 0

- **MEAQ y AAQ-II**

Tanto el Cuestionario de Evitación Experiencial (AAQ-II) (Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004, adaptación española de Barraca (2004)) como el Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ) (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero y Watson, 2011) evalúan diferentes formas del constructo. Ambos cuestionarios son los dos más utilizados con este fin (Rocheffort, Baldwin y Chmielewski, 2018) dados sus altos niveles de alfa de Cronbach ($\alpha = .78-.89$ y $\alpha = .91-.95$, respectivamente). El AAQ-II mide la flexibilidad psicológica a través de 7 ítems con respuesta tipo Likert donde 1=Nunca es verdad – 7=Siempre es verdad. El MEAQ consta de 6 subescalas donde se mide la evitación conductual, aversión al malestar, distracción y negación, el nivel de procrastinación y por último el grado de resistencia al malestar o compromiso con la acción en función de valores.

La puntuación total del paciente A. en el AAQ-II fue de 16 sobre 70. Esto indicaría un nivel bajo de evitación. Así mismo, los resultados en todas las subescalas del MEAQ (tabla 9) se mantienen por debajo de la media, lo que indicaría de nuevo poca evitación. Hay que tomar con precaución estos resultados ya que se contradicen con el criterio personal del terapeuta. Esto podría significar que el paciente no era consciente al momento de acudir a terapia de su propia evitación.

Tabla 9.

Puntuaciones iniciales del MEAQ.

	PUNTUACIÓN
EVITACIÓN CONDUCTUAL	53
AVERSIÓN AL MALESTAR	5
PROCRASTINACIÓN	26
DISTRACCIÓN Y SUPRESIÓN	39
REPRESIÓN Y NEGACIÓN	3

RESISTENCIA (COMPROMISO)	AL	MALESTAR	42
TOTAL			161

3. 2. Diagnóstico

Según la topografía de los síntomas y desde un punto vista categorial el paciente A. cumple los criterios diagnósticos para la Agorafobia (AG) y el Trastorno de pánico (TP) del DSM 5 (APA, 2013) y el CIE-10 (OMS, 1992). Para una revisión de los criterios, véanse de nuevo las tablas 2 y 3.

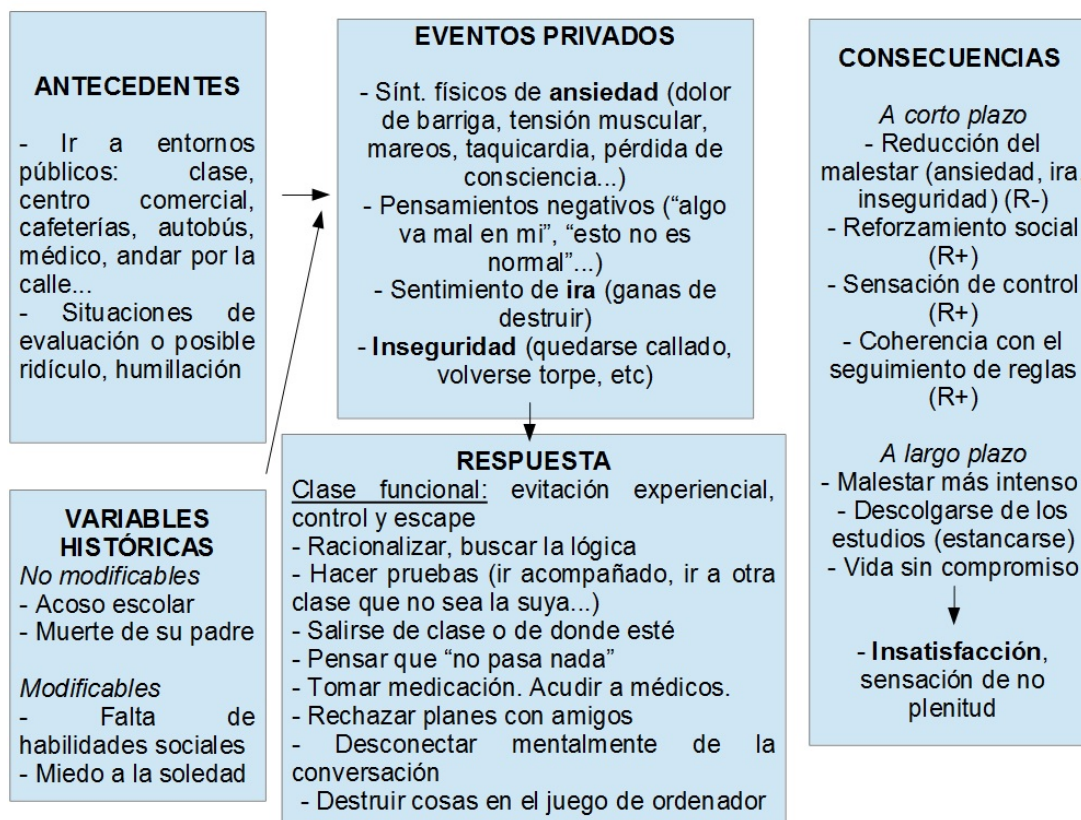
No obstante, la perspectiva que aquí se plantea es desde el contextualismo funcional propio de FAP y ACT. De este modo, se entiende que los eventos privados que experimenta el paciente tales como ansiedad, ira e inseguridad no son un problema en sí mismos, sino que el problema radica en los esfuerzos infructuosos del paciente por deshacerse de ellos. Por lo que nos encontraríamos ante un Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes et al., 2011).

3. 3. Análisis funcional

Las primeras sesiones, a partir de la entrevista, sirvieron para recopilar información sobre la historia personal de A. Con esta información se pueden establecer relaciones con su problema actual y con otras variables que puedan estar influyendo en su mantenimiento (ver Fig. 1 para el Análisis Funcional).

Figura 1.

Análisis funcional.



En A. son frecuentes las emociones de inseguridad, ira y ansiedad, así como los pensamientos del tipo "no es normal lo que me pasa", "hasta que no encuentre la explicación de esta ansiedad no se irá", "como no salga del aula me va a dar un ataque aquí mismo", etc. Cuando estos síntomas tienen lugar la respuesta de A. es hacer cualquier cosa con tal de no sentir aquello que le disgusta o desagrada. Esto se conoce como Trastorno de Evitación Experiencial.

Como se ha visto, las estrategias para librarse del malestar en este caso son variadas. La más característica podría ser salirse de clase, huyendo literalmente del lugar hasta que los síntomas físicos van menguando. Unas veces intenta usar la razón y buscar una explicación lógica de que aparezca la ansiedad, o decirse a sí mismo que "no pasa nada". Otras veces, invierte bastante tiempo en hacer comprobaciones para ver si la ansiedad aparece o no: prueba a entrar sólo y acompañado al aula, a asistir a una clase de otra carrera, a ir al centro comercial con amigos y sólo... En definitiva, su vida gira en torno a la ansiedad.

Otra forma de evitación sería rechazar directamente aquellos planes donde prevee que pueden darse esos sentimientos, quedándose en casa. O bien, acudir con el resto de amigos pero evadirse en sus propios pensamientos y chequeos internos.

Todas estas respuestas se dan ante cierto tipo de situaciones. O bien tienen lugar en entornos públicos (como el aula, el centro comercial, el médico... incluso andar por la calle), o bien en situaciones donde existe cierto grado de evaluación o reconocimiento donde A. se ve expuesto a la opinión de los demás.

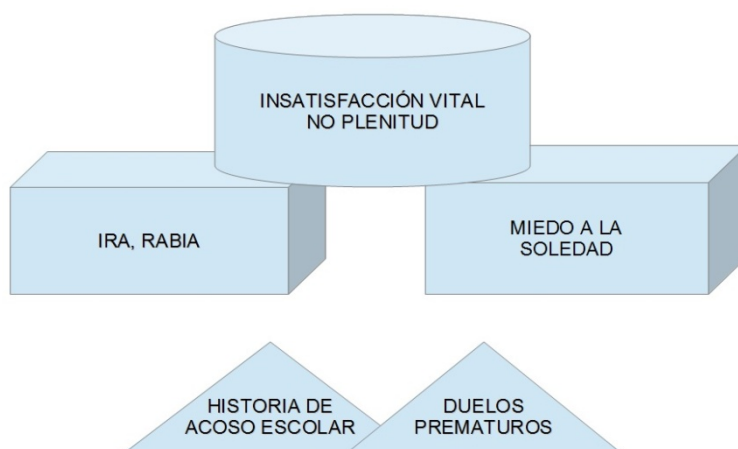
Dada la historia de abusos y humillaciones a las que se ha enfrentado parece lógica esa hipersensibilización al ridículo. Así mismo, las experiencias traumáticas de pérdida vividas han desembocado en un estilo personal rígido, congelado, entrenado para no sentir nada (y esto significa no sentir ni lo malo ni lo bueno).

