

---

Abordaje terapéutico individual de dos casos clínicos con  
síntomatología ansiosa desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

Individual therapeutic approach of two clinical cases with anxious  
symptoms from Acceptance and Commitment Therapy

---



TRABAJO FINAL DE MÁSTER  
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA  
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

*Convocatoria de Julio de 2018*

Elvira Asensio García

*Dirigida por*  
Flor Zaldivar Basurto

**Resumen:** Este trabajo se presenta como broche final a la realización de estudios oficiales conducentes a la obtención de la acreditación de Psicólogo General Sanitario. El objetivo del mismo es presentar de forma pormenorizada el abordaje terapéutico llevado a cabo de forma individualizada con dos pacientes que presentan similar cuadro clínico de ansiedad. En el momento de la evaluación, ambas participantes son estudiantes de la Universidad de Almería, usuarias de la Unidad de Atención Psicológica, tienen edades similares y han sido escogidas de forma arbitraria para el análisis y la exposición en este trabajo. El proceso terapéutico se ha desarrollado desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso, y cada uno de los casos se ha completado en 6 sesiones, sin que haya existido coincidencia temporal entre ambos. Tanto los datos identificativos de las pacientes como la identidad del terapeuta son considerados confidenciales. Tras analizar los cambios observados en la pre/post evaluación, se concluye que los resultados se muestran favorables en cada uno de los casos, reduciéndose la ansiedad y lográndose los objetivos planteados.

**Palabras clave:** ansiedad, ansiedad generalizada, terapia de aceptación y compromiso, tratamiento individualizado, Universidad de Almería.

**Abstract:** This work is presented as a final touch to the completion of official studies leading to the accreditation of General Health Psychologist. The aim of the study is to present in detail the individualized therapeutic approach with two patients who present similar clinical symptoms of anxiety. At the time of the evaluation, both participants are students of the University of Almería, users of the Psychological Attention Unit, have similar ages and have been chosen arbitrarily for the analysis and exposure in this work. The therapeutic process has been developed from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy, and each of the cases has been completed in 6 sessions, without there being a temporal coincidence between both. The identifying data of the patients and the identity of the therapist are considered confidential. After analyzing the changes observed in the pre/post evaluation, it is concluded that the results are favorable in each of the cases, reducing anxiety and achieving the objectives set.

**Key words:** anxiety, generalized anxiety, acceptance and commitment therapy, individualized treatment, University of Almería.

## ÍNDICE

Introducción.	1
1.- Ansiedad.	1
2.- Trastorno de Ansiedad Generalizada.	2
3.- Intervención psicoterapéutica.	10
Presentación de los casos clínicos.	12
1.- Descripción del caso R.C.	12
2.- Descripción del caso R.S.	14
Procedimiento de evaluación psicológica y resultados de ambos casos.	16
1.- Evaluación común.	17
2.- Evaluación de R.C.	20
3.- Evaluación de R.S.	21
Conceptualización funcional del caso R.C.	23
Conceptualización funcional del caso R.S.	27
Plan de intervención.	30
1.- Objetivos propuestos con R.C.	31
2.- Plan de intervención con R.C.	31
3.- Objetivos propuestos con R.S.	39
4.- Plan de intervención con R.S.	39
Resultados de ambos casos.	45
1.- Resultados individuales de R.C.	47
2.- Resultados individuales de R.S.	48
Discusión.	50
Referencias.	56

# **Introducción**

## **1.- Ansiedad**

La serenidad y el valor parecen haber sido siempre buenas cualidades para afrontar las inevitables vicisitudes con las que a veces nos golpea la vida. Son dos virtudes que nos permiten una toma de decisiones aparentemente racional llegado el momento, por tanto, maximizan la probabilidad de obtener éxito. El problema radica en que a veces, debido a la magnitud de los problemas y a las numerosas situaciones de incertidumbre, se hace muy difícil mantener la serenidad y el valor mencionados. Ya que el ser humano, animal racional y verbal como no hay otro, se obceca en luchar contra las múltiples adversidades que conlleva el complejo hecho de vivir, la aparición de situaciones ansiógenas y sensaciones desagradables que acompañan la ansiedad están aseguradas a lo largo de su historia, y es que la ansiedad es una respuesta natural en el hombre y en muchas otras especies próximas al mismo.

Las preocupaciones, inquietudes y miedos que producen al individuo los peligros a los que se enfrenta, los acontecimientos futuros y las situaciones de incertidumbre en su día a día, no son muy diferentes a la lucha que la especie ha mantenido desde el inicio para determinar su supervivencia. Las respuestas de ansiedad y sus manifestaciones somáticas ante la posibilidad de pérdida o fracaso son absolutamente normales y surgen por la tensión anticipatoria ante una amenaza provocada por un evento indeterminado, que provoca un sentimiento molesto de incertidumbre. Dichas respuestas de ansiedad cumplen la importante función de utilizar al máximo los recursos (ya sea para enfrentarse al estímulo aversivo o para huir) teniendo siempre como objetivo el instinto de supervivencia.

Tobeña (1986) define la **ansiedad** como una respuesta emocional innata o aprendida que se pone en marcha ante peligros diversos (señales aversivas, amenazas de castigo, posibilidad de dolor, etc...), fracasos o pérdidas significativas (separación, frustración o pérdida de recompensas esperadas) y situaciones de incertidumbre (conflicto, situaciones desconocidas, stress impredecible, etc...). Se trata de un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido e inseguridad ante un peligro no aclarado o definido que, por lo general, se acompaña de manifestaciones fisiológicas más o menos intensas, como sudoración, temblor, fatiga o aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Navas y Vargas, 2012) y constituye uno de los componentes más relevantes de las alteraciones psicofísicas de la clasificación nosológica actual.

Por otro lado, la **preocupación** es una cadena de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros, donde hay incertidumbre sobre los resultados (la amenaza futura es vista como impredecible y/o incontrolable) y un sentimiento acompañante de ansiedad (Dugas y Robichaud, 2007). El ciclo de la preocupación suele comenzar con un pensamiento del tipo: *¿Y si... (sucede algo negativo)?*, el cual es seguido por una cadena de pensamientos sobre posibles consecuencias negativas (Dugas y Robichaud, 2007), que es difícil de controlar cuando se vuelve disfuncional.

Otro término interesante de diferenciar de la ansiedad es el de **miedo**, debido a que en muchas ocasiones ambos términos se utilizan indistintamente al estar tan relacionados. Según Tobeña (1986), un individuo tiene miedo cuando presenta respuestas de ansiedad ante amenazas evidentes o imaginadas, mientras que un individuo tiene ansiedad si presenta respuestas de ansiedad ante la perspectiva de amenazas futuras o no bien delimitadas y ante situaciones de incertidumbre.

Los estímulos que generan ansiedad pueden ser ambientales/externos y también autogenerados a partir de los eventos privados del individuo como ser verbal que es, a pesar de no existir un peligro real. Por lo general, el miedo, que tiene un enfoque específico, es episódico y disminuye o desaparece cuando el peligro se aleja de la persona. Por el contrario, en el estado ansioso el individuo tiene dificultades para identificar la causa de la tensión y de la intranquilidad o la naturaleza del suceso anticipado; sería como tener miedo a algo, sin saber exactamente a qué, constituyendo un estado difuso, inespecífico, desagradable y persistente (Tomás-Sábado, 2016). Otra diferencia entre ambos términos es que mientras que el ciclo del miedo (aumento y disminución del temor) suele ser limitado en tiempo y en espacio, la ansiedad es de tendencia invasiva y persistente, estando presente la mayor parte del tiempo en la vida de la persona que la padece y constituyendo un estado de hipervigilancia agotador, en lugar de ser una reacción puntual ante una emergencia circunstancial.

La ansiedad actúa como un mecanismo de defensa necesario para la supervivencia, aunque también puede estar presente como elemento de diversos cuadros clínicos (Marqueta, Jiménez-Muro, Beamonte, Gargallo y Nerín, 2010). La ansiedad se convierte en patológica cuando se exagera o se valora peligro donde no lo hay, se le da una importancia excesiva y se necesita no tener la emoción y tener control sobre cosas que no dependen de uno mismo. Es por ello que habría que distinguir la ansiedad normal (propia de cambios vitales, nuevas experiencias, autodescubrimiento, etc.) que actuaría como impulso motivador para desempeñar conductas adaptativas; de la ansiedad patológica, cuya respuesta de alerta se presenta sin motivo aparente, es desproporcionada a la situación ocurrida, se prolonga excesivamente y promueve el predominio funcional del sistema periventricular, inhibiendo la acción. Por tanto, son estados emocionales opuestos funcionalmente, dependientes de la cognición, de la forma de controlar los estímulos y de los efectos sobre el organismo.

## **2.- Trastorno de ansiedad generalizada**

De entre todos los trastornos de ansiedad clasificados en los sistemas diagnósticos de enfermedades mentales, el trastorno de ansiedad generalizada (abreviado como TAG) ha sido considerado el que mejor refleja la casuística topográfica de los dos casos clínicos descritos en posteriores epígrafes. Así pues, con respecto a los criterios diagnósticos establecidos por la American Psychiatric Association (APA) en la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) y por la décima edición de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), el trastorno de ansiedad generalizada es el que más se acerca a un posible diagnóstico de los dos casos presentados en este trabajo. En la siguiente figura se recogen los criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02] según el DSM-V:

Figura 1.

*Criterios diagnósticos recogidos en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2015).*

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
--

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener un enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

A su vez, tal y como especifica la American Psychiatric Association (2003) en la cuarta versión revisada de dicho manual, en el contexto de todos los trastornos de ansiedad pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado en otra sección del manual. En este trabajo únicamente se va a incidir sobre las crisis de angustia debido a que la agorafobia es una característica ausente en los dos casos presentados. Así pues, la **crisis de angustia** (*panic attack*) es definida por la American Psychiatric Association (2003) como la aparición súbita, aislada y temporal de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar en ausencia de peligro real. Se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos y cognoscitivos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a “volverse loco” o perder el control, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su gran intensidad.

Según la American Psychiatric Association (2003) existen tres tipos característicos de crisis de angustia: **inesperadas** (no relacionadas con estímulos situacionales, el individuo no asocia su inicio con un desencadenante situacional interno o externo), **situacionales** (desencadenadas por estímulos ambientales, aparecen durante o en anticipación a la exposición de un desencadenante situacional) y **predisuestas por la situación determinada** (similares a las situacionales, si bien en ellas no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco aparece el episodio siempre inmediatamente después de exponerse a la situación). Cada tipo de crisis de angustia se define por la relación entre el inicio de las crisis y la presencia o ausencia de desencadenantes situacionales, que pueden ser externos o internos. Las crisis de angustia inesperadas y recurrentes se convierten al cabo del tiempo en crisis situacionales o predisuestas por una situación determinada.

El TAG se introdujo inicialmente como diagnóstico único en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, pero se usó con más frecuencia como diagnóstico residual para individuos que no cumplían los criterios diagnósticos para otros trastornos de ansiedad (Barlow, Rapee & Brown, 1992). Algunos de los criterios del DSM han sido puestos en duda. En concreto, se han cuestionado los siguientes puntos:

- La utilidad del criterio de duración de 6 meses. Varios estudios epidemiológicos no han hallado diferencias significativas en disfunción y comorbilidad entre las personas con TAG de 6 o más meses de duración y personas con TAG de 1-5 meses de duración (Kessler, Ruscio, Shear, & Wittchen, 2009).
- El requerimiento de que las preocupaciones sean excesivas, ya que aunque la gravedad del problema es menor en las personas con TAG cuyas preocupaciones no son excesivas, estas personas presentan sin embargo más deterioro, cronicidad, comorbilidad y búsqueda de tratamiento que las personas sin TAG (Ruscio et al., 2005).
- El mantenimiento de los seis síntomas asociados, ya que muchos de ellos se dan también en el trastorno depresivo mayor. La inquietud o tener los nervios de punta y la tensión muscular son los síntomas específicos del TAG (Andrews et al., 2010).
- La primacía dada a la preocupación patológica en detrimento de las reacciones somáticas y autónomas. Se ha propuesto considerar diversos subtipos del TAG: con predominio de preocupación, con predominio somático y combinado (Portman, Starcevic y Beck, 2011).
- La consideración del TAG como un trastorno categorial, cuando los datos sugieren que es realmente un trastorno continuo o dimensional (Marcus, Sawaqdeh y Kwon, 2014).

Con respecto a los criterios diagnósticos establecidos por la décima edición de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), el trastorno de ansiedad generalizada presenta la siguiente descripción clínica:

Figura 2.