Como consecuencia de todo lo anterior, A. obtiene un alivio inmediato del malestar cuando se sale de clase o se queda en casa. También obtiene reforzamiento social ya que sus amigos terminan acompañándolo. Y experimenta sensación de control y de coherencia al cumplirse la regla 'si me voy, me siento mejor'.

No obstante, estas soluciones pueden resultar eficaces a corto plazo pero no así a la larga. De hecho, como él mismo ha podido comprobar, la ansiedad o la ira que en un principio se calman luego reaparecen cada vez con más intensidad, extendiéndose a más áreas. En definitiva, estas acciones le están llevando a vivir una vida superficial y sin compromiso. De ahí el sentimiento de **insatisfacción**, de “**no plenitud**” que menciona a lo largo de las sesiones. Para ver un esquema general de la historia del problema véase la figura 2.

Figura 2.

Esquema general de la historia del problema.



3. Conductas clínicamente relevantes (CCRs) y objetivos terapéuticos

El paciente A. mostraba una gran rigidez psicológica en el momento de acudir a terapia. Presentaba ideas preconcebidas producto del modelo cultural de salud personal (Hayes et al. 2011) que nos dice que para poder vivir, hay que estar bien. Esto se traduce en comportamientos que buscan eliminar el malestar para 'poder seguir adelante'. A modo de esquema en la tabla 10 se resumen las conductas desadaptativas en sesión o CCR1, según la FAP (Kohlenberg et al. 2005) y los problemas que tenía A. en su día día:

Tabla 10.

Problemas en la vida diaria, CCR1 aparecidas en sesión y sus correspondientes objetivos terapéuticos.

Problemas en la vida diaria	CCR1	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS
No ir a clase	Evitación experiencial	Tomar contacto con sus emociones.
Mostrarse distante o borde con los amigos	(no permitirse sentir nada y cuando lo hace tratar de evitarlo porque no le gusta)	
No hacer cosas sólo (salir a correr, ir al centro comercial...)	Racionalizar, buscar razones de su comportamiento. Querer 'quitarse' la ansiedad.	Aceptación de los eventos privados.
Enfadarse con facilidad	Apretar los puños y frotárselos	Conciencia del momento presente
Destruir cosas en el juego	Preocuparse en exceso por el futuro, anticipándose a las consecuencias	Defusión cognitiva. Desactivar las funciones verbales.
Negarse a tener o mantener contacto con posibles parejas	Comportamiento gobernado por reglas verbales	Comportamiento social más flexible y adaptativo
Tomarse las cosas a la defensiva	("si entro a clase me dará un ataque")	Explorar direcciones valiosas y dirigirse hacia ellas
	Falta de habilidades sociales. Rigidez en la forma	Hacer cosas sólo: salir

de hablar.	a correr, viajar, irse de Erasmus...
Falta de valores propios. No saber qué quiere en su vida.	Fomentar las relaciones íntimas

Estas conductas fueron apareciendo a lo largo de las sesiones y en base a éstas se fueron marcando los objetivos en la terapia.

Teniendo como referencia el modelo de flexibilidad psicológica de Hayes et al (2011) se puede decir que los principales objetivos terapéuticos consistieron en que A. fuera un chico más **abierto, centrado y comprometido**. Esto es, que estuviera dispuesto a experimentar lo que tuviera que venir siempre y cuando eso estuviera en un camino valioso para él. A su vez, que aprendiera a detectar los sentimientos y emociones en sus primeras fases para así, finalmente, poder actuar libremente.

A lo largo de las sesiones fueron apareciendo mejorías in situ (CCR2) y avances en la vida diaria (véase la tabla 11). Estos cambios empezaron a ser visibles en la 4ª sesión. No sólo fueron detectados por la terapeuta, sino que el mismo A. comentó cómo sus amigos le habían dicho que lo notaban diferente.

Tabla 11.

CCR2 y avances en la vida diaria.

CCR2 y Avances fuera de la sesión	
CCR2	Contacto emocional (identificar emociones en el propio cuerpo)
	No tratar de buscarle el significado a lo que se hace en sesión
	Lenguaje no verbal más relajado.
	Ser más sociable (bromear, sonreír...)
	Aceptar y hacerle un hueco a la ansiedad
Avances en la vida diaria	Dirigirse hacia las cosas importantes en su vida a pesar de cómo se siente: ir a clase, a la autoescuela...
	Hacer cosas sólo (como salir a correr o quedarse a comer en la

universidad)

Ser más simpático y cercano con sus amigos

Enfadarse con menos frecuencia e intensidad

Finalmente, hubo varias ocasiones en las que A. describió su propio patrón de comportamiento (CCR3). En la sesión 6, cuando se trató el tema de su miedo a la soledad dijo lo siguiente:

– *P: De hecho, yo a veces he pensado ¿y si lo que hago en los juegos es una forma virtual de estar acompañado?*

Otra vez comentó en relación a estar con el móvil mientras espera: “cuando no quiero enfrentarme a una situación o no me gusta me creo la mía propia para escapar. Por eso hago que me llamen o finjo que estoy haciendo algo con el móvil”.

Pero la vez más llamativa se dio en la sesión 11 cuando hizo una recapitulación de las cosas que le habían ayudado de venir a terapia:

– *P: Me ha ayudado a ver otros aspectos que no veía porque estaba cegado por mis ideas preestablecidas y por mis emociones negativas, destructivas más bien, y fuera de control. También he aprendido que hay cosas que son normales y que no pasa nada porque ocurran. Yo pensaba que tener los dolores, los nervios, la vulnerabilidad, etc. era algo malo y ahora veo que es algo natural. Cuando “abrazas” el miedo se disipa. Como he aceptado que esas cosas pueden suceder, luego no saltan. Y eso me ha ayudado a salir a hacer ejercicio yo solo, por ejemplo. A ir por la calle sin esa tensión extra, a entrar a clase, a no cabrearme tanto, a ser menos borde...*

– *T: Bueno entonces...*

– *P: Favorable (se ríe bromeando) [CCR2]*

A continuación, se describen con más detalle las intervenciones dadas a lo largo de las sesiones y los objetivos que se perseguían en cada momento.

4. Intervención: fases y trabajo terapéutico

4. 1. Fases de la terapia

La terapia se realizó en 11 sesiones semanales con una duración de una hora aproximadamente y 4 de seguimiento, espaciadas progresivamente en el tiempo. Todas ellas tuvieron lugar en las instalaciones del Centro de Atención al Estudiante (CAE) de la Universidad de Almería, donde se ubica la Unidad de Atención Psicológica (UAP). Las sesiones fueron individuales contando con la presencia de una co-terapeuta.

La terapia se puede dividir en las siguientes fases:

– **Fase de evaluación:**

- Sesión 1. Tanto en FAP como en ACT uno de los elementos más importantes en la terapia es la relación terapeuta-paciente. La primera sesión sirvió para empezar a afianzar esa alianza (que desde un principio se dio) así como para conocer a groso modo la historia personal de A. y el motivo de consulta. A su vez, se empezaron a observar las primeras CCRs y a trabajar con ellas, como la tendencia a racionalizar. También se preparó un contexto para promover el cambio en la forma de A. de plantearse el problema.

Al final de la primera sesión se le dieron al paciente una serie de cuestionarios para que los cumplimentara en casa y los trajera el próximo día.

– **Fase de intervención:**

- Sesiones 2 - 11. Una vez que se exploró el problema se marcaron los primeros objetivos. Como se ha visto, éstos iban dirigidos a conseguir una mayor flexibilidad psicológica en el paciente. A lo largo de las sesiones 2 a la 11 fue cuando tuvieron mayor peso las intervenciones. De manera simultánea en cada sesión se trató el tema de tomar conciencia de sus emociones y sentimientos y la aceptación de éstos por un lado. Por otro lado, se indagó en las cosas que son importantes para A. en su vida. Entonces el trabajo consistió en buscar compromiso por su parte y actuar en esas direcciones.

– **Fase de seguimiento:**

- Sesiones 12 – 15. En sesiones anteriores, A. ya había mostrado algunos avances. En la sesión 7, por ejemplo, comentó que había entrado a clase a pesar de no saber si iba a sentir la ansiedad o no. Y en la sesión 10 tomó la iniciativa para

reconciliarse con una amiga con la que había tenido un problema meses atrás. Sin embargo, se puede decir que es a partir de la 11ª sesión cuando aparecen avances significativos tanto dentro como fuera de la sesión. En esta sesión dijo que se había incorporado bien al cuatrimestre, su forma de comunicarse con la terapeuta era mucho más expresiva y natural... Es por eso que a partir de aquí las citas empezaron a marcarse cada dos semanas, luego cada 3 y finalmente cada mes.