*Criterios diagnósticos recogidos en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).*

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y

crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- A. Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).
- B. Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- C. Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas sintomáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)

*Incluye:* Estado de ansiedad  
Neurosis de ansiedad  
Reacción de ansiedad

*Excluye:* Neurastenia (F48.0)

Una de las principales diferencias entre el DSM-V y la CIE-10 en el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, es que en el segundo sistema no es requisito imprescindible que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar, sino que por el contrario, se centra en los síntomas somáticos, y exigen la presencia de 4 de los 22 síntomas. Según Bados (2015) los 22 síntomas se dividen en:

- ❖ Síntomas autónomos: palpitaciones o taquicardia; sudoración; temblor o sacudidas; sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
- ❖ Relacionados con pecho y abdomen: dificultad para respirar; sensación de ahogo; dolor o malestar en el pecho; náuseas o malestar abdominal (p.ej.; estómago revuelto).
- ❖ Relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento; miedo a morir
- ❖ Síntomas generales: sofocos o escalofríos; entumecimiento o sensaciones de hormigueo
- ❖ Síntomas de tensión: tensión muscular, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; tener los nervios de punta o tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- ❖ Otros síntomas no específicos: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltarse; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

El grado de concordancia entre el DSM-IV-TR y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es sólo moderado. En el estudio de Slade y Andrews (2001), menos del 50% de los diagnosticados por un sistema fueron también diagnosticados por el otro. Ambos sistemas parecen diagnosticar diferentes tipos de personas. La CIE-10 parece representar una forma más leve del TAG al no exigir que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar, que haya interferencia en



la vida (Bados, 2015) y que no se requiera un mínimo de seis meses para poder diagnosticar el trastorno. La presencia de la ansiedad en todos los estados psicopatológicos, a excepción, parece ser, de ciertos trastornos de personalidad, representa la razón principal por la que su diagnóstico se realiza con un cierto grado de incertidumbre y de que la distinción entre ansiedad primaria y sintomatología secundaria o sintomatología primaria y ansiedad secundaria pocas veces es evidente; además, con mucha frecuencia, se determina en función de las teorías explícitas o implícitas de los diferentes autores (Pastor, 2008).

### *Comorbilidad.*

Muchos estudios informan de elevadas tasas de comorbilidad para pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG. Sanderson, Beck y Beck (1990) informaron que el 91% de su muestra de pacientes con TAG tenía un diagnóstico añadido con base en el DSM-III-R. En un estudio similar, De Ruiter, Rijken, Garssen y Kraaimaat (1989) informaron acerca de una tasa de comorbilidad del 67% para el TAG. En estos estudios, la mayoría de los diagnósticos adicionales eran fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple (o específica). Al comparar el TAG y el trastorno por pánico, Noyes et al. (1992) comunicaron que la fobia específica era un diagnóstico secundario frecuente entre los sujetos con un TAG. En un estudio a gran escala que incluía 468 pacientes con un trastorno por ansiedad y que ha sido citado por Barlow y Brown (1992) se indicó que el TAG y el trastorno por pánico con agorafobia eran las categorías diagnósticas principales que poseían las tasas de comorbilidad más elevadas.

Recientemente se han encontrado también altas tasas de comorbilidad para el TAG como trastorno secundario. En un extenso estudio Barlow y Brown (1992) encontraron que el TAG era el diagnóstico adicional más frecuente (23%) a nivel clínico (con una gravedad al menos moderada). En un estudio de pacientes con un diagnóstico principal de depresión mayor o de distimia, Sanderson, Beck y Beck (1990) informaron que el TAG y la fobia social eran los dos diagnósticos adicionales más frecuentes. Barlow y Brown (1992) sugirieron que es de suma importancia una mayor investigación sobre comorbilidad para la clasificación diagnóstica y los resultados del tratamiento. Teniendo en cuenta la elevada tasa de comorbilidad del TAG, estas consideraciones son especialmente relevantes.

### *Epidemiología.*

Conviene tener en cuenta que los datos de prevalencia varían en función de diversos factores: instrumentos utilizados, uso del DSM-V o de la CIE-10, operacionalización de los criterios diagnósticos, metodología de entrevista, país y datos sociodemográficos. De entre los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los más comunes, siendo además el más frecuente en atención primaria (Carrasco, 2013). En atención primaria la prevalencia del TAG oscila alrededor del 8% en diferentes países industrializados según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La combinación de factores genéticos, biológicos, socioeconómicos y laborales pueden influir en la aparición del TAG y, en el caso de las mujeres, lo sufren con una frecuencia de hasta dos veces mayor que los hombres (Estella, Rodríguez, Castro, Rodríguez y de la Torre, 2008). Las tasas de prevalencia son altas en la edad adulta media y en mayores, pero relativamente bajas en los

adolescentes, con una correlación significativa entre padecer TAG y ser mayor de 24 años, separado, viudo, divorciado, desempleado o ama de casa (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008).

En Europa, según datos del estudio ESEMeD (Haro et al., 2006), la prevalencia-año del TAG es del 1% y la prevalencia-vida del 2,8%. En España se han realizado pocos estudios de prevalencia del TAG, de ahí la importancia del estudio ESEMeD (Haro, et al., 2006), que arrojó unas cifras de prevalencia-año poblacional del 0,5% y de prevalencia-vida del 1,9%. Los últimos datos de prevalencia en atención primaria disponibles son del 7,3%. Y según el estudio LIGANDO (Caballero, Bobes, Vilardaga y Rejas, 2009) la prevalencia clínica en consultas de salud mental a nivel nacional es del 13.7% y en cuanto a la edad, la prevalencia es baja en menores de 25 años (12,9%), la edad adulta media de 25 a 55 años es la de mayor prevalencia (14,1-15,5%) y disminuye progresivamente a partir de esa edad.

### *Modelos explicativos del origen y mantenimiento.*

Según Bados (2015) en el surgimiento del trastorno de ansiedad generalizada intervienen una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica que interactúan entre sí cuando ocurren eventos estresantes, generando que el individuo responda con preocupación y ansiedad y estando determinado por las habilidades de afrontamiento que posea en su repertorio y el apoyo social con el que cuente.

Bados (2015) afirma que la vulnerabilidad biológica consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético. Entre los principales se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido. La carga genética para el TAG no parece ser muy grande. Se habla de una heredabilidad del 22-37%; la varianza restante vendría explicada por factores ambientales.

La vulnerabilidad psicológica consiste en la percepción de que los eventos negativos/amenazantes son impredecibles e incontrolables. Borkovec (1994; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004; Sibrava y Borkovec, 2006) ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la **percepción de amenaza generalizada** (o la visión del mundo como peligroso) y el **sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes**. Posibles explicaciones sobre el origen de este tipo de vulnerabilidad son el hecho de haber vivido eventos traumáticos o muy estresantes, y el desarrollo de apego inseguro y escasas habilidades interpersonales debido a la falta de afecto, la sobreprotección o el rechazo característicos de ciertos estilos educativos. Bados (2015) también señala la posibilidad de otros factores asociados al TAG, como haber tenido progenitores con trastornos ansiosos o depresivos y haber tenido que cuidarse anticipadamente de los progenitores y de sí mismos en la infancia. Por otra parte, muchos pacientes informan haber cuidado a sus seres queridos (más que ser cuidados por ellos) para obtener su amor y aprobación; además, parecen seguir haciendo esto en sus relaciones adultas por la misma razón y en tal grado que les causa problemas (Bados, 2015). Por tanto, la conducta ansiosa surge como respuesta desadaptativa que manifiesta descontrol sobre la amenaza sobretodo si el entorno estresante y amenazador sigue presente y cuando el sujeto ha sido víctima de un proceso sumamente dañino. Según Tobeña (1986), supondría una acción permanente de agentes psicosociales generadores de estrés que pueden situar al organismo al borde del fracaso adaptativo (*breakdown*). Y generarían tal confusión en el individuo

que éste no sabría discriminar la señal ambiental, presuponiéndola de manera continua y expectante. Este hecho y la existencia de un estado emocional ideal para contraer respuestas condicionadas, hace entendible la formación de mecanismos fóbicos de evitación y la aparición de estados de ansiedad intercrítica (Tobeña, 1986).

El sujeto que se ve expuesto a una situación así de estresante utiliza una serie de estrategias de afrontamiento como variables de protección psíquica. Entre estas estrategias, se encuentran buscar apoyo social en el entorno próximo (en el que se halla un lugar seguro de validación del desahogo), así como la oposición a la situación o agente ansiógeno, ya sea mediante mecanismos de defensa o procurando modificar el contexto en el que se encuentra. Entre los mecanismos de defensa, la distracción es un protector que reduce la tensión emocional y el procesamiento de información amenazante; y el aislamiento mental es una estrategia cognitiva de distanciamiento emocional que permite encasillar las experiencias aversivas y mantenerlas en el plano racional. Estas dos estrategias cognitivas de afrontamiento pretenden cambiar atribuciones, restar intensidad y reformular los términos del problema con el objetivo de tener una falsa convicción de mayor control sobre la situación ansiógena, no tanto mediante el afrontamiento directo, sino modificando los significados a los que se enfrenta el individuo en su experiencia ansiosa.

Por otro lado, las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995), las cuales pueden haber sido favorecidas al haber sido educados por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Estas características de personalidad pueden dificultar las habilidades en el manejo de problemas. Dugas y Ladouceur (1997) y Dugas y Robichaud (2007) han señalado que los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la orientación hacia el problema: no saber reconocer los problemas, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas, sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados.

En función de la historia anterior, las personas con TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas, ya sean de tipo externo (discusión con un amigo, hijo que llega tarde) o interno (sensaciones físicas) (Andor, Gerlach y Rist, 2008), como resultado de tanta hipervigilancia, se convierten en los mayores expertos en detectar y evaluar constantemente su activación fisiológica. Así mismo, las personas con ansiedad generalizada tienden a interpretar como amenazante la información ambigua y a exagerar las amenazas percibidas. De este modo, es más probable que las personas con TAG perciban peligros, ya que su atención se centra en los mismos más fácilmente y es más probable que interpreten los acontecimientos diarios de forma amenazante (Hayes y Hirsch, 2007; Rapee, 1995).

Por otra parte, Ladouceur, Talbot y Dugas (1997) han destacado la intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional como fenómenos claves en los trastornos de ansiedad en general y en el TAG en particular. Bados (2015) define la intolerancia a la incertidumbre como el modo disfuncional en que la persona percibe la información en situaciones inciertas o ambiguas y responde a esta información con una serie de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. Buhr y Dugas (2002) la definen como la tendencia general de una persona a considerar inaceptable que un evento negativo pueda ocurrir, aunque la probabilidad de su ocurrencia sea pequeña. El sujeto con intolerancia a la incertidumbre cree que la incertidumbre siempre debe evitarse porque le provoca frustración y le induce estrés, sensaciones que obviamente, se niega a percibir.

Según Dugas y Robichaud (2007), la intolerancia a la incertidumbre contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad al facilitar: a) los sesgos cognitivos (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, exageración de la probabilidad de la amenaza, necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones); b) la orientación negativa hacia los problemas (p.ej., la percepción de poco control sobre los problemas y la escasa confianza sobre el proceso de resolución de problemas); c) las creencias de que las preocupaciones son útiles; y d) el empleo de estrategias de evitación. Finalmente, las preocupaciones y la ansiedad contribuyen a las estrategias de evitación.

Este modelo de intolerancia a la incertidumbre se fundamenta en estudios como el de Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998), que observaron que de cuatro elementos principales en un modelo explicativo del TAG (intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la utilidad de las preocupaciones, orientación negativa hacia los problemas y evitación cognitiva de las imágenes amenazantes), el primero fue el que tuvo más peso a la hora de explicar las diferencias entre pacientes con TAG y personas no clínicas, aunque todos contribuyeron significativamente. En otros trabajos mencionados por Dugas et al. (2007), la intolerancia a la incertidumbre fue mayor en pacientes con TAG que en pacientes con otros trastornos de ansiedad y además, estuvo más fuertemente relacionada con la preocupación que con otras reacciones ansiosas y depresivas.

Con respecto a la parte emocional, parece que los pacientes con TAG muestran mayores dificultades en identificar, describir y aceptar sus emociones, y se muestran más temerosos de las emociones negativas. Se piensa que el miedo e intolerancia de las emociones exacerban el malestar y facilitan el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento para reducir el afecto intenso o evitar el incremento del afecto negativo (Newman y Llera, 2011; Sexton y Dugas, 2009b; Stapinski, Abbott y Rapee, 2010b).

Por otro lado, Wells (1995, 1997, 2009) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones, lo cual termina de complicar el problema. Así, los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (*“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”*) (Bados, 2015). Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre el hecho de preocuparse (metapreocupaciones). Estas metapreocupaciones deben ser distinguidas de las preocupaciones Tipo 1 o preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (reacciones físicas) (Bados, 2015). Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en disfuncionales. De esta manera, cada vez hay más situaciones en las que el individuo siente ansiedad, aumenta su frecuencia y su intensidad y además, cada vez se recupera menos (pasa menos tiempo libre de ansiedad), cronificando y creando una vida llena de preocupaciones en el futuro que le impiden disfrutar del presente y le llevan al agotamiento.

En definitiva, el conjunto de estas características personales se activan cuando aparecen situaciones externas, sensaciones, emociones y recuerdos negativos significativos para la persona, y provocan la aparición de pensamientos disparadores de preocupaciones del tipo *“Debo preocuparme para evitar que ocurra; si no lo hago, ocurrirá y será mi culpa”*, que son considerados útiles. Este tipo de eventos privados (ya sean pensamientos o imágenes negativas), combinados con la percepción de amenaza, fomentan la aparición de preocupaciones que se mantienen latentes en el pensamiento de la persona hasta que la situación aversiva se modifica, hasta que surge una mayor fuente de preocupación o hasta que la persona empieza a considerar su preocupación poco útil. La diferencia

principal con las personas que tienen preocupaciones no clínicas es que estas últimas son capaces de terminar con las preocupaciones reevaluando la amenaza realísticamente y formulando planes de acción que les permitan resolver los problemas a los que se enfrentan. En cambio, los pacientes con TAG son incapaces de terminar con las preocupaciones.

### **3.- Intervención psicoterapéutica**

Los tratamientos psicológicos más eficaces para el TAG son la relajación aplicada, la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que es una combinación de los dos anteriores (Bados, García y Saldaña, 2012). Otros programas cognitivo-conductuales que también han resultado eficaces son los de los grupos de Dugas y de Barlow, la Terapia Metacognitiva de Wells y la terapia conductual basada en la aceptación (Bados, García y Saldaña, 2012). Estos tratamientos se han mostrado más eficaces que los grupos control en medidas de ansiedad y preocupación, y como menciona Bados (2015), en estudios aislados estas terapias también han producido mejoras en calidad de vida, insomnio, pesadillas, consumo de ansiolíticos, pensamientos intrusivos no deseados y asociaciones implícitas de miedo.

Los **enfoques cognitivo-conductuales** actuales del TAG adoptan el formato de paquetes terapéuticos que combinan la relajación, o algún procedimiento de meditación, con la Terapia Cognitiva; a menudo, incluyen también el entrenamiento en estrategias de afrontamiento de la ansiedad y solución de problemas interpersonales (Caballo y Mateos, 2000). En general, estos programas de intervención son los más eficaces, sin embargo, hasta la fecha existe poca investigación que evalúe cuáles de estos componentes son necesarios y explican sus efectos específicos sobre el TAG (Caballo y Mateos, 2000). Algunos estudios han indicado que la relajación por sí sola puede ser útil (Barlow et al., 1992; Borkovec et al., 1987). Por otro lado, existen evidencias que indican que la reestructuración cognitiva aporta beneficios importantes a la relajación (Barlow et al., 1984; Borkovec et al., 1987; Borkovec y Costello, 1993). La combinación de la exposición con la reestructuración cognitiva parece ser también un tratamiento útil (Butler, Cullington, Hibbert, Klimes y Gelder, 1987; White, Keenan y Brooks, 1992), aunque ambos procedimientos son igualmente eficaces cuando se administran por separado (White et al., 1992). La exposición ha sido la estrategia conductual dominante en Terapia Conductual y ha sido tenida por la más efectiva, ya que permite la habituación y el reforzamiento positivo por aproximarse a lo temido, además de la extinción de las respuestas emocionales condicionadas (Wilson y Luciano, 2012), sin embargo, esto no significa que la exposición sea relativa al episodio físico, sino también a aquellos eventos psicológicos aparecidos en las situaciones temidas, por eso la Terapia de Aceptación y Compromiso se muestra tan útil en estos casos.

Los datos existentes apoyan la idea de que los resultados de la TCC obtenidos en investigaciones controladas son bastante generalizables a la práctica clínica habitual (Bados, 2015). Los resultados de la TCC en la práctica habitual tienden a mantenerse al año según un estudio con pacientes que presentaban diversos trastornos de ansiedad (DiMauro, Domínguez, Fernández y Tolin, 2013). Ahora bien, a pesar de que el TCC ha mostrado claramente su eficacia en otros trastornos de ansiedad, los paquetes de tratamiento del TAG han producido en general beneficios variables y limitados (Barlow, 1988; Deffenbacher y Suinn, 1987).

Los tratamientos señalados al comienzo tienen en común que alientan el dominio y el control de los síntomas como solución del problema del paciente. Más concretamente, los enfoques

cognitivo-conductuales se centran en los síntomas, procurando el cambio en el contenido de los pensamientos al considerar que los mismos son los que generan los comportamientos desadaptativos, por tanto, eliminando los pensamientos, se permite al paciente seguir su camino. La Terapia Cognitiva enseña a pensar de otra manera, positivamente, mediante la distracción, el cuestionamiento de los pensamientos, la evaluación de evidencias, la reestructuración y sustitución de pensamientos negativos, el control de la ansiedad, etc. En definitiva, lo que se procura es que el paciente controle sus eventos privados. Sin embargo, son las propias reglas y estrategias utilizadas para hacer desaparecer el contenido aversivo las que refuerzan la literalidad, impidiendo que el paciente salga del estilo de afrontamiento ineficaz en el que se encuentra encasillado. Además, como afirman Luciano y Hayes (2001) se fomenta la insensibilidad a las contingencias naturales mientras se potencia el valioso reforzador socioverbal de tener razón al comportarse para eliminar o reducir los eventos privados.

Contrariamente a las terapias cognitivas, la Terapia de Aceptación y Compromiso es un tratamiento que se centra o guía por los valores personales para producir el cambio conductual, llevándolo a cabo a través del cambio de contexto verbal de los eventos privados en lugar de modificar su contenido (Wilson y Luciano, 2012). El modelo terapéutico utilizado en los dos casos clínicos presentados en este trabajo se basa en el contextualismo funcional, en la teoría de los marcos relacionales y la regulación verbal, y está especialmente dirigido a aquellos pacientes que viven inmersos en la evitación experiencial, se encuentran fusionados a sus pensamientos y son incapaces de distanciarse de los contenidos del yo. ACT resalta las relaciones que gobiernan el lenguaje del paciente, se centra en aquello a lo que la persona le da valor y orienta su atención hacia sus pasos en lugar de atender a la reducción del malestar. La propuesta de ACT es la aceptación de los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida, como un compromiso elegido con la vida y, por tanto, un compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según la historia personal (Wilson y Luciano, 2012), otorgando espacio psicológico a los eventos temidos mediante la desactivación del lenguaje y fortaleciendo el yo-contexto para poder notar los contenidos privados de uno mismo, y así poder elegir. En definitiva, tal y como señalan Wilson y Luciano (2012) el propósito de ACT es conseguir que los clientes practiquen un control consciente y lleno de sentido en áreas en las cuales sea efectivo y realce sus vidas, y que practiquen la aceptación en aquellas áreas en las que un control consciente y lleno de sentido es ineficaz o incluso negativo.

En cuanto a la evidencia, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha sido aplicada en una amplia gama de problemáticas, destacando los estudios de Carrascoso (1999) y Luciano y Gutiérrez (2001) en trastornos de ansiedad. Se ha comprobado más efectiva que condiciones de control y que tratamientos cognitivo-conductuales validados previamente e incluye el aprendizaje del afrontamiento de las recaídas como una parte del proceso (Wilson y Luciano, 2012). En otro estudio, la TCC y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Avdagic, Morrissey y Boschen, 2014) funcionaron de modo similar y aunque la primera tuvo efectos más rápidos en algunas variables, los resultados se igualaron a los 3 meses. Por otra parte, un estudio realizado con pacientes con diversos trastornos de ansiedad sugiere que ambas terapias tienen, en general, una eficacia similar a corto y medio plazo (Arch et al., 2012). Los datos del metaanálisis de Vøllestad, Nielsen y Nielsen (2012) con pacientes con trastornos de ansiedad sugieren que las terapias basadas en la atención plena, especialmente cuando se combinan con TCC, y las basadas en la aceptación reducen sustancialmente la ansiedad y la depresión comórbida. En definitiva, se observa efectividad y eficacia en la intervención con ACT,

aunque se requiere mayor investigación aplicada para aumentar el número de estudios controlados.

No obstante e independientemente del modelo de intervención utilizado, como bien indica Bados (2015) conviene señalar que ninguno de los programas de tratamiento existentes contempla todos los componentes que pueden ser necesarios en un caso determinado, y habría que elaborar un plan de intervención siempre desde un abordaje analítico funcional del problema.

## **Presentación de los casos clínicos.**

### **1.- Descripción del caso R.C.**

#### *Identificación de la paciente.*

R.C. es una estudiante egresada de la Universidad de Almería, tiene 26 años, es hija única, y durante el desarrollo terapéutico vive con sus padres en Almería. Tiene pareja desde hace 8 años, nunca han convivido y se ven con cierta regularidad, pues él vive en otra provincia por motivos laborales.

Dos años antes del comienzo de la evaluación estuvo viviendo fuera del núcleo familiar durante 4 meses a causa del trabajo. Se define como una buena estudiante que raramente ha suspendido algún examen y que ha afrontado su etapa académica con responsabilidad. Tras especializarse en finanzas, permaneció durante dos años y medio trabajando en el sector bancario. En el momento de la evaluación se está preparando unas oposiciones y trabajando a su vez en un comedor escolar durante dos horas al día a media mañana.

Dice haberse considerado siempre una chica muy alegre, sin problemas con su pareja, sus padres o su grupo de iguales. Afirma que, en general, siempre se ha sentido bien.

#### *Motivo de consulta.*

R.C. afirma sentir que “va cuesta abajo”, que se encuentra mal y que no se ha visto capaz de concentrarse en el estudio de las oposiciones durante los últimos cuatro meses. Afirma que no puede parar de llorar, sintiendo ganas de hacerlo todo el tiempo. También informa que ha sufrido crisis de angustia en espacios públicos (en la biblioteca de la universidad), que no sabe lo que le pasa y se siente muy preocupada.

#### *Historia del problema.*

R.C. estuvo dos años y medio trabajando en la banca, actividad que, aunque implicaba una alta presión y estrés casi constante, le reportaba gran satisfacción. Sin embargo, repentinamente la empresa hizo un expediente de regulación de empleo y despidieron a R.C. junto con el resto de sus compañeros. Desde junio de 2016 se ha estado preparando unas oposiciones, aunque sin muchas esperanzas de aprobarlas porque considera que lleva un año de retraso comparado con el resto de compañeros que llevan estudiando más tiempo. Además, ha comenzado a preparárselas por su propia cuenta después de haber sufrido desengaños con algunas academias. En el mes de febrero de

2017, se presentó a uno de los exámenes de la convocatoria, aprobando una parte y suspendiendo otra, aunque no parece haberse visto muy afectada debido a que reconoce que llevaba muy poco tiempo estudiando.

En todo este proceso, ha pasado por tres academias distintas y ha dejado a su preparador porque sentía que no aprendía con el método que utilizaba y que su ánimo ha ido empeorando. Afirma que antes de trabajar con él, se encontraba bien de ánimos y estudiando por su cuenta, pero desde que comenzó a seguir su dinámica empezó a observar que no avanzaba en el estudio, no le respondía las dudas, no explicaba correctamente y además, se notaba desconectaba de los compañeros, fuera de lugar. En el momento de la evaluación intenta seguir con el estudio por su cuenta, aunque con la dificultad de no poder concentrarse, y lo único que sigue haciendo de forma regular es ir a trabajar al comedor escolar dos horas diarias, actividad que siempre ha compaginado con el estudio y que le enriquece anímicamente.

R.C. desconoce si lo que le sucede es debido a que durante la preparación se ha desmotivado, o si la causa es no haber encontrado un buen preparador que cubra sus necesidades, pero, independientemente de ello, apunta que progresivamente ha perdido las ganas de seguir estudiando y desde el mes de julio se viene sintiendo muy mal, pasando cuantiosas horas delante del temario sin poder memorizar una sola página. Como añadido, señala que desde hace dos semanas no para de llorar, ha sufrido una crisis de angustia en la biblioteca y se siente muy agobiada. Reconoce la dificultad que entraña prepararse unas oposiciones, pero desconoce el motivo de un agobio tan repentino y abrumador.

Ante la pregunta del terapeuta sobre si ella realmente quería opositar, R.C. responde que siempre se lo había planteado como segunda opción laboral, puesto que se puede vivir muy cómodamente siendo funcionario público, y sabía que, a su pesar, no podría trabajar en la banca durante muchos años. Desde el despido no ha presentado su currículum vitae en ninguna empresa; se planteó que siendo tan joven era el momento idóneo para perder algunos años de su vida estudiando mientras sus padres aún podían mantenerla. Así que ha estado casi un año preparándose las oposiciones, sin embargo, ahora reconoce no saber si va a poder continuar con ellas.

### *Historia familiar y personal.*

Los padres de R.C. están muy pendientes de ella, y se lo demuestran preguntándole en reiteradas ocasiones por las oposiciones. Ellos desearían que su hija consiguiese una plaza como funcionaria y tuviese la misma calidad de vida que ellos. R.C. asegura que sabe que lo hacen por su bien, pero lo que consiguen con tanta atención es que se sienta agobiada, y en numerosas ocasiones se plantea si realmente es capaz de conseguir lo que sus padres se proponen que consiga.

R.C. no sólo se ha estado preparando las oposiciones aquí mencionadas, sino que al mismo tiempo ha estado muy al tanto de las oposiciones de la Junta de Andalucía, de las de Diputación y de las del Ayuntamiento. Finalmente ha optado por no presentarse a esas, pero lo habría hecho si la decisión hubiese dependido enteramente de su madre, pues es ella quien le informa al respecto y quien le anima reiteradamente sobre las múltiples ventajas de conseguir una plaza. R.C. disculpa a sus padres afirmando que también son ellos los primeros en decirle que lo deje todo cuando han visto que se encuentra mal, que saben que lo más importante es ella y su salud, y que cuenta con el apoyo de sus padres si decidiese dejar las oposiciones.