Cabe decir que, aunque se haga una distinción en tres fases (evaluación, intervención y seguimiento), en cada sesión hubo elementos entremezclados. Es decir, en la sesión de evaluación ya se empezó a intervenir cuando fue necesario, y en el resto de sesiones se siguió evaluando ya que aparecían contenidos nuevos. No obstante, se presenta así para facilitar la comprensión al lector.

4. 2. Trabajo terapéutico

La mayoría de ejercicios de ACT trabajan más de un objetivo a la vez. Es decir, que los procesos de aceptación, defusión, compromiso con la acción, etc. no son independientes unos de otros sino que al intervenir sobre un proceso se consiguen efectos simultáneamente en los demás.

A continuación, se describen los procesos terapéuticos más relevantes que han tenido lugar a lo largo de la intervención con A. (ver cuadro 1).

Cuadro 1.

Elementos principales del trabajo en la terapia.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Validación – Contexto de cambio y control como problema – Procesos de consciencia y aceptación – Procesos de compromiso y activación conductual |
|--|

Después de conocer la historia del problema y haber empezado a establecer la relación terapeuta-paciente, lo siguiente fue definir lo que se llama contrato terapéutico. A. es un chico inteligente por lo que al final de la 1ª sesión se pudo dejar ya claro el funcionamiento y los objetivos de la terapia:

T: Bueno A., aquí no vamos a trabajar más la ansiedad. Parece que tú ya conoces y has probado bastantes estrategias para eso. Juntos vamos a ver qué podemos hacer para que vivas la vida que quieres vivir.

No obstante, en la sesión 9 se tuvo que redefinir esto de la siguiente manera:

T: La familia, estudios, coche, desencuentros con amigos... Todos esos temas son la vida. No vamos a trabajar que no sientas X cosa (el enfado, nervios, etc). Sería inhumano. Sí vamos a intentar que comprendas las emociones, que no riegues algunas y aprendas a notarlas. En definitiva, que consigas en tu vida el camino que tú quieres, y ver lo que está interfiriendo. Que aprendas a estar EN la vida.

4.2.1. Validación

Un elemento esencial en el tratamiento de A. ha sido el componente de la **validación** de su historia personal, en la cual ha habido pérdidas muy importantes a una edad temprana , ha tenido experiencias dolorosas de acoso... etc.

En diferentes momentos se le hizo ver que era natural que reaccionara de esa manera dada su experiencia. Por ejemplo, como se ha visto anteriormente con su necesidad de imponerse sobre los demás. También la rabia y la ira, y el sentimiento de angustia a la soledad. No es raro que después de experiencias muy dolorosas uno mismo se intente proteger creando barreras hacia los demás. Es por eso que después de algunas rupturas las personas se vuelven aparentemente insensibles como en el caso de A.

4.2.2. Contexto de cambio y control como problema

Lo primero que se hizo a la hora del tratamiento en el caso de A. fue promover un contexto de cambio. Es decir, hacerle ver que todo lo que está haciendo y todas las estrategias que está utilizando y en las que invierte gran parte del tiempo, no sólo no le están resultando útiles sino que además están empeorando su vida cada vez más y en más áreas. Esto se consigue a base de preguntas del tipo “¿Todo ésto que has intentado te ha funcionado? ¿Qué te dice tu experiencia?”. Un ejemplo es este fragmento de la primera sesión cuando A. contó cómo estaba su vida en varios ámbitos al empezar la terapia:

- *T: Entonces, en general, ¿dirías que tu vida va bien?*
- *P: Sí, no tengo porqué decir que va mal, quitando “esto” (tener ansiedad).*
- *T: Quitando que no me monto en el autobús, que he dejado de ir a clase, que dedico el día a chequear a ver cómo estoy y qué pasa si hago esto o lo otro...*

– P: Bueno... yo es que analizo mucho (se ríe). [CCR1]

En la 2ª sesión se siguió promoviendo el cambio tratando de provocar en A. un estado de desesperanza creativa. Se hizo una lista en sesión con todas las cosas que A. hacía a lo largo del día para evitar que apareciese la ansiedad (ver cuadro 2). Después, la terapeuta le preguntó si todo eso le había funcionado, a lo que él respondió que no. Se utilizó la **metáfora del campo de hoyos**, y otros ejemplos (como intentar arreglar un grifo que gotea pasándose de rosca, o girar el contacto una y otra vez en un coche que no arranca). Con esto se trató de conseguir que A. viera que cuanto más esfuerzos ponía en controlar la ansiedad al final resultaba contraproducente.

Cuadro 2.

Estrategias de A. para evitar que aparezca la ansiedad.

<ul style="list-style-type: none"> -Pensar en otra cosa - Intentar comprender el porqué → Cuando lo encuentre lo elimino. - Decirme a mí mismo que no pasa nada - Huir de la situación (salir de la clase) - Técnicas de meditación, cantar mantras...

Cuando se utilizó en la siguiente sesión la **metáfora de las arenas movedizas** donde el lodo era su ansiedad, A. empezó a plantearse esta cuestión y dijo que “*no sabía cómo podía estar en contacto con su ansiedad*”. Este es el paso que precede a la aceptación y lleva a actuar en direcciones valiosas.

A lo largo de la terapia se tuvo que abordar este tema en varias ocasiones. Por ejemplo, en una sesión de seguimiento donde A. había vuelto a su antiguo repertorio de evitación se abordó de la siguiente manera:

– P: El otro día me dio un dolor muy fuerte cuando estaba en clase y al final me tuve que salir. Cuando se me pasó un poco entré de nuevo y ya está. Ah, y en el juego he vuelto a declararle la guerra a una población entera... Estaba muy enfadado y no lo pude evitar (fusión cognitiva).

- T: *Bueno... Eso ya lo has hecho otras veces. Le has dado de comer otra vez al lobo (en referencia a una metáfora sobre valores que se utilizó a lo largo de la terapia). Y esto, ¿a dónde te lleva?*
- P: *A Torrecárdenas.*

4.2.3. Procesos de consciencia y aceptación

Uno de los principales problemas de A. era que había desarrollado una gran capacidad para bloquear cualquier tipo de emoción o sentimiento. Tanto era así que no era capaz de reconocer cómo se sentía en algunas ocasiones, bien cuando se le preguntaba en sesión o bien en relación a un recuerdo. Sus expresiones al hablar reflejaban la distancia que marcaba entre él y sus sentimientos:

- P: *Se pasó mal (...)*
- T: *No. Lo pasaste mal tú. (reforzar el yo contexto)*

De esta manera se fomenta la concepción del 'yo' como observador, como el contexto donde tienen lugar todos los pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.

En A. era muy fácil que determinadas emociones se desbordaran y finalmente le atraparan sin un término medio, dando lugar a picos muy altos de intensidad que se traducían en ataques de pánico o en ira destructiva que aliviaba mediante el videojuego.

Uno de los objetivos era que empezara a conectarse con su propio cuerpo y empezara a notar qué cosas estaban teniendo lugar en él. También ver qué había pasado previamente para que esto ocurriera. Así resulta más fácil para A. detectar la ansiedad o la ira en los primeros niveles y así le podrá hacer un espacio para decidir y actuar en consecuencia hacia lo que le importa. Un ejercicio simple pero muy eficaz que se utilizó en las primeras sesiones con este fin fue utilizar la paradoja:

- P: *Vale, entonces lo que tengo que hacer con la ansiedad es (...)*
- T: *Si lo comprendes, es que no has comprendido nada.*
- P: *(...) Y esto quiere decir que (...)*
- T: *Nota la tendencia de tu pensamiento a buscarle la lógica, la necesidad de unir todos los puntos. Nota esa sensación y déjala estar.*

En la 4ª sesión A. comentó que había empezado a poner en práctica esto de tomar consciencia. Cuando se le preguntó al respecto contestó que “*había sido algo distinto*”. Más

adelante, dijo que *“lo notaba en el pecho, pero no le gustaba sentirlo, ni lo bueno ni lo malo, y se lo quería quitar”*. Acto seguido dijo su característico *“buagh”* con cara de rechazo (CCR1).

A lo largo de las sesiones se hicieron más ejercicios de este tipo. Para ello, la terapeuta promovía un estado de atención plena en A. durante unos minutos cuando salía a colación alguna emoción relevante. En una ocasión, A. estaba contando que había tenido una discusión con los porteros de una discoteca y le había durado el enfado 5 días, y al contarle en ese momento sentía el enfado de nuevo. Se le preguntó entonces en qué zona del cuerpo lo notaba. Contestó que *en el pecho pegando a la garganta* (CCR2).