Con respecto a su pareja, con la que lleva algunos años, R.C. comenta que le quiere, le hace sentir bien, se ríe con él, se complementan muy bien, etc. Cuando el terapeuta le pregunta si tiene planes con él, R.C. responde *“Bueno tenemos intención de irnos a vivir juntos el verano del año que viene, pero ya veremos. Mis padres nos dejarían un piso que tienen (...) son planes ficticios porque a ver qué pasa”*. Cuando el terapeuta le pregunta si le gusta su relación y está contenta, responde que tienen recorridos similares y un proyecto en común, el de vivir juntos.

Socialmente, tiene dos grupos de amigas, de los cuales, en uno de ellos la mayoría se está preparando las mismas oposiciones. Cuando en ese grupo surge como tema de conversación los progresos en el estudio, ella rápidamente y sin demasiado éxito les pide hablar de otros asuntos, sintiéndose mal al volver a casa si finalmente sus amigas logran reconducir el tema hacia las oposiciones. R.C. percibe que todo el mundo le pregunta por su avance en el estudio, y no tiene ganas de dar explicaciones.

## **2.- Descripción del caso R.S.**

### *Identificación de la paciente.*

R.S. es una joven alicantina de 21 años, estudiante de la Universidad de Almería, que vive entre ambas ciudades casi a partes iguales debido a su horario académico y a que en Alicante vive su familia al completo. Tiene pareja desde hace 5 años, con la que convivió unos meses en el pasado. En Almería, comparte piso con dos compañeras de clase, con las que se lleva muy bien. En Alicante, su pareja y ella se hospedan en casa de su padre, aunque va a visitar a su madre cuando lo desea. Es hija única, sus padres están divorciados desde hace 4 años y viven en casas separadas en la misma ciudad.

### *Motivo de consulta.*

Elevada ansiedad durante los últimos cuatro años. Desde el comienzo de la misma, ha ido haciéndose progresivamente más intensa conforme el paso del tiempo. Acude a consulta por recomendación de una de sus primas, que es psicóloga. Ésta le dijo que no la veía bien y que en terapia le podrían ayudar a entender lo que le ocurre y a encontrar las herramientas adecuadas. Así pues, R.S. demanda ayuda para aprender a *“controlar sus emociones”* y a no magnificar los problemas. También quiere saber en qué momentos es normal estar nerviosa, porque objetivamente entiende que el nerviosismo no es negativo per se.

Los síntomas padecidos al comienzo de estos cuatro años han sido dolores en el pecho, ceguera en un ojo, hormigueo en un lado de la cara y parálisis facial. Cuando se manifestaban, procuraba calmarse y conseguía que desaparecieran. Ahora, en cambio, nota mucha agitación y vibración interna que le entorpece en sus actividades del día a día. También siente que está muy nerviosa aunque físicamente no lo manifieste, y tiene miedo de absolutamente todo, habiendo perdido mucho peso y apareciéndole numerosas aftas.

Actualmente está tomando pequeñas dosis de Valeriana en gotas como último recurso, cuando siente que la ansiedad se vuelve incontrolable y le empieza a superar.

### *Historia del problema.*

Desde un principio, aunque R.S. reconocía que no tenía ningún problema de salud, pensaba que sufría ataques al corazón. Le buscaba una lógica a la aparición de su nerviosismo y, desde su punto de vista, todo en su vida iba bien. En un momento dado, se planteó la posibilidad de que el divorcio de sus padres tuviese algo que ver con la aparición de sus síntomas por la coincidencia temporal de ambos eventos, pero los síntomas se manifestaban esporádicamente y no encontraba relación con los enfrentamientos familiares (por ejemplo, sufría una crisis de ansiedad un mes después de una disputa entre sus padres). Ante estos episodios, conseguía relajarse tomando tila y razonando lo que le pasaba.

Antes del comienzo de la terapia le prescribieron ansiolíticos, pero no se los quiso tomar por considerar que la ansiedad estaba provocada simplemente por nervios ante los problemas. Actualmente, cuando nota su síntoma principal, una vibración interna muy intensa, procura calmarse y controlar la respiración, aunque eso no siempre le funciona, y en esos casos opta por tomar gotas de Valeriana. La Valeriana le ayuda a relajarse, y aunque R.S. asegura que son “caramelos” con efecto placebo, la sigue utilizando porque le funciona. Aunque el prospecto indica que ha de tomar máximo 30 gotas 5 veces al día, ella no toma más de 10 por miedo a una sobredosis.

R.S. sufre poniéndose nerviosa, y siente que empieza a tenerle miedo a la titulación que está cursando porque la última vez que tuvo que sacar sangre no pudo soportarlo y se mareó. Se está planteando dejar la carrera, aunque asegura que es lo que verdaderamente le gusta. No ha vuelto a pinchar desde ese episodio por temor a volverse a marear y no poder soportarlo. R.S. asegura que a ella antes no le preocupaba nada, todo le daba igual, pero este año, cada situación y cada cosa que le sucede le preocupa mucho más, impidiéndole vivir con la tranquilidad que desearía.

### *Historia familiar y personal.*

Aunque los padres de R.S. se divorciaron hace cuatro años, lo cierto es que desde que ella tiene 11 años la relación entre sus padres no iba bien; su madre se encontraba mal anímica y emocionalmente, y a su padre lo define como lineal e inexpressivo, y en estas condiciones de tensión constante, vivieron bajo el mismo techo durante 6 años. En esos años de calma tensa en la convivencia, en los que sus padres se evitaban y no se dirigían la palabra, R.S. fue suspendiendo asignaturas hasta que finalmente repitió tercero de la ESO, alejándose progresivamente a sus amigas de la infancia para comenzar a relacionarse con personas que buscaban diversión en el sexo, el alcohol y la noche. Aunque ella no compartía el interés en ese estilo de vida, se dejó arrastrar por esos nuevos hábitos mientras sus padres no controlaban con quién se relacionaba. En un momento dado, para alejarla de ese grupo de amigos, su madre la apuntó a una academia intensiva cada tarde durante un curso académico, momento en el que perdió todo contacto social. Fue su prima mayor, la psicóloga, quien principalmente cuidó de ella en esa época, pues se la llevaba consigo a hacer actividades interesantes cada vez que R.S. había acabado sus quehaceres, para que no volviese a casa ni se relacionase con terceras personas que le pudiesen ocasionar problemas.

Cuando sus padres se divorciaron, prefirió irse a vivir con su padre porque le apenaba que se hubiese quedado sólo, y opina que desde entonces lo ha estado tratando como a una persona inútil, pues con él adopta el rol de madre en lugar de rol de hija. A su madre, en cambio, actualmente la define como a una mujer independiente y resuelta, pues cuando se divorció de su padre mejoró

anímicamente. A pesar de que R.S. está muy pendiente de su padre, considera que él le habla mal, y eso es algo que a ella le molesta mucho. Según su punto de vista, quien necesita ayuda e ir al psicólogo es su padre, pues lo ha pasado muy mal, no se ha recuperado y sigue “con el aplanamiento emocional de siempre”.

R.S. dice ser muy familiar y pasar mucho tiempo con todo el grueso de su familia (tíos, primos, abuelos, etc.). Estuvo estudiando tres años en la universidad privada de su ciudad debido a que no obtuvo nota suficiente en selectividad. Debido a que estudiar en la universidad privada era muy costoso, durante cinco meses se dedicó a limpiar casas compaginándolo con los estudios, hasta que se dió cuenta de que implicaba demasiado estrés para ella y tomó la decisión de irse a la Universidad de Almería a estudiar, reduciendo así la carga de responsabilidad y ahorrando dinero.

Llegó a Almería a mitad de primer semestre, y fue capaz de aprobar todas las asignaturas en las que se matriculó a pesar de haber perdido numerosas clases. Como su pareja también estudiaba en Almería en ese entonces, se fueron a vivir juntas, aunque a los pocos meses su novia tuvo que volver a Alicante. R.S. ha aprobado todas las asignaturas del curso y se encuentra recibiendo beca, por tanto, el desahogo económico es importante. Afirma que en este sentido, está muy bien. Actualmente vive con tres compañeras de piso durante la semana, y cada fin de semana sin excepción recorre 270 km hasta su ciudad para dedicar todo su tiempo a cuidar y atender a sus familiares. Cuando está allí no se dedica tiempo a sí misma, a sus relaciones sociales, o a la pareja, y siente que es la única de la familia que está disponible para las necesidades de todos los demás.

Con respecto a su pareja, llevan saliendo desde hace 5 años y califica su relación como buena. Ambas se apoyan mutuamente y han tenido una difícil historia de superación. Actualmente, su novia vive con el padre de R.S. en Alicante mientras se prepara las oposiciones. Aunque algunos miembros de su familia no ven con buenos ojos que su pareja y su padre convivan, ambos prefieren estar juntos y darse compañía sobreponiéndose a las opiniones de los demás, pues conviviendo han paliado la soledad, y la calidad de vida de ambos ha mejorado exponencialmente.

## **Procedimiento de evaluación psicológica y resultados de ambos casos**

El procedimiento de evaluación en ambas pacientes se lleva a cabo mediante la observación directa y la escucha activa, la realización de una entrevista semiestructurada compuesta por preguntas abiertas, y la administración de una serie de cuestionarios utilizados tanto en la pre como en la post-intervención:

- Escala de Experiencia del Yo (EOSS) (Parker, Beitz & Kohlenberg, 1996).
- Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1983).

A su vez, R.C. también fue evaluada con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, Davis & Millon, 2007) y por su parte, R.S. fue evaluada con:

- Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013).
- Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3) (Taylor et al., 2007).
- White Bear Suppression Inventory (WBSI) (Wegner & Zanakos, 1994).
- Mindful Attention Awareness Scale (MASS) (Brown & Ryan, 2003).

La recogida de información para la evaluación pre intervención se llevó a cabo entre la primera y segunda sesión en ambos casos, debido a que se entregaron los cuestionarios en la primera sesión y las pacientes los devolvieron completados en la segunda. Es deseable destacar que los resultados obtenidos en todas las pruebas se deben valorar e interpretar junto con los datos clínicos recabados mediante las entrevistas y la observación clínica de cada una de las sesiones.

## **1.- Evaluación común**

### *Observación directa y escucha activa de ambos pacientes.*

Con su actitud, R.C. muestra buena disposición hacia la terapia desde el primer momento. Se sienta cómodamente y a su vez expectante a la conducta del terapeuta. Se muestra afable y sonriente a la hora de responder a las preguntas de rigor, sin embargo, en cuanto se dispone a explicar el motivo de su asistencia a la Unidad arranca a llorar desconsoladamente. Es interesante denotar cómo su estado de ánimo es alegre y animado cuando trata de cualquier tema que no tenga que ver con las oposiciones, sin embargo, cuando se toca este último tema, aunque sea superficialmente, la expresión facial de R.C. cambia, comienza a respirar con mayor dificultad y llora agitadamente.

Por su parte, se observa desde el principio que R.S. es una joven risueña que incluso hace una broma con respecto a la cámara nada más sentarse, y que muestra muy buena disposición hacia el terapeuta y coterapeuta. Se puede observar a primera vista que está cómoda, alegre y con ganas de empezar la terapia, aunque según va avanzando en el discurso, reconoce que lleva toda la noche nerviosa pensando en ese día, y que le ha costado dormir. Afirma que acude por voluntad propia, aunque a sugerencia de su prima psicóloga, pues R.S. nunca pensó que un psicólogo pudiese ayudarle a resolver sus problemas. Cuando empieza a ahondar en la temática que le preocupa describe todo lo que siente y piensa sin intentar evitar el contenido doloroso, describiendo los episodios y vivencias de forma activa y con interés en que el terapeuta entienda todo aquello que le explica. Se observa en R.S. una actitud y una forma de expresión muy madura y ordenada para su edad, hasta el punto de parecer mayor de lo que es.

### *Escala de Experiencia del Yo (EOSS) (Parker, Beitz & Kohlenberg, 1996).*

Este instrumento se creó para evaluar el concepto y la experiencia del yo dentro de la Psicoterapia Analítico Funcional (Valero-Aguayo, Ferro-García, López-Bermúdez & Selva-López, 2014) y se evalúa desde un punto de vista conductual, verbal y social. Se divide en cuatro secciones: el yo respecto a uno mismo, el yo respecto a un conocido, el yo respecto a las relaciones personales y el yo respecto a uno mismo en relación a los demás.

Las puntuaciones totales de cada sección permiten determinar en el sujeto, el predominio de un yo propio o un yo más social construido por el individuo a lo largo de su desarrollo vital. Altas puntuaciones en las distintas secciones indican un elevado control público del yo (yo social) sobre el contexto que se está evaluando en esa sección, y se podría relacionar con problemas clínicos de personalidad, emocionales y de autoconcepto. Las personas con trastornos del yo leves o moderados tienen un número sustancial de respuestas “yo X” evocadas por estímulos privados, pero también

tienen un número significativo de ellas bajo control público total o parcial (Kohlenberg y Tsai, 2008). Como mencionan estos mismos autores, su sentido del yo puede verse bastante afectado por la presencia de otras personas y sus opiniones, sus estados de ánimo o sus deseos. A continuación, se presenta la tabla con las puntuaciones de las diferentes secciones baremado en población española, extraídas de Valero, Ferro, López y Selva (2014).

Tabla 1.

*Principales puntuaciones de las diferentes secciones de la Escala de Experiencia del Yo (EOSS) en población española.*

<i>Table 3</i>									
Mean scores of different sections of EOSS with men/women and standard/clinical participants distribution									
EOSS Factors	Men		Women		Non-Clinical		Clinical		
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd	
<i>Self close relations</i>	28.59	13.18	28.78	12.71	27.44	12.23	31.36	13.74	***
<i>Self casual relations</i>	22.27	11.07	21.23	9.56	20.41	9.24	24.05	11.33	***
<i>Self general</i>	24.30	9.56	24.30	9.79	21.48	7.15	28.42	10.53	***
<i>Self positive</i>	23.75	7.43	22.98	7.06	23.80	7.10	22.06	8.14	***
<i>Total</i>	96.71	31.65	95.49	28.19	90.18	25.65	107.73	32.96	***

(\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ )

Tabla 2.

*Resultados de la evaluación inicial en la Escala de Experiencia del Yo (EOSS).*

SECCIONES	PUNTUACIÓN DIRECTA	
	R.C.	R.S.
<b>SECCIÓN 1. Forma global o general de la experiencia del yo.</b>	22	19
<b>SECCIÓN 2. El yo referido a la expresión de necesidades, actitudes, acciones y opiniones en relación a personas conocidas.</b>	12	20
<b>SECCIÓN 3. El yo referido a la expresión de necesidades, actitudes, acciones y opiniones en relación a seres queridos y relaciones estrechas.</b>	21	32
<b>SECCIÓN 4. Concepción del yo creativo.</b>	25	29
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	80	100

En el caso de R.C., en ninguna de las cuatro secciones se observan puntuaciones fuera de la media al ser comparada con la muestra no clínica. Con respecto a la sección 1, la experiencia del self no se encuentra bajo control público. Con respecto a la sección 2, se observa que R.C. es capaz de expresar sus necesidades, actitudes, intereses y opiniones sin dejarse influir por sus conocidos. En la sección 3, se da un control privado del yo con respecto a las relaciones familiares, pareja y seres queridos. En la sección 4, puede verse que la concepción de R.C. sobre sí misma en referencia a su creatividad, espontaneidad y creatividad se encuentra bajo control privado. La puntuación global

también se encuentra enmarcada dentro de la media. Como ítem a destacar, señala que a menudo se encuentra perdida cuando le dicen que sea ella misma.

Por su parte, R.S. obtiene puntuaciones dentro de la media en las secciones 1, 2 y 4 así como en la puntuación global, que se podrían interpretar como un bajo control social del yo con respecto a sí misma, a sus relaciones sociales menos allegadas y con respecto a sí misma en relación a los demás. Sin embargo, obtiene una puntuación por encima de la media en la sección 3, referida a la expresión de necesidades con la familia, la pareja y los amigos íntimos, aludiendo posiblemente a cómo su sentido del yo puede verse afectado en mayor medida por la presencia de su familia, sus estados de ánimo, sus deseos y, sobre todo, sus opiniones. Esto concuerda con el tipo de relaciones que ha establecido con las personas más importantes de su vida, las que conforman su familia, que ejerce un gran control social sobre su vida como se verá más adelante.

Como ítems significativos, R.S. indica que es sensible a la crítica, y que su familia y seres queridos le influyen en la forma como se siente consigo misma cuando está con ellos. La sensibilidad a la crítica que caracteriza un “yo” inestable podría limitar la espontaneidad y la creatividad. También es interesante destacar que en un principio marcó con “a veces” y cambió a “nunca” los siguientes ítems: “Me siento vacío cuando estoy con otras personas” y “Me siento vacío cuando estoy solo”.

#### *Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1983).*

Se trata de un instrumento que valora la intensidad de los síntomas inventariados a través de 90 síntomas psicológicos y psicopatológicos, clasificados tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Los nueve índices globales se pueden ver reflejados en la tabla siguiente, y los tres índices globales de gravedad son: el Índice de Severidad Global (GSI), que mide el nivel de severidad del malestar de la persona; el Total de Síntomas Positivos (PST), que recoge todos los ítems en los que la persona ha presentado respuestas positivas de presencia de síntomas; y el Índice de Distress de Síntomas Positivos (PSDI), que relaciona el GSI con el PST para arrojar un indicador de la intensidad sintomática. Puede considerarse como instrumento de *screening* para detectar sujetos necesitados de ayuda profesional, y también es útil en evaluaciones periódicas que permitan comprobar la evaluación del paciente. Es importante tener en cuenta que no es una prueba diagnóstica. Se considera en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65, e indica patología severa toda puntuación T igual o superior a 80. Así mismo, con respecto al Total de Síntomas Positivos (SP) puntuaciones brutas iguales o inferiores a 4 en mujeres indicaría deseabilidad social, y puntuaciones brutas superiores a 60 señalarían una tendencia a exagerar síntomas. Las dimensiones y puntuaciones obtenidas por ambas pacientes han sido las siguientes:

Tabla 3.

*Resultados de ambas pacientes en el Inventario de Síntomas SCL-90-R.*

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN T	
	R.C.	R.S.
Somatizaciones	61	64

<b>Obsesiones y compulsiones</b>	62	56
<b>Sensitividad interpersonal</b>	46	44
<b>Depresión</b>	66*	56
<b>Ansiedad</b>	63	64
<b>Hostilidad</b>	57	58
<b>Ansiedad fóbica</b>	55	60
<b>Ideación paranoide</b>	46	41
<b>Psicoticismo</b>	49	51

Con respecto a R.C., la puntuación más alta se muestra en la dimensión depresión, lo que quiere decir que parece estar en riesgo en cuanto a mostrar sintomatología depresiva, y esto concuerda con lo observado durante la entrevista de evaluación, pues la paciente se muestra la mayor parte del tiempo muy entristecida, desesperanzada con respecto al futuro, preocupada y alarmada ante lo que siente y le está pasando en este momento vital. Además, la puntuación T en el índice de Severidad Global (IGS) es de 59, la puntuación T en el Malestar Sintomático positivo (PSDI) es de 57, y la puntuación T en Síntomas Positivos (SP) es 57. Ninguna de estas tres puntuaciones se considera elevada, lo que quiere decir que no hay grandes acusaciones de malestar, no parece existir por parte de R.C. una actitud de fingimiento a la hora de realizar la prueba y no tiende a exagerar patologías.

En cuanto a ítems significativos, R.C. ha destacado que siente bastante nerviosismo, está muy preocupada por su falta de ganas de hacer cosas, siente bastantes dolores en el pecho y en la espalda y en bastantes ocasiones tiene ausencia de apetito. Se siente triste, está muy preocupada y siente cómo su corazón se le acelera. También nota con frecuencia náuseas o dolor en el estómago, y se despierta por la mañana muy temprano sin necesidad. Es importante señalar que a lo largo de las sesiones de evaluación, R.C. no ha verbalizado la presencia de estos síntomas fisiológicos, puesto que se ha centrado en la preocupación por sus eventos privados por encima de sus respuestas fisiológicas. Con lo cual, gracias a la evaluación con el SCL-902-R se ha podido tener en cuenta esta sintomatología.

Con respecto a R.S., aunque hay puntuaciones altas en somatizaciones, ansiedad y ansiedad fóbica, que coincide con la problemática descrita verbalmente durante la evaluación, ninguna dimensión entraña riesgo ni patología severa. Además, la puntuación T en el índice de Severidad Global (IGS) es de 57, la puntuación T en el Malestar Sintomático positivo (PSDI) es de 62, y la puntuación T en Síntomas Positivos (SP) es 53. Ninguna de estas tres puntuaciones se considera elevada, lo que quiere decir que no parece existir por parte de R.S. una actitud de fingimiento a la hora de realizar la prueba, así como no tiende a exagerar patologías.

En cuanto a ítems significativos, R.S. ha destacado que tiene pensamientos desagradables que no se le van de la cabeza, falta de interés en las relaciones sexuales, temblores y hormigueos por el cuerpo. Estos ítems se encuentran contextualizados en el análisis funcional que se encuentra más

adelante. Además, le preocupa su falta de ganas para hacer cosas, se despierta muy temprano por la mañana sin necesidad, se preocupa demasiado por todo lo que le pasa y siente que algo anda mal en su cuerpo.

## **2.- Evaluación de R.C.**

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, Davis y Millon, 2007).*

Es un instrumento que identifica posibles trastornos de personalidad y valora los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. No ofrece diagnósticos, pero sus perfiles pueden ayudar a sugerir o descartar posibles trastornos (Fernández-Ballesteros, 2013). El MCMI se diseñó para la evaluación de estilos de personalidad patológicos, trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos de acuerdo con los criterios del DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon (Fernández-Ballesteros, 2013). Contiene 11 subescalas que evalúan patrones de personalidad clínicos, tres escalas que agrupan los trastornos de personalidad de mayor gravedad, escalas para identificar síndromes clínicos incluidos en el Eje I del DSM-IV y tres síndromes clínicos de mayor gravedad. Se completa con medidas de sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez de cada caso (Fernández-Ballesteros, 2013). Puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de indicios de problemas clínicos, y mayores de 85 indican presencia de trastorno (Fernández-Ballesteros, 2013).

R.C. muestra una puntuación muy elevada en deseabilidad social (más de 85 puntos), y también refleja un patrón clínico de la personalidad compulsivo con una puntuación entre 75 y 84, que haría referencia a la posibilidad de ser un problema clínico. El resto de puntuaciones son muy bajas, y se observan leves despuntes en histrionismo (patrón clínico de la personalidad) y depresión mayor (síndrome clínico grave), aunque dentro del rango de la normalidad.

Según el informe interpretativo de R.C., *“a no ser que esta paciente sea una adulta con un funcionamiento global adecuado que actualmente está atravesando por situaciones estresantes leves, sus respuestas indican (1) una necesidad arraigada de aprobación y reconocimiento social, evidente por su tendencia a mostrar su cara más favorable, o (2) una ingenuidad general sobre asuntos psicológicos, incluyendo un posible déficit de introspección. La interpretación de este perfil deberá hacerse con esta característica en mente.”* Así mismo, añade *“Las puntuaciones de TB (tasa base) informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la baja auto-divulgación, indicada por las bajas puntuaciones en sinceridad y la reacción defensiva sugerida por la importancia de los Patrones de Personalidad, escala de compulsividad.”*

Teniendo en cuenta las respuestas destacadas en este instrumento, se observa en R.C. una preocupación general por la salud en las últimas semanas, así como dos ítems en los que se refleja el sentimiento de tristeza y depresión.

## **3.- Evaluación de R.S.**

*Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) (Ruiz et al., 2013)*



Esta prueba es la versión adaptada y validada al contexto español del instrumento original desarrollado por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis en 2006, y ha sido diseñada con el propósito de evaluar la conducta de evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (Ghasemi, Kalantari, Asghari y Molavi, 2014) a través de 10 ítems.

En dicha escala, R.S. obtiene 48 puntos, lo que representa un 63'33% de la puntuación total. Dicho porcentaje corresponde a un nivel medio-alto de evitación experiencial, es decir, parece que R.S. no se muestra demasiado dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y es posible que lleve a cabo ciertas conductas para alterar la frecuencia o la forma de tales experiencias. Como ítems significativos, destacan: "Rara vez mantengo el control de mi vida" y "Mis emociones me causan problemas en la vida".

#### *Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3) (Taylor et al., 2007)*

Es una nueva escala de autoinforme de 18 ítems diseñada para la evaluación de las tres facetas más replicadas de la sensibilidad a la ansiedad; las dimensiones física, cognitiva y social (Taylor et al., 2007). Cada una de las dimensiones es evaluada con 6 ítems. En esta prueba, R.S. obtiene las siguientes puntuaciones:

Tabla 4.

*Puntuaciones obtenidas por la paciente R.S. en la escala Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3)*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>PUNTUACIÓN DIRECTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Física	10	41'67%
Cognitiva	6	25%
Social	7	29'17%

Las puntuaciones de R.S. son moderadamente bajas, sin embargo, destaca levemente la dimensión física aun siendo también baja. Esto coincide con las manifestaciones verbales de R.S. sobre las distintas formas de somatizar la ansiedad experimentada. Dichas formas consisten en parálisis facial, ceguera parcial, dolores en el pecho, hormigueo de distintas extremidades, etc. En esta prueba no hay ítems a destacar.

#### *White Bear Suppression Inventory (WBSI) (Wegner & Zanakos, 1994)*

Es un cuestionario compuesto por 15 ítems, diseñado para medir e identificar a aquellas personas más propensas a desarrollar supresión crónica del pensamiento (variable relacionada con el pensamiento obsesivo y el afecto negativo asociado con la depresión y la ansiedad), así como identificar a aquellas personas deprimidas que manifiestan su deseo de no estarlo. Este instrumento también se utiliza con frecuencia para comprobar los cambios producidos en los pacientes a lo largo del tiempo. Las puntuaciones más altas en este cuestionario indican una mayor tendencia a suprimir los pensamientos.