En otro momento se hizo el mismo ejercicio pero esta vez con una sensación agradable. A. había tomado la iniciativa de hablarle a una amiga que se enfadó con él por un comentario borde. En sesión se practicó la manera de pedirle disculpas (no olvidemos que tenía pocas habilidades sociales):

- T: *¿Cuando tú dices esto (las disculpas) qué sientes?*
- P: *Que he dado un paso hacia algo positivo.*
- T: *¿Dónde lo sientes?*
- P: *(Se señala la garganta). Ahora es como si entrara más aire.(CCR2)*
- T: *Es muy importante que te hagas cargo de reparar el daño que has hecho, aunque no haya sido esa tu intención.*

Tomar conciencia de esto requiere práctica como cualquier otra habilidad. Si bien es cierto que una vez que se desarrolla resulta más difícil dejarse llevar por los estados internos. En la sesión 13 A. se quejaba de que ahora se sentía inseguro en muchas situaciones, que ahora notaba esa sensación y no le gustaba. Cuando la terapeuta le planteó que simplemente ahora era consciente de eso él mismo explicó: *“ahora 'esto' me recuerda a como me sentía con 'esto otro', aunque antes también lo sentía pero estaba disfrazado de otra cosa”* (CCR3).

El siguiente paso después de empezar a identificar sus propias emociones era que se mostrara dispuesto a que estuvieran ahí sin resistencia. Al principio esto resulta muy complicado ya que prácticamente desde que nacemos se nos dice que hay que intentar evitar cualquier sentimiento negativo y quitárnoslo lo antes posible. Por eso, muchos pacientes

vienen a la consulta con el objetivo de 'quitarse la ansiedad' para hacer su vida con normalidad.

En este sentido, se intervino poniendo en práctica diferentes ejercicios que se explican en el siguiente apartado ya que la aceptación está directamente relacionada con el compromiso en la acción.

Aparte de la aceptación de la ansiedad se trató el tema de las relaciones íntimas en las últimas sesiones. A. decía que mostraba un total rechazo ante la posibilidad de pasarlo mal por una relación (CCR1). Reconocía que tenía ganas de tener una pareja pero a la hora de conocer a gente nueva perdía el interés rápidamente. La intervención fue dirigida a hacerle ver que de esa forma se estaba perdiendo una parte importante de la vida.

4.2.4. Procesos de compromiso y activación conductual

Una vez que salieron a la luz las cosas valiosas para A. la intervención se centró en el compromiso con la acción en diferentes áreas como ir a clase a pesar del malestar físico, sacarse el carnet del coche a pesar de la mala relación con el profesor o pedirle perdón a su amiga a pesar de que no lo considerara necesario.

Con A. se hizo el **ejercicio de ponerse en frente**. Este ejercicio se puede hacer poniendo un objeto pesado delante del paciente (como una silla) o el propio terapeuta. Consiste en que el paciente se dirija hacia un punto de la sala (la puerta por ejemplo). El obstáculo representa los eventos privados que le incomodan, la ansiedad en este caso. La persona normalmente trata de apartar el obstáculo para poder pasar y al ver que no puede no sabe que hacer, se queda quieta o se frustra hasta que aparece la opción de llegar hasta la puerta con la silla. Finalmente A. puso la silla a su lado en lugar de en frente y se movió por la sala cogiéndola del asa.

El objetivo de este ejercicio es que A. se dirigiese hacia donde él quiera ir, aceptando y estando dispuesto a tener ansiedad ya que también forma parte de él.

La **metáfora del lobo y la casa** es muy similar al ejercicio anterior. Esta metáfora se utilizó a lo largo de toda la terapia. Trata de sacar a la luz los elementos valiosos del paciente por un lado, y la aceptación de los sentimientos desagradables y la defusión con ellos por otro. Se utilizó en la sesión 6 a la vuelta de Navidad. A. tenía una clase justo después de la sesión y empezó a analizar los pros y los contras de ir:

- P: Lo positivo de ir hoy es que me viene mejor para cogerme el autobús de vuelta y también me quito la práctica de encima. Pero es que no conozco a nadie y

voy a ir sólo. El profesor me dio la opción de ir mañana, que sí conozco a algunos. Lo malo es que tendría que venir expresamente para eso y luego esperar al siguiente autobús que pasa tardísimo y... (CCRI)

- T: Todo este análisis es bla-bla-bla. Es tu mente (defusión). Aquí lo único importante es: ¿quieres ir hoy a clase? El resto es cavar. (valores)
- P: Sí, quiero ir. Pero tengo miedo (fusión).
- T: Entonces ve, con miedo (defusión).
- (T coge un folio y empieza a dibujar): Imagina que ésta de aquí es tu casa y que para llegar a ella todos los días tienes que pasar por el único camino que hay. En la casa están todas las cosas que son importantes en tu vida, lo que es más valioso para ti. ¿Cuáles serían esas cosas?
- P: Mi familia, mis amigos y los estudios supongo. Las artes marciales también. Y mis hobbies, el juego por ejemplo, el tema de las antigüedades...
- T: Muy bien. Ahora imagina que en mitad de ese camino aparece un lobo. Es pequeño pero no se aparta, entonces para que se vaya le das un trozo de tu bocadillo, y funciona. Al día siguiente vuelve a aparecer, y al otro también, y al otro... Cada vez es más grande por lo que le vas dando más comida. Hay un día que no quieres darle y entonces el lobo te gruñe y te echa el aliento muy cerca, te asusta, y al final terminas dándole otro filete. En tu vida, ¿quién es ese lobo?
- P: El miedo.
- T: Tú decides si sigues alimentando al lobo o no. Si no lo alimentas puede ser que el lobo se vaya, o no, no lo sabemos. Pero si lo haces ten por seguro que de ahí no se va a mover, y cada vez te va a exigir más.

Al final de esa misma sesión la terapeuta le hizo una autorrevelación:

- P: Ahora tengo clase y me da “el intestino”, tengo que ir al baño, etc...
- T: Si te da “el intestino” vas al baño y vuelves a clase. Y no pasa nada. A mi me pasaba cuando empecé a dar clase algo parecido. Si no hubiera vuelto ahora mismo no estaría aquí.

Se le reforzó en varias ocasiones el hecho de ir a pesar de sentirse mal. Por ejemplo, tenía problemas con la forma de ser de su profesor de autoescuela y aún así siguió dando

clases. También hizo varios exámenes y él mismo dijo “*no veas como lo pasé... pero los hice*”. El interés va ligado a la acción. Lo pudo comprobar un día que se quedó a comer en la universidad sólo (CCR2) y se encontró con la amiga con la que tuvo el problema. Dijo que estuvieron hablando muy bien y le dio “un subidón” de verla.

En la última sesión de seguimiento se utilizó la **metáfora del autobús**. Los pasajeros desagradables y molestos eran su ansiedad, rabia, miedo, etc. Se le hizo ver entonces que mientras se paraba a discutir con ellos no se dirigía hacia ningún sitio, y si les hacía caso terminaría yendo no a donde él quería sino ellos.

El tema de las direcciones valiosas ha sido central en la terapia. Era frecuente que no supiera contestar a preguntas como “*¿qué quieres en tu vida?*”, “*¿dónde te gustaría verte en 10 años?*” o “*¿hacia dónde quieres ir?*”. En la sesión 11 A. contestó lo siguiente a esta última pregunta:

- *P: Pues no lo sé... Es como si antes estuviera aquí (debajo de la mesa) y ahora ya estoy aquí (encima), ya veo las cosas con claridad. Pero no tengo una dirección clara. Bueno, la universidad, el coche, etc. son herramientas que me van a ayudar a conseguir lo que yo quiero. La cuestión es, ¿qué es lo que yo quiero? Me gustaría formar parte de algo más grande. Lo primero que me viene a la cabeza es 'poder'. Pero después de este recorrido no lo veo tan claro... no es tan necesario.*
- *T: Te invito a que cambies la palabra 'poder' por 'capacidad para influir'. ¿Qué puedo aportar bueno a mí o al mundo? Influencia y aportación en lugar de poder y control.*

En la última sesión A. había estado pensando acerca de esto. Finalmente había decidido continuar con la carrera y utilizarla como medio para acceder a otras opciones laborales. Una de ellas era alistarse al ejército (al tener una carrera universitaria entraría en un rango superior). La otra opción era afiliarse a un partido político en su localidad. Tras llegar a esta conclusión A. decía sentirse mucho más tranquilo. De esta manera le veía un sentido a terminar la carrera aunque en sí ya no le gustara nada de ella.