R.S. obtiene 61 puntos en este cuestionario, equivalente a un 76'67%, lo que implica que la paciente tiene una acentuada tendencia a suprimir los pensamientos no deseados. Es destacable que en dos de los ítems ("Hay cosas en las que prefiero no pensar" y "A veces me pregunto por qué tengo los pensamientos que tengo") ha tachado la opción premarcada de "totalmente en desacuerdo" para marcar la opción "totalmente de acuerdo". También señala como totalmente de acuerdo los siguientes ítems: "Me gustaría dejar de pensar en ciertas cosas", "Hay cosas en las que procuro no pensar", "Muchas veces hago cosas para distraerme de mis propios pensamientos" y "A veces tengo que dedicarme a impedir que entren en mi mente algunos pensamientos." Todo esto no hace más que confirmar que R.S. tiene una consolidada tendencia a suprimir aquellos pensamientos que le resultan indeseables o intolerables.

### *Mindful Attention Awareness Scale (MASS) (Brown & Ryan, 2003)*

Es una escala diseñada para evaluar la conciencia abierta y receptiva, así como la atención a lo que está sucediendo en el momento presente. A través de los 15 ítems que la forman, predice una variedad de constructos de autorregulación y bienestar, evaluando la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente a la experiencia del momento presente en su vida cotidiana. Esta escala puede ser utilizada independientemente de que los sujetos tengan o no experiencia y entrenamiento en meditación. Puntuaciones elevadas indican mayor estado mindfulness.

R.S. obtiene 70 puntos en esta escala, lo que supone un 73'33% de estado mindfulness, es decir, que la paciente suele estar atenta y consciente al momento presente en su día a día. No obstante, se puede señalar el siguiente ítem: "Casi siempre puedo experimentar alguna emoción y no ser consciente de ella hasta algún tiempo después", que ha sido uno de los pocos en los que ha obtenido una baja puntuación.

## **Conceptualización funcional del caso R.C.**

Analizando los resultados obtenidos durante la evaluación, ya sea a través de las pruebas objetivas utilizadas así como de las entrevistas realizadas a R.C., se puede determinar que el principal problema de la paciente es la ansiedad experimentada como consecuencia de estar recorriendo un camino vital no elegido por ella, sino por otros, sus padres. Este problema está determinado por las vivencias de su historia personal, que han condicionado el desarrollo de un patrón de personalidad y de afrontamiento ante las dificultades que ha permitido que se mantenga la problemática durante largo tiempo, hasta llegar a un punto de inflexión en el que la paciente se ha visto necesitada de ayuda profesional.

El hecho de haber sido hija única ha fomentado que sus padres se hayan volcado en ella más de lo que posiblemente lo hubiesen hecho de haber sido una familia más amplia, colmándola de atenciones y buscando lo mejor para ella desde temprana edad. En este contexto, R.C. se ha sentido responsable desde el principio de ser una buena hija que no ocasionase problemas a sus padres, y les ha recompensado a lo largo de su desarrollo madurativo con buena actitud y aptitud para la vida. Bajo estas circunstancias, R.C. siempre se ha esforzado por cumplir con las exigencias familiares y por

no decepcionarles con su comportamiento, obviando incluso en algunas ocasiones sus propias necesidades para dejar paso a lo que sus padres han considerado más adecuado para ella.

La conducta de R.C. siempre ha estado gobernada por reglas en lugar de moldeada por contingencias, y se han podido recoger en la entrevista pensamientos del estilo: *“tengo que decidir y superar esto”, “si no me encuentro bien no voy a poder resolver mis dudas”, “no me encuentro bien porque no soy capaz de tomar una decisión”* y *“es de locos no saber responder a mis propias preguntas”*. Las reglas que describe actúan como variables controladoras de su acción, y generan una insensibilidad a las contingencias que provoca, finalmente, un desajuste de aquello que podría ser efectivo para ella. El tipo de regulación verbal predominante en R.C. es el *pliance*, es decir, el cumplimiento de reglas por la función mediada por otros. Este tipo de conducta se ha generado en un contexto familiar en el que las consecuencias estaban socialmente mediadas por la relación entre la regla y la respuesta. No se hacía lo establecido en las reglas por las consecuencias naturales propias de la acción sino por el efecto mediado por terceras personas. Desde un primer momento, las reglas fueron formuladas por sus padres, y progresivamente llegaron a convertirse en repertorio de R.C. El *pliance* tendría que haber ido reduciéndose en el repertorio de R.C. para dar paso a otro tipo de conductas, sin embargo, la paciente no experimentó de forma amplia esta transición, generando de esta forma comportamientos dependientes de los demás necesarios para organizar su propia vida.

El problema en R.C. no es la falta de asertividad para expresar aquello que siente y quiere, sino que le es difícil saber lo que siente y quiere debido a que esto está bajo control de otros, es decir, se trata de un yo inseguro o inestable que ha dado lugar a que su formación académica no haya sido elegida conforme a sus propios gustos e intereses, sino que haya sido decidida conforme a variables del entorno consideradas como adecuadas por sus padres, como son la tasa de paro, la remuneración, la estabilidad laboral, la comodidad horaria, etc. Por tanto, R.C. tiene dificultades para decidir sobre su futuro en ausencia de estímulos públicos evidentes, por eso se pregunta continuamente (y pregunta al propio terapeuta) qué quiere o qué debería querer, por no saber si lo que quiere es realmente lo que ella quiere o si se trata de lo que otros esperan que ella quiera. Por ello, una de sus intenciones iniciales a la hora de acudir a las sesiones es clarificar sus decisiones a la base de lo que el terapeuta considere más adecuado para ella, buscando, una vez más, lo socialmente establecido como correcto por encima de sus intereses personales.

Además, la ausencia de pequeños fracasos académicos en su recorrido y la inexistencia de períodos de incertidumbre tan comúnmente presentes en determinados momentos vitales y educativos, han ocasionado que R.C. no se haya visto expuesta a decidir por sí misma a lo que realmente quiere dedicar su vida hasta el momento en el que ha llegado a consulta, lo que parece haberle generado una gran sensación de desasosiego. Asimismo, R.C. ha concluido esa etapa de juventud en la que prácticamente estaba garantizado que haciendo lo correcto y ocupándose de sus quehaceres obtendría buenos resultados, es decir, aprobar cada curso y obtener finalmente la titulación requerida. Estudiando las oposiciones, ha tenido que exponerse a un funcionamiento distinto: dedicándose concienzudamente a estudiar como ha hecho siempre, no se le aseguraba conseguir una plaza. Este formato de incertidumbre es diferente al formato de seguridad que ella conocía, ya que se le ha obligado a permanecer en la incertidumbre durante un largo período de tiempo para intentar lograr la seguridad laboral. Por primera vez en su vida R.C. ha estado varios meses estudiando sin seguridad, y es que, independientemente de lo sacrificado que fuese, siempre que ha existido un camino definido ella lo ha recorrido sin dilaciones.

Hasta que no han coincidido casi en el mismo tiempo varios acontecimientos que han provocado que R.C. llegase al colapso (suspense de una parte del examen, desapuntarse de varias academias, cambio de preparador y comenzar a prepararse otras oposiciones junto a las que ya se estaba estudiando), la paciente ha conseguido llevar una vida aparentemente controlable, y no se ha visto necesitada de ayuda hasta que sus síntomas (agobio constante, ganas de llorar, ánimo decaído, bloqueo en el estudio, crisis de angustia, etc.) han conseguido frenar su forma habitual de afrontar la vida, para obligarle a plantearse conscientemente y por vez primera todas las decisiones tomadas pasadas y futuras. Así, la invasión de pensamientos aversivos para R.C. ha sido cuantiosa desde que han empezado a aparecer dichos síntomas.

Con respecto a su forma de hacer frente a estas vicisitudes, como R.C. ha sido educada en un entorno en el que es necesario encontrarse bien para poder desempeñar eficazmente una actividad, es decir, un entorno que entiende que para tener éxito en una tarea es necesario estar en un estado emocional y motivacional positivo, los pensamientos que han ido apareciendo desde entonces han sido considerados por ella como impedimento para poder seguir estudiando el temario, bloqueando dicha actividad. La consecuencia de esto es que la paciente ha empezado a actuar de forma evitativa para alterar esos eventos privados: no habla de sus problemas, no expresa lo que siente, escapa ante situaciones difíciles, etc. En definitiva, no se muestra dispuesta a establecer contacto psicológico con sus experiencias privadas aversivas, y se comporta deliberadamente para alterar la frecuencia de aparición de dichas experiencias (procura evadirse de los eventos privados el mayor tiempo posible con numerosas actividades de ocio que le permitan pasar más tiempo fuera de casa, porque considera que estando a solas en su casa van a surgir esos eventos aversivos, y no podrá soportarlos), así como para alterar las condiciones que las generan (amigos, familia y vecinos que constantemente le preguntan por ella y por el estudio).

A R.C. le resulta efectivo este patrón de comportamiento llamado evitación experiencial porque alivia su angustia a corto plazo, siendo esa la causa de que lo mantenga aunque sea contraproducente para ella. Así, se encuentra inmersa en un círculo vicioso, en el que, ante la presencia de angustia, se produce la necesidad de aplacar cualquier función con tal de buscar su bienestar, por lo que hace lo que considera correcto y efectivo para aliviar cualquier atisbo de malestar. Como consecuencia, cree tener razón al seguir la regla de la evitación por dos motivos: por hacer lo que para ella es correcto, y porque de forma inmediata se reduce la función aversiva. Por tanto, vive en una atmósfera de evitación/escape constante que no le permite solucionar su verdadero conflicto (enfrentarse a la idea de que ella realmente no quiere opositar, sino que quienes verdaderamente desean que oposite son sus padres), y acude a terapia buscando que el terapeuta le brinde nuevas fórmulas de escape y evitación para librarse de aquellos eventos privados que le molestan.

A continuación, se presenta una tabla en la que se puede ver con mayor grado de concreción el Análisis Funcional del origen y mantenimiento del problema de R.C. En la primera columna están ordenados los antecedentes desde los más remotos a los más recientes, y el resto de columnas están conectadas entre sí, es decir, cada antecedente inmediato tiene una conducta problema y un consecuente asociados.

Tabla 5.

*Análisis Funcional de la Conducta de R.C.*

ANTECEDENTES REMOTOS	ANTECEDENTES INMEDIATOS	CONDUCTA PROBLEMA (VD, modificable)	CONSECUENTES
Hija única	Habla de la presión que ejercen sus padres	Los justifica, así como las decisiones que estos toman por ella	Negar que ellos han decidido en base a sus intereses, y no en base a los de ella (R-)
Entorno familiar exigente			
Hija modélica que no ha decepcionado a sus padres	Habla de lo que sus padres quieren para ella	Altas exigencias y expectativas consigo misma, inseguridad	Presión emocional (C+)
Carrera profesional escogida sin motivación	Hablar de las oposiciones y de a lo que querría dedicarse en el futuro	Búsqueda constante de la decisión "correcta" y de que le indiquen lo que hacer (yo inseguro o inestable)	Al no tomar ella misma la decisión reduce la posibilidad de equivocarse (R-) y aumenta la probabilidad de éxito (R+). Tampoco cuestiona la decisión de sus padres (R-)
Ausencia de fracasos previos y de momentos vitales difíciles			
Ausencia de etapas de incertidumbre			
Dos años y medio sin hábito de estudio	Cuando se indaga sobre lo que ella cree que le ha pasado y/o aparecen sentimientos de tristeza que se le propone sentir sin juzgar	Se niega a contactar con su estado psicológico cambiando de tema, interrumpiendo, evadiendo las preguntas, o respondiendo melodramáticamente	Evitando el contacto psicológico no se expone al sufrimiento que pueda llegar a sentir (R-)
Despido			
Preparándose dos oposiciones a la vez			
Oposiciones inculcadas por sus padres	Notar la intrusión de eventos privados no deseados por ella (pensamientos y sentimientos)	Preocupación por no entender lo que le ocurre y búsqueda de explicación racional a dichos eventos	Desconcierto y malestar (C+). Falsa seguridad y consuelo (R+)
Insatisfacción con las academias que la han preparado	Se le plantea la posibilidad de no aprobar las oposiciones	Aparecen pensamientos derrotistas	Seguridad y confianza mermadas (C-). Dichos pensamientos le permiten no actuar (R-)
Siente que "ha perdido" un año con las oposiciones			
Conducta gobernada por reglas	Cada vez que se sienta a estudiar	Imposibilidad de concentrarse en el estudio, bloqueo	Le permite no tomar una decisión y no determinar su futuro (R-)
	Habla de las oposiciones y de a lo que querría dedicarse	Agobio, ganas de llorar, ánimo decaído, y respiración agitada	Malestar físico y emocional (C+). Consigue que dejen de hablarle del tema (R-)
	Cada vez que se encuentra mal anímicamente	No lo expresa, no lo comparte y se evade con actividades de ocio	No contacta con su malestar (R-) y aparenta estar bien (R+)
	Cuando está en el límite de encontrarse mal anímicamente	Crisis de ansiedad episódica	Alivio emocional (R-) y visibilización de la presión que otros ejercen sobre ella (R+)

### *Factores de protección de R.C.*

Es importante tener en cuenta las fortalezas que se presentan a continuación para evitar que desaparezcan en el proceso terapéutico y por el efecto motivador que puede tener para la paciente el hecho de recordarle los factores de protección con los que ya cuenta, con el fin de que la consecución de sus objetivos no le resulte un proceso tan costoso. En R.C., concretamente se puede observar lo siguiente:

- Es una persona inteligente, trabajadora y responsable.
- Tiene interés en mejorar laboralmente.
- Muestra ganas de ser autosuficiente económicamente.
- Posee habilidades de autocuidado (gimnasio, pasear, ver amigas, leer, balneario, etc.).
- Cuenta con un entorno social enriquecido y buenas habilidades sociales.
- Tiene apoyo emocional en la pareja.