5. Resultados de la intervención

En este apartado se comparan los resultados obtenidos al inicio (pretest) y al final (postest) de la intervención. Como se vio en apartados anteriores, los cuestionarios administrados fueron la Escala de Experiencia del Yo (EOSS) para evaluar la concepción del yo, el SCL-90-R como inventario de síntomas, para la evaluación de la personalidad se

administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) y por último, se midió la evitación experiencial a través de los cuestionarios AAQ-II y MEAQ.

- **EOSS**

Tal y como muestra la tabla 12 las puntuaciones de la sección I y II apenas varían. En la figura 3 se pueden ver estas diferencias de forma más visual. Los resultados indican que el paciente se ve más influenciado por las personas de su entorno al final de la terapia. Esto puede ser positivo para él dada su tendencia a comportarse distante con la gente.

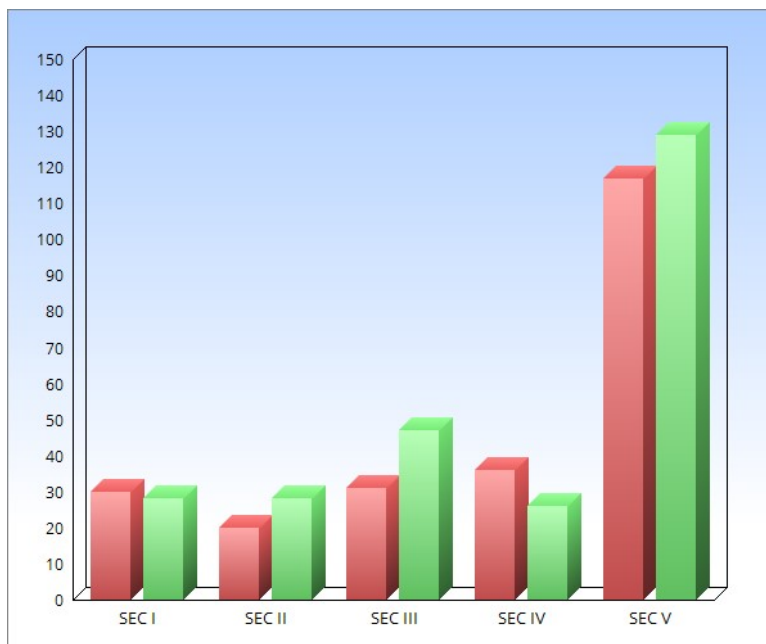
Tabla 12.

Resultados pre-post en el EOSS.

	RANGO	PUNTUACION	
		PRE	POST
SECCION I	7-49	30	28
SECCION II	10-70	20	28
SECCION III	10-70	31	47
SECCION IV	10-70	36	26
TOTAL	37-259	117	129

Figura 3.

Gráfica de los resultados pre-postest en el EOSS.



- **SCL-90-R**

En comparativa con los datos obtenidos en el pretest, en la tabla 13 y la figura 4 se puede ver una reducción de las puntuaciones en todas las dimensiones a excepción de la Sensitividad Interpersonal, cuya puntuación sube ligeramente (T=56 a 59). Se observa un cambio significativo en la escala de Ansiedad fóbica (T=66 vs 84 en el pretest) y también parece haberse reducido las Somatizaciones (T=55). Aunque la mayor mejora se ve en la Ansiedad, pasando de una puntuación T inicial de 76 a una puntuación T=45. El índice total de síntomas positivos (PST) también se encuentra por debajo de 50 en el postest (tabla 14), lo que indica una tendencia a responder de forma más ajustada a la realidad. Finalmente cabe destacar que ha disminuido en índice global de severidad (IGS) lo que indica que el paciente se encuentra mejor después de la terapia.

Tabla 13.

Resultados pre-postest en el SCL-90-R.

	PRE		POST	
	P. BRUTA	PUNT. T	P. BRUTA	PUNT. T
SOMATIZA	2,75	71	1,33	55

ACIONES				
OBSESION ES Y COMPULSIONES	1,60	55	0,80	45
SENSITIVI DAD INTERPERSONAL	1,22	56	1,44	59
DEPRESIÓ N	1,69	60	0,85	49
ANSIEDAD	2,90	76	0,60	45
HOSTILIDA D	2,50	73	2	67
ANSIEDAD FÓBICA	2,43	84	1,42	66
IDEACIÓ N PARANOIDE	1,67	69	1,16	56
PSICOTICIS MO	1,30	60	0,70	53
ÍTEMS ADICIONALES	0,71		1,57	

Figura 4.

Gráfica de los resultados pre-postest en el SCL-90-R.

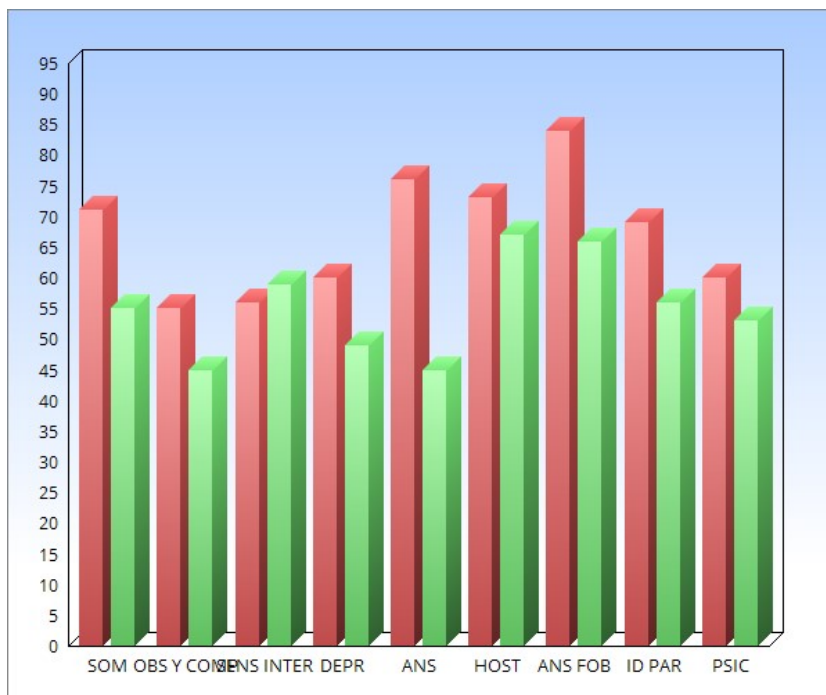


Tabla 14.

Índices globales de malestar psicológico pre-postest.

	PRE		POST	
	P. BRUTA	PUNT. T	P. BRUTA	PUNT. T
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (PST)	59	58	47	52
MALESTAR SINT. POSITIVOS (PSDI)	2,90	74	2,15	59
IN. GL. SEV. (IGS)(b)	1,90	66	1,12	54

(a) El denominador de cada uno se resta las no contestadas o dudosas

(b) El denominador es 90-las respuestas no contestadas o dudosas

- MCMI-III

Los resultados a destacar principalmente entre el pretest y postest del MCMI-III hacen referencia a los síndromes clínicos. En la tabla 15 se puede ver como la Ansiedad ha aumentado de T=83 a T=97. Así mismo lo hacen las puntuaciones en Distimia (de T=40 a 60) y Trastorno bipolar (de T=50 a 69). En el Eje II también ha habido un aumento en la mayoría de dimensiones (Depresivo, Dependiente, Histriónico y Compulsivo) y en especial en los rasgos de la personalidad Evitativo (T=75 vs 65), Narcisista (T=72 vs 65) y Autodestructivo (T=59 vs 9). Este último valor llama especialmente la atención dado que ha habido un incremento considerable. Los síndromes clínicos graves se mantienen igual a excepción del Paranoide que aumenta ligeramente. Por último, disminuyen el Trastorno de pensamiento (T=71 en el postest vs 81) y la Depresión mayor (T=48 vs 70) y el Trastorno delirante aumenta de una puntuación T=64 a 71.

Con respecto a las escalas de validez, destaca el hecho de que aumenta la sinceridad (T=58 vs 43) lo que implica que las respuestas son más ajustadas a la realidad. El resto de valores (deseabilidad social y devaluación) se mantienen igual. En las figuras 5, 6, 7 8 y 9 se muestran las gráficas de estos resultados.

En cuanto a las respuestas destacadas no ha habido prácticamente ninguna variación (ver tabla 16).

Tabla 15.

Resultados pre-postest en el MCMI-III

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN		PERFIL PUNTUACIONES PREVALENCIA		ESCALAS DIAGNÓSTICAS
	PRE T	POS	PRE	POST	
ESCALAS DE VALIDEZ	83	105	43	58	SINCER.
	15	15	71	71	DES. SOC.

	11	11	59	59	DEVAL.
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	7	6	53	45	ESQUIZOIDE
	8	16	60	75	EVITATIVO
	5	6	35	41	DEPRESIVO
	5	7	33	47	DEPENDIENTE
	11	13	33	39	HISTRIÓNICO
	13	17	65	72	NARCISISTA
	4	3	34	26	ANTISOCIAL
	7	6	52	45	AGRESIVO (SÁDICO)
	14	19	44	60	COMPULSIVO
	12	11	65	63	NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
	1	7	9	59	AUTODESTRUCTIV
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	7	10	61	64	ESQUIZOTÍPICO
	10	8	62	58	LÍMITE
	9	12	66	71	PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	9	14	83	97	ANSIEDAD
	8	6	67	64	SOMATOFORMO

	5	9	50	69	BIPOLAR
	4	6	40	60	DISTÍMICO
	2	1	30	15	DEP. ALCOHOL
	3	2	45	30	DEP. SUSTANCIAS
	6	6	62	62	ESTRES POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	11	10	81	71	TR. PENSAMIENTO
	5	4	70	48	DEPRESIÓN MAYOR
	1	4	64	71	TR. DELIRANTE

Figura 5.

Escala de validez (pre-postest) en el MCMI-III.

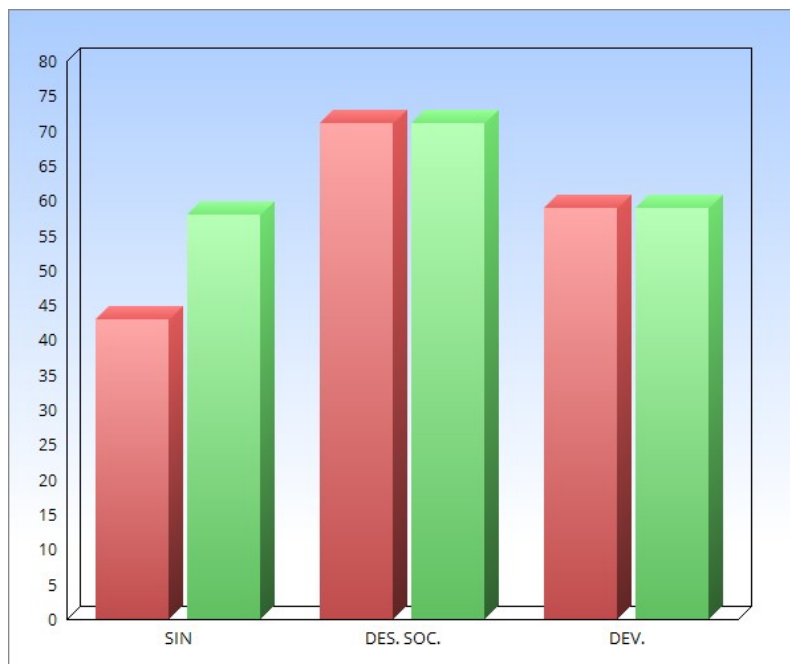


Figura 6.

Patrones clínicos de la personalidad (pre-postest) el MCMI-III.

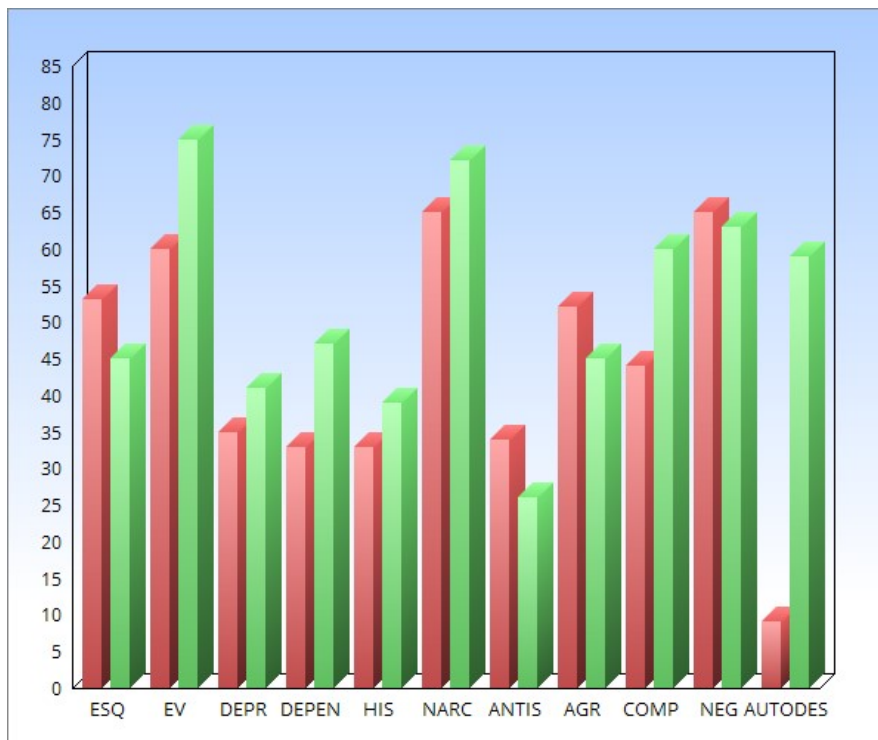


Figura 7.

Patrones graves de la personalidad (pre-postest) en el MCMI-III.

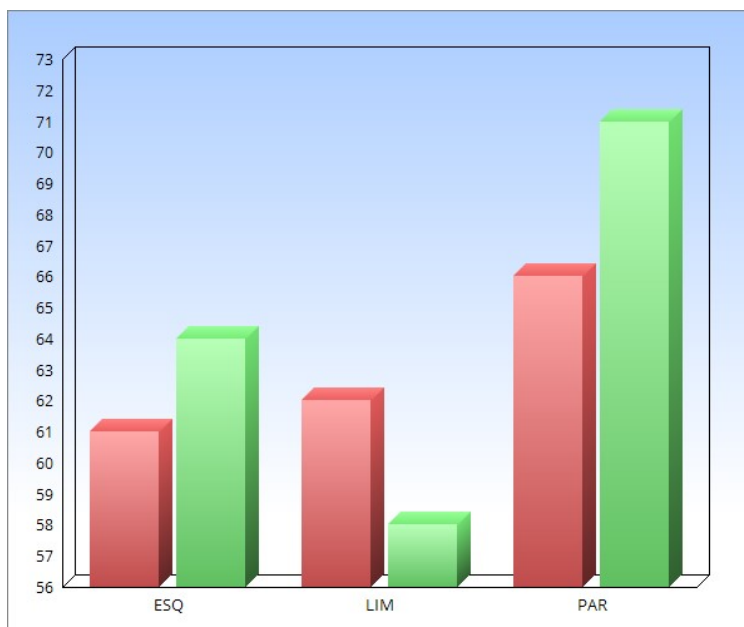


Figura 8.

Síndromes clínicos (pre-ptest) en el MCMI-III.

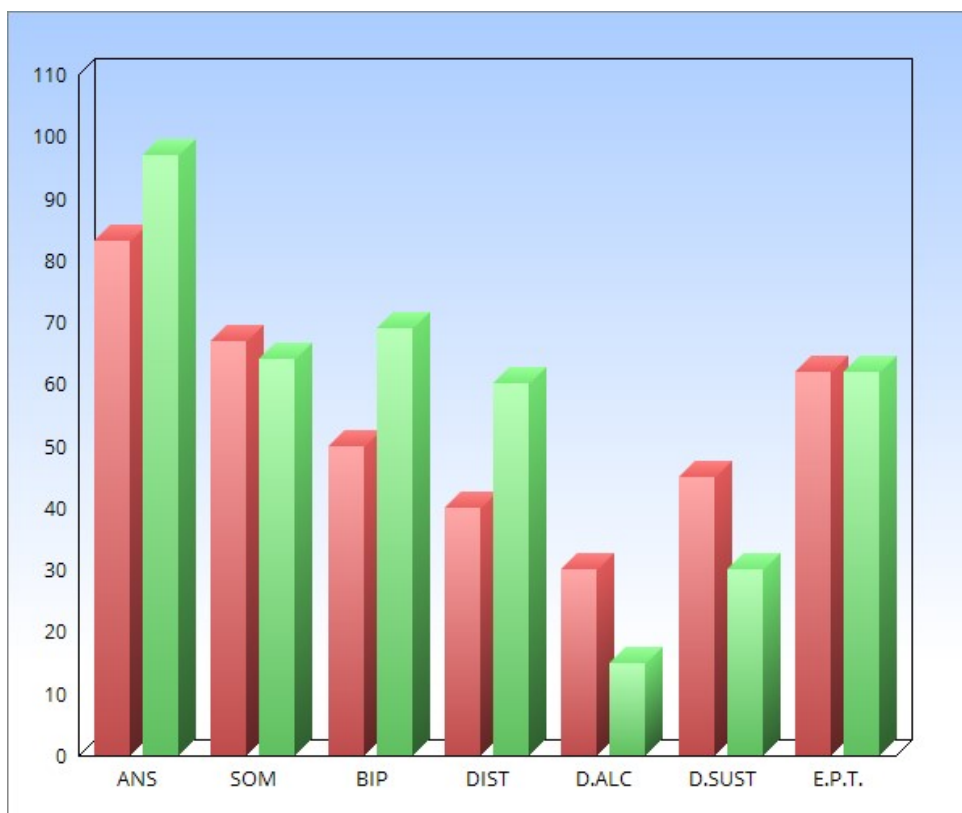


Figura 9.