Además, estos factores de protección permiten comprender por qué R.C. permanece emocionalmente estable en el resto de ámbitos de su vida, siendo estos totalmente adaptativos.

### **Conceptualización funcional del caso R.S.**

Tras el análisis evaluativo a través de las pruebas objetivas así como de la entrevista y observación en las primeras sesiones, se concluye que la sintomatología mostrada por R.S. es un tipo de respuesta adaptativa ante importantes estresores vitales así como su incapacidad para posicionarse en la resolución de los conflictos que le toca vivir. Estos estresores son la presión y responsabilidad familiar a la R.S. que se ve expuesta diariamente y desde hace años, la relación ambivalente con su padre, los problemas familiares de su pareja y las repercusiones emocionales de la propia carga vital que le ha tocado vivir. La ansiedad experimentada, a veces manifestada de forma extravagante, surge como consecuencia a un miedo primario; el de no dedicar su vida a lo que realmente desea. Y debido a que es una respuesta coherente con la dificultad de la situación vivida, las puntuaciones obtenidas en las pruebas que evalúan ansiedad no son muy altas.

Durante los años que R.S. convive con ambos progenitores, en un clima de tensión constante y distanciamiento no solo entre ellos sino también con su propia hija, la única persona que cuida de ella e intenta alejarla del conflicto es su prima, la psicóloga, que siempre se la lleva consigo el máximo tiempo posible y la introduce en sus hábitos diarios para aportar un poco de coherencia a su vida. El resto de su entorno familiar no tiene la función de sostén que debe tener durante esos duros años. En esa etapa, R.S. no contacta con sus emociones a la hora de afrontar la difícil situación que le toca vivir; su respuesta se traduce en sentir indiferencia, evadirse de los problemas y acercarse a malas compañías, que aparecen en su vida cuando sus padres no atienden aquello que hace su hija. A R.S. le surgen sentimientos de odio hacia su padre al culparle de la inestabilidad emocional de su madre, que va en aumento. El resto de recuerdos de esta etapa son omitidos por R.S. como protección ante el sufrimiento.

A raíz del divorcio de sus padres y coincidiendo con el comienzo de la relación con su actual novia, que se convierte en un gran apoyo, su contexto vital mejora y decide irse a vivir con su padre cuando percibe que su madre comienza a mejorar su estado de salud mental. R.S. toma esta decisión por compasión hacia la carencia de habilidades de su padre y para exculpar el odio que le toma en el pasado, pues comprende que él nunca intentó dañar a su madre. Progresivamente y bajo aparente normalidad, una vez termina la complicada convivencia con sus padres en un período de desarrollo tan vulnerable, comienzan a manifestarse las secuelas emocionales fruto de una difícil situación vital sostenida en el tiempo. Al ser un proceso paulatino y ocurrir cuando comienza una nueva etapa en la que se aventuran mejoras, R.S. no es capaz de clarificar la causa de su ansiedad. Toda su persona reacciona a una situación de sufrimiento tan erosionante que va forjando una personalidad y una forma de relacionarse con el mundo mucho más madura de lo esperable a su edad.

En este nuevo comienzo, R.S. empieza a pasar más tiempo con sus familiares, siendo partícipe de todas sus cuitas y relacionándose como hija, nieta y sobrina perfecta, con atención y cuidado hacia todos ellos, obteniendo la atención de la que hasta entonces había carecido durante los últimos años. Tanta implicación y participación en cuestiones familiares así como desempeñar con su padre el rol de cuidadora más que de hija, desembocan en que R.S. comience a tener muchos ámbitos de responsabilidad y que éstos agraven los síntomas de ansiedad al no poder responder a sus propias demandas y a las de terceros al mismo tiempo. Sin embargo, R.S. no cesa su empeño en dedicar todo el tiempo libre de que dispone a atender a los suyos, ya que a cambio obtiene un refuerzo positivo muy potente; el sentimiento de inclusión en el grupo y el hecho de saber que esté donde esté siempre tiene tras de sí una amplia familia que está más pendiente de ella que nunca, lo que acaba convirtiéndose en un importante valor para su vida.

Con el tiempo, inconscientemente ella misma genera en su familia una relación de dependencia en la que constantemente la demandan y llegan a culpabilizarla si no les recompensa con la atención y los cuidados que R.S. lleva años ofreciéndoles, independientemente de que estos cuidados estén antepuestos a las propias necesidades de la paciente. Aunque en la mayoría de ámbitos de su vida presenta un bajo control social del yo, la actitud de anteponer el bien de su familia antes que el suyo propio se explica por un control social del yo un tanto más elevado en este ámbito, y se observa en la dificultad para expresar sus necesidades a sus seres queridos, y en cómo los deseos, estados de ánimo y opiniones de su familia afectan a su sentido del yo y a la forma en que se siente consigo misma. Esto se explica porque, aunque R.S. tiene un importante número de respuestas “yo X” evocadas por estímulos privados, también tiene un número significativo de ellas bajo control público, a consecuencia de haber vivido la adolescencia sin sus referentes principales como guía para establecer los “yo X” adecuados. Es sabido por sus familiares que R.S. es sensible a la crítica, y algunos de ellos ejercen influencia sobre ella criticando su forma de vida y opinando sobre lo que se espera de ella, lo que genera en R.S. un conflicto con sus propios valores.

Además de la relación ambivalente que tiene con su padre, la importante carga familiar a la que está sometida y la gestión de las respuestas emocionales recientemente avenidas, en los últimos meses la relación con su pareja también se convierte en un estresor añadido debido a que, por la historia de maltrato y abandono que ha vivido en su infancia, su pareja empieza a ahondar en sus propios conflictos emocionales cuando comienza a vivir con el padre de R.S., confirmando que el modelo de familia que ella conocía no era el adecuado y que ha sufrido en su infancia más de lo que creía. En estas circunstancias, la pareja de R.S. pasa de ser un apoyo sólido en las dificultades avenidas del pasado, a necesitar la ayuda incondicional de R.S. Bajo este cúmulo de circunstancias,

sin el apoyo de un grupo de iguales y sin el disfrute de actividades nutricias que sirvan de desahogo, R.S. se ve sobrepasada teniendo que responder durante años a más demandas de las que ella misma puede manejar. Por tanto, la ansiedad se mantiene como respuesta natural ante la coyuntura vital presente en su vida.

Las respuestas fisiológicas que reflejan su estado de ansiedad, son muy patentes en su vida porque R.S. está extremadamente pendiente de ellas, y es que ha estado tanto tiempo observando su estado físico en el pasado (autodefiniéndose como hipocondríaca) que llega a desarrollar una gran capacidad de detección de cambios en su cuerpo, con lo cual, está altamente entrenada en la autoevaluación física constante.

A pesar de que los síntomas de ansiedad se presentan en todo tipo de contextos y ante todo tipo de circunstancias que implican un mínimo de emoción (independientemente de la valencia de dicha emoción), R.S. no desarrolla patología severa y la ansiedad no está cronificada. Sufre con la ansiedad desde hace 4 años y se medica con gotas de Valeriana, llevando a cabo pequeñas conductas para controlar el estado de ansiedad que le aflige (por ejemplo, llevar siempre las gotas allá donde vaya, o intentar relajarse cuando empieza a notar los primeros síntomas), pero su forma de funcionamiento vital aún no se ve afectada de forma global y permanente porque no ha comenzado a realizar importantes conductas de evitación para alterar la frecuencia o la forma de las experiencias privadas aversivas, es decir, no deja de exponerse a aquellas situaciones que le generan ansiedad, sino que su actitud es la de enfrentarse y mantenerse en dichas situaciones a pesar de lo desagradable de los síntomas sufridos, he ahí su principal fortaleza.

A continuación, se presenta una tabla en la que se puede ver con mayor grado de concreción el Análisis Funcional del origen y mantenimiento del problema de R.S. En la primera columna están ordenados los antecedentes desde los más remotos a los más recientes, y el resto de columnas están conectadas entre sí, es decir, cada antecedente inmediato tiene una conducta problema y un consecuente asociados.

Tabla 6.

*Análisis Funcional de la Conducta de R.S.*

<b>ANTECEDENTES REMOTOS</b>	<b>ANTECEDENTES INMEDIATOS</b>	<b>CONDUCTA PROBLEMA (VD, modificable)</b>	<b>CONSEQUENTES</b>
Hipocondríaca Entorno familiar tenso durante adolescencia y rechazo hacia su padre Grupo de iguales tóxico y actitud indiferente ante la vida. Pérdida de amigos Divorcio de padres Convivencia con su padre por compasión y adopción rol maternal	Enfrentarse a situaciones nuevas, viajar, ir a clase, despertarse de la siesta, enfrentarse a problemas y notarse nerviosa  Pinchar una vena  Aparecen síntomas de ansiedad o nerviosismo	Sensación de pérdida del control, agitación, vibración interna, taquicardias, vómitos y/o migrañas  Mareo y bajada de tensión  Intenta calmarse, controla la respiración, aguanta el malestar un breve tiempo, se	Entorpece su vida (C+), malestar (C+), intranquilidad (C-), deja de dormir la siesta (C-), expande sus miedos (C+), las gotas le acompañan siempre (C+)  Dejar de pinchar (R-), miedo a la carrera (C-), aumento de preocupaciones (C+).  Relajación la mayoría de veces (R+). Sigue notando la ansiedad en otras



Atribución de carga familiar y problemas ajenos		acuesta, toma gotas de Valeriana y tila	ocasiones (C+)
Cuidado de familiares en tiempo libre	Critica algún aspecto de su padre o de su relación con él	Analiza su comportamiento, lo compadece y lo justifica	No se siente mala hija (R-), no contacta con el dolor (R-) y evita llorar (R-)
Aparición e incremento de ansiedad	Cada noche a las 21h independientemente de dónde esté o lo que haga	Llama a sus padres, a su tío y a sus abuelas	Estar pendiente de la hora (C+), no discutir con su padre (R-), mantener los lazos con sus abuelas (R+), sentirse arropada (R+)
Pareja con historia de maltrato y secuelas emocionales			
Sola en Almería			
Sin amigos íntimos	Cada vez que va a su ciudad natal	Invierte todo su tiempo en atender a sus familiares	Alta carga emocional (C+), no descansa (C-), no disfruta de la pareja (C-), no se relaciona con iguales (C-), complace a su familia (R+), obtiene reconocimiento de ellos (R+)
Conviven pareja y padre			
Trato desagradable de su padre			
Ausencia de tiempo de ocio y de libido			
Resentimiento hacia la familia			
Tendencia hiperreflexiva y gran atención a su estado fisiológico			

### *Factores de protección de R.S.*

Se hace necesario motivar a R.S. enunciando las fortalezas con las que cuenta para hacer frente a la consecución de sus objetivos, y se refuerza a su vez que estas se mantengan. R.S. cuenta con los siguientes factores de protección:

- Persona con sentido del humor, carisma y habilidades sociales.
- Vida llena de valores y aptitud en área académica (valor importante).
- Interés en mejorar su situación vital y su salud.
- Dificultades solventables.
- Reiterada exposición a situaciones vitales temidas, no evitación.
- Madurez y apertura al autodescubrimiento.
- Pareja como sostén emocional.
- Habilidades de autocuidado (gimnasio, yoga, higiene del sueño, alimentación saludable, etc.).

Estos factores de protección permiten comprender por qué la problemática no se ha cronificado y R.S. no ha desarrollado un trastorno de evitación experiencial al no haber sido dominada por sus numerosos miedos.

## **Plan de intervención**

A lo largo de las 6 sesiones en las que se desarrolla cada una de las intervenciones por separado, se trabajan integral y transversalmente todos los objetivos terapéuticos propuestos tras la evaluación inicial, de manera flexible y adaptándose en todo momento a las necesidades de cada una de las pacientes. A su vez, es importante destacar que la intervención aplicada en cada uno de los casos sigue las directrices generales de un abordaje basado en el contextualismo funcional, considerado el cimiento filosófico de las terapias de tercera generación. Desde la perspectiva contextualista, ningún evento privado es problemático, patológico o disfuncional en sí mismo, sino que depende siempre de su función en el contexto en el que se desempeña.

A partir del análisis funcional y de los objetivos propuestos de cada una de las pacientes, se plantean ambas intervenciones desde aproximaciones contextuales, tomando como referente la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La intervención realizada en cada uno de los casos es adaptada en todo momento a las necesidades de las pacientes. Por tanto, aunque determinadas técnicas se describan en una sesión concreta, esto sólo responde a criterios estéticos de este trabajo ya que son recursos presentes durante la mayor parte de las sesiones y se retoman cada vez que se considera oportuno. Además, hay que destacar que la relación terapéutica, que según Wilson y Luciano (2012) en ACT se asienta en validar los problemas y el sufrimiento del cliente, se trabaja desde un primer momento con ambas pacientes. A continuación, se describe cada una de las intervenciones terapéuticas.

### **1.- Objetivos propuestos con R.C.**

Objetivo general.