Síndromes clínicos graves (pre-postest) en el MCMI-III.

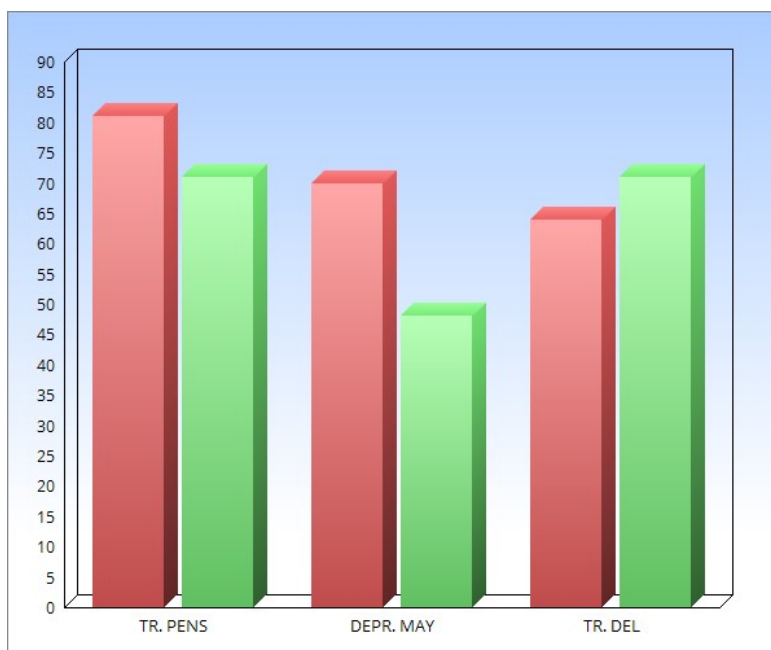


Tabla 16.

Resultados pre-postest de las respuestas destacadas en el MCMI-III.

	PRE	POST
RESPUESTAS DESTACADAS	PREOCUPACIÓN SALUD = 5	PREOCUPACIÓN SALUD = 3
	ALIENACIÓN INTER. = 3	ALIENACIÓN INTER. = 4
	DESCONTROL EMOC. = 7	DESCONTROL EMOC. = 7
	POTENCIAL AUTODEST. = 0	POTENCIAL AUTODEST. = 0
	ABUSO INFANTIL = 1	ABUSO INFANTIL = 1
	TR. ALIMENTACIÓN = 0	TR. ALIMENTACIÓN = 0

- **AAQ-II y MEAQ**

Tanto las puntuaciones del AAQ-II (p=20 postest vs 16 pretest) como las del MEAQ reflejan un aumento de los valores de evitación experiencial (véase tabla 17 y la figura 10). La única subescala donde ha disminuido la puntuación ha sido en la de procrastinación (T=18 vs 26). Estos resultados pueden parecer paradójicos dado que la intervención ha ido dirigida a la aceptación de los eventos privados desagradables, pero también a la toma de conciencia de los mismos. No obstante, los resultados se pueden interpretar como que el paciente era más consciente de su propia evitación al momento de terminar la terapia con respecto al principio.

Tabla 17.

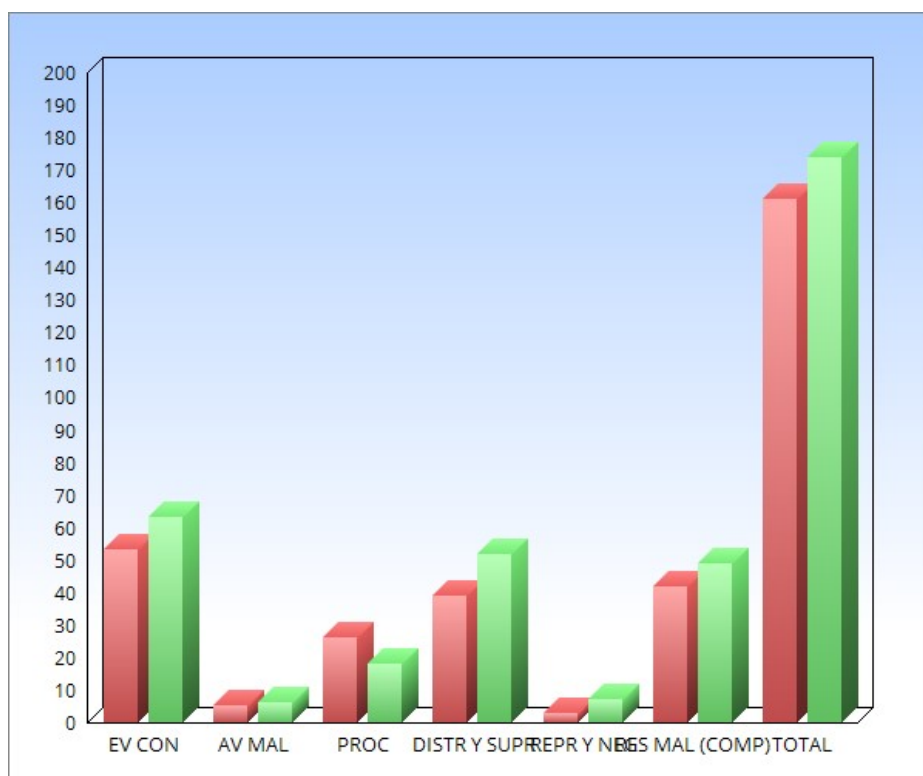
Resultados pre-postest en el MEAQ.

	PUNTUACIÓN	
	PRE	POST

EVITACIÓN CONDUCTUAL	53	63
AVERSIÓN AL MALESTAR	5	6
PROCRASTINACIÓN	26	18
DISTRACCIÓN Y SUPRESIÓN	39	52
REPRESIÓN Y NEGACIÓN	3	7
RESISTENCIA AL MALESTAR (COMPROMISO)	42	49
TOTAL	161	174

Figura 10.

Gráfica de resultados pre-postest en el MEAQ.



6. Discusión

A modo de síntesis, los resultados de los cuestionarios EOSS Y SCL-90-R se ajustan a las mejorías percibidas por las profesionales. Estos cuestionarios reflejan una disminución de los síntomas de ansiedad, así como una mejor adaptación social del paciente a su entorno. No obstante, llama a atención los datos obtenidos en el AAQ-II, MEAQ y MCMI-III ya que indican mayores niveles de evitación y puntuaciones más altas en varios trastornos. Una posible explicación de esto es que el paciente haya aumentado la sinceridad a la hora de responder los cuestionarios al finalizar la terapia. Dado su escasa introspección inicial, también puede deberse a que ahora haya tomado contacto con sus estados internos y sea capaz de detectarlos (p. ej. el caso de la evitación experiencial).

7. Conclusiones

Se ha visto que la ansiedad está muy presente en la vida de casi todas las personas en algún momento determinado, sobre todo en una sociedad occidental como la nuestra. También se ha dicho que las situaciones estresantes o traumáticas tendrán lugar sin que se puedan evitar ya que forman parte de la vida. Pero la concepción social del bienestar psicológico de nuestra cultura es equivalente a no estar 'mal' nunca, lo que tiene como consecuencia los problemas ansiosos, depresivos o de adicciones de hoy en día.

A modo general, se puede decir que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) resulta efectiva para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En el caso expuesto en este trabajo el paciente ha obtenido grandes mejorías a nivel personal y social. Aunque desde la perspectiva ACT no se mira la forma de los síntomas (sino su función) es destacable la enorme reducción de los síntomas ansiosos que ha tenido lugar a lo largo de la intervención. Hay que tener en cuenta que cuando el paciente inició la terapia había tenido varias hospitalizaciones recientes por ataques de pánico donde llegaba a perder el conocimiento. Al terminar la terapia algunos síntomas de ansiedad seguían estando presentes pero con una intensidad mucho más baja.

Algunas limitaciones han sido que el paciente no había sido dado de alta a la hora de realizar este trabajo, por lo que no se puede saber si las mejorías conseguidas se mantendrán en el tiempo o no. También, las propias barreras psicológicas y resistencias del paciente a cambiar. Cuando un patrón de comportamiento está tan arraigado (lleva tantos años de entrenamiento) es natural que la persona no cambie de la noche a la mañana. Si bien el paciente se mostró implicado y colaborativo en todo momento.

Como se ha comentado antes, las intervenciones en ACT siguen siendo objeto de investigación. Para futuros estudios sería interesante, además de la pasación de test, evaluar de alguna manera cuantitativa la eficacia y efectividad de dichas técnicas.

7. Referencias bibliográficas

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, *12*(4), 525–532.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. a M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *109*(420), 21–27.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Avilés, J. M., Irurtia, M. J., García-Lopez, L. J., Vicente, Y., & Caballo, E. (2011). EL MALTRATO ENTRE IGUALES: " BULLYING " 1. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *19*, 57–90.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. [Efficacious psychological treatments for agoraphobia.]. *Psicothema*, *13*(3), 453–464.
<https://doi.org/7902/7766>
- Bados, A. (2017). Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento. *Universitat de Barcelona*.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptande and Action Questionarie (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(3), 505-515
- Barreto, M. P., & Soler, M. C. (2004). Apoyo Psicológico En El Sufrimiento Causado Por Las Pérdidas : El Duelo. *Dolor y Sufrimiento En La Práctica Clínica*, 139–150.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicologicos eficaces para el trastorno de panico. *Psicothema*, *13*(3), 465–478. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x>
- Calderero, M., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2011). UNA REVISIÓN DE LAS RELACIONES ENTRE EL ACOSO ESCOLAR Y LA ANSIEDAD SOCIAL. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *19*(2), 393–419.
- Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, *11*(1), 1-12.
- Carrascoso López, F. J., & Valdivia Salas, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: Some considerations from the research on basic processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *9*(3).
- Derogatis L. (1977). SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine.

- Derogatis L. (1977). SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Echeburua, E., De Corral, P. & Amor, J. (2014). La Resistencia Humana Ante Los Traumas Y El Duelo. *6 De Abril De 2014*, 24. Recuperado de: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf>
- Escher, S. & Romme, M. (2012). The Hearing Voices Movement. En Blom, J. D. & I.E.C. Sommer. (Ed.), *Hallucinations. Research and practice*. (pp. 385-393). Ciudad, País: Editorial DOI 10.1007/978-1-4614-0959-5_28
- Espinosa, F. P. (2010). LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y SU MEDICIÓN POR MEDIO DEL AAQ-II Experiential avoidance and its measurement through the AAQ-II, *15*(1), 5–19.
- Gamo, E. & Pazos, P. (2009). Bereavement and life stages . *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *XXIX*(17), 455–469. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000200011>
- García-Montes, J. M. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la Aceptación. *J. M*, *24*(24), 1–3.
- García-López, J., Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Díaz-Castela, M. (2011). ANSIEDAD SOCIAL Y ABUSO PSICOLÓGICO 1. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *19*, 223–236.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M. J., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90-R de L. R. Derogatis)*. Madrid: TEA.
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *23*(1).
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... ESEMeD-España, Y. E. G. (2006). Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio ESEMeD-España. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica (Barcelona)*, *126*(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Foyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness) *Bilbao: Descleé de Brouwer*.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento 1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349–371.
- Loredo, A., & Perea, A. (2008). Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediátrica De*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm084e.pdf>
- Luciano, M. C., & Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 313-324.
- Mazaira, J., & Gago, A. (1999). Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(071), 407–418. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1999/revista-71/03-efectos-del-fallecimiento-parental-en-la-infancia-y-adolescencia.pdf>
- Millon T. (1994a). Manual for the MCMI-III. *Minneapolis, MN: National Computer Systems*.
- Monelos, M. M. (2015). Análisis de situaciones de acoso escolar o bullying en centros de Educación Secundaria, 447. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47352&orden=1&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=47352>
- Oñate, A y Piñuel, I: Acoso y violencia escolar en España: Informe CISNEROS X – IEDDI – Madrid 2007
- Oñederra, J. A. (2008). Bullying: concepto, causas, consecuencias, teorías y estudios epidemiológicos. *XXVII Cursos de Verano EHU-UPV Donostia-San Sebastián*. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/meriales%20docentes%20curso%20verano>
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor
- Oscar, R. & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3).
- Parker, C.R., Beitz, K., & Kohlenberg, R.J. (1996). The Experience of Self Scale (EOSS) A measure of private and public stimulus control of the experience of self. Poster presented at the Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis, Orlando, Florida
- Pérez, E., Medrano, L., Mattus, J., & Ayllón, S. (2008). Adaptación de escalas de autoeficacia para escritura y lengua. (Spanish). *Adaptation of Self-Efficacy Scales for the Writing and the Spanish Language. (English)*, 5(1), 86–92. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.0>

- Rochefort, C., Baldwin, A. S. y Chmielewski, M.(2018). Experiential Avoidance: An Examination of the Construct Validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy* (49), 435-449.
- Rodríguez, P., & Camuñas Sánchez-Paulete, N. (2006). Intervención cognitivo-conductual en un caso de agorafobia con ataques de pánico. *EduPsykhé*, 5(1), 109-127.
- Souci, V., & V Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del millon clinical multiaxial inventory III (MCMI-III) en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(2), 168-184.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., ángel López-Bermúdez, M., De Los ángeles Selva-López, M., & Huralde, D. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26(3), 415-422.

ANEXO 1. Análisis funcional

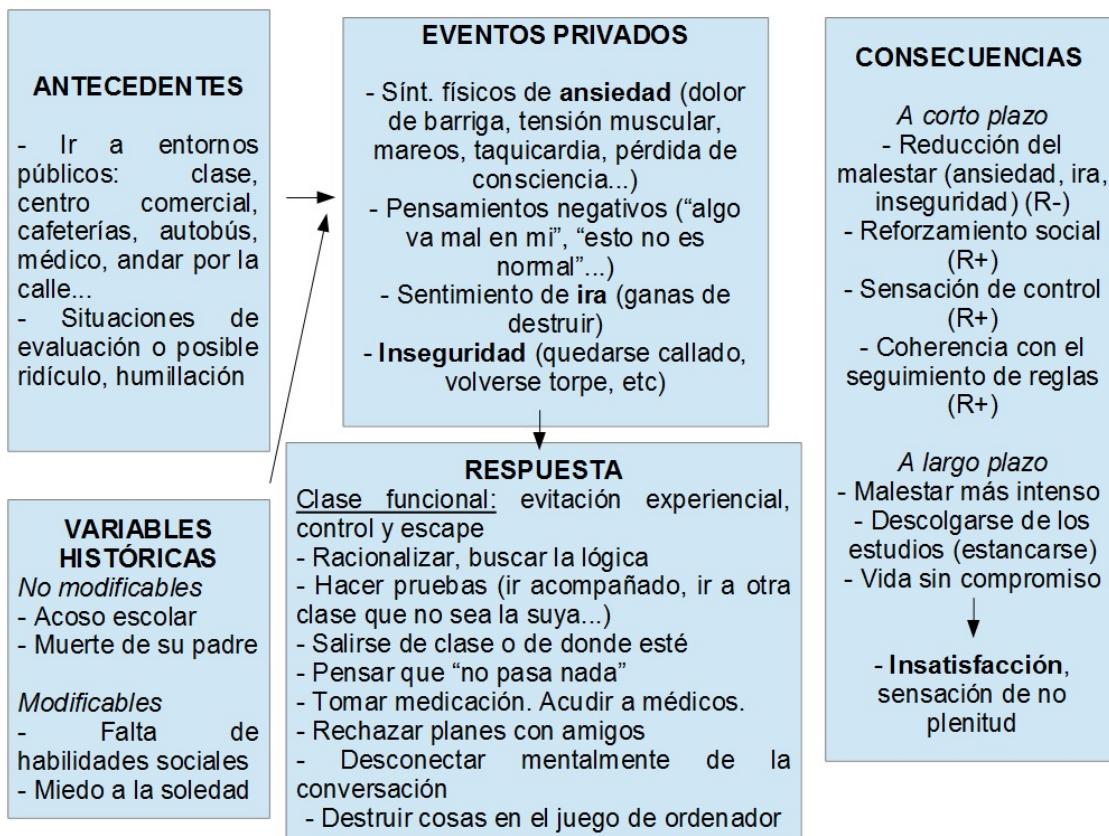


Figura 1. Análisis funcional del caso de A. desde un enfoque contextual-funcional.

ANEXO II. Esquema de la historia y evolución del problema de A.

Figura 2. Esquema de la historia y evolución del problema de A.