- Determinar sus decisiones vitales y laborales conforme a sus valores e intereses en lugar de estar mediados por otros.

Objetivos específicos.

- Clarificar valores.
- Discriminar los valores elegidos de los valores impuestos.
- Reconocer la parte de responsabilidad que han tenido sus padres en la toma de sus decisiones.
- Expresar a sus padres sus necesidades de forma abierta.
- Dejar de guiarse por reglas verbales sobre lo socialmente adecuado.
- Dejar de racionalizar todo aquello que le ocurre.
- Exponerse al contenido psicológico evitado relacionado con áreas importantes de la vida.
- Disminuir las conductas evitativas.
- Notar la experiencia de tomarse un tiempo de reflexión, sin que todo esté predeterminado.
- Permitir aquello que ocurra, sin negarlo ni oponerse a que suceda.
- Tomar perspectiva y desliteralizar los contenidos verbales privados.

## 2.- Procedimiento de intervención con R.C.

El trabajo con R.C. se desarrolla en formato individual a través de 6 sesiones y siendo concertada una séptima sesión para seguimiento, sin embargo, esa última sesión no tiene lugar, aunque sí se pueden recoger los resultados para la post-evaluación. Las cuatro primeras sesiones son semanales, y las dos últimas, quincenales, con una duración media de una hora por sesión. Todo el proceso terapéutico se desarrolla en la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería.

En la siguiente tabla se puede distinguir a primera vista un esquema-resumen de cada una de las sesiones según los objetivos terapéuticos trabajados y las técnicas utilizadas.

Tabla 7.

*Esquema-resumen del proceso de intervención realizado con R.C.*

<u>Nº de sesión</u>	<u>Objetivos trabajados</u>	<u>Resumen de la sesión</u>
Sesión 1.	Identificar si el camino que está siguiendo en la actualidad es un valor para ella.	Exploración, conocer la interpretación subjetiva del proceso, gestión de problemas, desactivación de funciones y distanciamiento.
Sesión 2.	Dejar de guiarse por reglas verbales sobre lo socialmente adecuado.  Dejar de racionalizar todo aquello que le ocurre.  Disminuir las conductas evitativas y contactar psicológicamente con el dolor.  Aprender a permitir aquello que ocurra, sin negarlo ni oponerse a que suceda.	Planteamiento de hipótesis, metáfora del hombre en el hoyo, metáfora arenas movedizas, ejercicio del limón, ejercicio de exposición al dolor.
Sesión 3.	Identificar si el camino que está siguiendo en la actualidad es un valor para ella.  Identificar lo que ella quiere y lo que quieren los demás para ella.  Aprender a permitir aquello que ocurra, sin negarlo ni oponerse a que suceda.	Fortalecimiento de la relación terapéutica, aceptación, búsqueda en valores, búsqueda de actividades nutricias.
Sesión 4.	Reconocer la parte de responsabilidad que han tenido sus padres en la toma de sus decisiones.  Expresar a sus padres sus necesidades de forma abierta.	Metáfora del perro, planteamiento de hipótesis, silla vacía con sus padres.
Sesión 5.	Fortalecer su verdadero yo.	Validación y reforzamiento.

	Notar la experiencia de tomarse un tiempo de reflexión, sin que todo esté predeterminado.	
Sesión 6.	Fortalecer su verdadero yo.	Fortalecimiento del yo y repaso ACT.

**Sesión 1. Exploración, conocer la interpretación subjetiva del proceso, gestión de problemas, desactivación de funciones y distanciamiento.**

Tras las preguntas de rigor sobre datos personales, se indaga en los temas que R.C. desea tratar, a los que reacciona inmediatamente frunciendo el ceño y rompiendo a llorar. Se exploran las diferentes áreas de su vida para comprobar el grado de afectación y otros posibles estresores asociados a la problemática enunciada (ansiedad y tristeza a la hora de estudiar el temario de las oposiciones). Así pues, se le pregunta sobre su día a día, su relación de pareja, la relación con sus padres y el curso del problema. Se le pide su propia interpretación del problema, a lo que, emocionada y gimoteando, responde *“Yo no lo sé. También es verdad que yo no suelo suspender. Yo sabía que iba a ser difícil pero no sé por qué me he ido agobiado poco a poco ”* y expone razones como haber vuelto a estudiar después de estar unos años trabajando, no encontrar un buen preparador, que sus padres le pregunten continuamente sobre el progreso, que sólo se hable de las oposiciones en su círculo social, etc.

Una vez escuchados los argumentos de R.C. se indaga en su estrategia habitual de solución de conflictos cuando se encuentra mal anímicamente, y se evalúa la clase funcional de respuesta de forma evitativa, a lo que la paciente responde sonriendo *“Me lo callo. El otro día porque exploté con el ataque de ansiedad en la biblioteca [...] pero llevaba varios días llorando sola porque normalmente me lo suelo callar.”*

T: *“¿Cómo afrontas cuando no te encuentras bien? ¿Qué sueles hacer?”*

P: *“Si me enfado con alguien lo hablo con esa persona, pero si yo me encuentro mal es muy raro que vaya a contárselo a alguien. Intento evadirme, no soy de quedarme en mi casa mucho tiempo pensando; me voy al gimnasio, quedo con amigas... Antes de quedarme en mi casa dándole vueltas, siempre me busco cualquier otro plan.”*

T: *“Haces cosas para trasladarte psicológicamente a otras situaciones.”*

P: *“Sí, para no pensar. Intento no darle muchas vueltas, porque sino ”*

T: *“¿Y eso te ha funcionado?”*

P: *“Yo creo que sí.”*

En cierta medida, R.C. tiene razón en la demanda de reducir lo malo y reemplazarlo por lo bueno de acuerdo con el plan culturalmente establecido, la cuestión radical es si verdaderamente le ha funcionado. R.C. ejemplifica más situaciones vitales en las que se puede observar este tipo de respuesta, pero no se interviene sobre sus conductas evitativas; se sigue explorando y tomando nota de su comportamiento habitual. Será más adelante cuando se intervenga sobre este punto.

Seguidamente, R.C. expone su situación vital reciente desde una perspectiva un tanto catastrofista y ansiosa, pues asegura que ha perdido un año de su vida y que ya ha de tomar una decisión, porque nunca había pasado tanto tiempo sin estar inmersa en alguna actividad. Mediante el siguiente diálogo se empieza a aplicar la desactivación de funciones y el distanciamiento para

defusionar a R.C. de sus eventos privados, rompiendo las funciones verbales dominantes que han impregnado sus pensamientos y los han vuelto restrictivos en su vida:

P: *"No puedo estar más tiempo sin decidir."*

T: *"Es que no decidir es decidir."*

P: *"Pues sí, es decidir no hacer nada."*

T: *"Es que no hacer nada es dedicarse a hacer algo."*

P: *"Ya, pero para mí no es lo correcto. A veces pienso que me he equivocado de carrera."*

T: *"Como ahora no te encuentras bien, van a aparecer muchos pensamientos y muchas sensaciones corporales."*

P: *"Es que estoy triste, pero no tengo ningún motivo para estar triste "*

T: *"Con esto hay que tener mucho cuidado. Si uno está triste, está triste; la tristeza no hay que analizarla, hay que sentirla. Plantearte todo el tiempo tu estado anímico son pensamientos que no te ayudan."*

P: *"No sé, no sé nada. Y si empiezo otra vez ¿con cuáles oposiciones? [...] Creo que tengo claro que quiero opositar, pero ahora mismo no me veo capaz y no voy a poder."*

T: *"Esas frases funcionan como barrera. Estos pensamientos que uno se dice son mente. Uno se cree lo que piensa, y cree las palabras que configuran lo que uno piensa. Cuando tengas estos pensamientos dite "tengo un pensamiento de que no me veo capaz" o "mi mente me dice que he no voy a poder con esto". ¿Lo entiendes?"*

P: *"Sí."*

T: *"Pues si lo entiendes no has entendido nada."*

R.C. responde con una gran carcajada y diciendo que no entiende nada, momento en el que se le contesta que eso significa que lo está entendiendo. Con este tipo de diálogos que rompen las reglas verbales, se trata de que los contenidos privados de R.C. se vean como lo que son (contenidos, pensamientos, producto mental) y no como lo que dicen ser al ser tomados literalmente. Se procura que compruebe que, además de los contenidos, el propio proceso de pensar, sentir y reaccionar puede ser observado. Este tipo de interacciones tienen el efecto de desliteralizar los contenidos de la conciencia. Al finalizar la sesión, se le pregunta si quiere seguir asistiendo a terapia.

## **Sesión 2. Planteamiento de hipótesis, metáfora del hombre en el hoyo, metáfora arenas movedizas, ejercicio del limón, ejercicio de exposición al dolor.**

La sesión comienza explorándose de nuevo la situación problemática de R.C. Seguidamente se le expone una hipótesis y se le hace una pregunta en la que se busca el compromiso con la acción: *"Has vivido en un periodo en el que prácticamente estaba garantizado que haciendo lo correcto y ocupándote de tus cosas ibas a obtener los resultados, que era sacar el curso y los títulos. Pero aquí las normas del juego son otras: dedicándote concienzudamente a algo, no se te asegura conseguir una plaza. Este formato de incertidumbre es diferente al formato de seguridad. Es hacerse adulta. Has estado estudiando sin seguridad. Si hay un camino definido, tú lo coges y lo andas, puede ser más o menos duro, pero lo tomas. Y no sabes qué camino coger porque han aparecido varios, y en ninguno tienes el final asegurado. La pregunta es ¿estás dispuesta a tomar decisiones no garantizadas?"* R.C. sonríe y responde que no lo sabe, pues a veces piensa que se tiene que arriesgar para averiguar lo que pasará y en otros momentos se siente incapaz.

Cuando R.C. informa de cómo le agobia que todo el mundo le pregunte sobre las oposiciones, rompe a llorar diciendo que no tiene ganas de darle explicaciones a nadie, y se le responde de la siguiente manera: *“No quieres hablar del tema y le llamas no dar explicaciones, porque no quieres tener contacto psicológico con las emociones, no quieres llorar, no quieres encontrarte mal ni tener ansiedad en el pecho.”* R.C. reconoce que aparta lo que no le gusta para no sentirse mal, aun a sabiendas de que no es la solución. Se introduce la metáfora del hoyo en el hoyo con la intención de que R.C. pueda tener otra perspectiva en la que ubicar su angustia y flexibilizar las conductas que lleva a cabo cuando se encuentra frente al dolor, siempre sobre la base de lo que quiere en su vida y lo que ese dolor supone en lo que le importa. Cuando termina, se le pregunta:

T: *“¿Cavar te ayuda a salir del hoyo o hace más hoyo?”*

P: *“Te hundes más.”*

T: *“Tú con tu pala has empezado a cavar, y eso es no hablar del tema, intentar no llorar, hacer cosas para no sentirte mal, evadir las preguntas de los otros. Estás usando la herramienta que tienes creyendo que así vas a salir del hoyo, pero hace hoyo.”*

P: *“Pero como me siento mejor pues ”*

T: *“Porque cavando crees que estás haciendo algo, pero ¿funciona?”*

P: *“No, porque no me encuentro mejor, me encuentro mal. ¿Entonces qué hago? Es que si yo no me encuentro bien ni mejor no voy a poder resolver mis dudas, tomar mi decisión, pero claro, no me encuentro bien porque no soy capaz de tomar una decisión.”*

T: *“No me encuentro bien y no voy a poder tomar mi decisión, no me encuentro bien porque no tomo una decisión. Ese es el hoyo, y lo que hago para salir de ahí es cavar. ¿Está funcionando lo que haces?”*

P: *“No.”*

T: *“Y cuando algo no funciona, ¿qué haces?”*

P: *“Cambiar de estrategia, intentarlo por otro lado. Pero es que si me quedo en mi casa me vengo abajo pensando que estoy cavando, ¿qué hago?”*

T: *“Yo no te voy a dar la solución. Para ti mejorar es no pensar en el tema y estar contenta.”*

P: *“Sí (ríe), no tener ganas de llorar, no quedarme en mi casa, sentirme bien.”*

T: *“A lo mejor es que no te estás permitiendo sentirse todo lo mal que hay que sentirse.”*

Progresivamente, R.C. empieza a apreciar que no sabe hacer otra cosa más que cavar, y que la estrategia en la que confiaba y a la que ha dedicado tanto tiempo no ha funcionado ni funcionará. De lo que se trata es de que sea capaz de cuestionar el hecho de que debe necesariamente escapar, y por tanto, de elegir entre responder evitando o responder en otra dirección (Wilson y Soriano, 2012). Por tanto, la idea de hacerle tomar consciencia de las formas de evitación no es simplemente permanecer en la presencia del contenido psicológico temido sin escapar, sino construir otro tipo de repertorios de respuesta más elaborados con respecto a ese contenido. Como señalan Wilson y Soriano (2012), hacer de la evitación una más entre un conjunto de respuestas en vez de ser la única respuesta posible.

Como R.C. cree que lo que le ocurre es que tiene mucha prisa por decidirse a tomar una decisión u otra, se le introduce la metáfora de las arenas movedizas para hacerle ver que, a pesar de que las estrategias de control parezcan lógicas, a veces son contraproducentes.

T: *“¿A qué se parece eso de estar en contacto con el fango en la mayor superficie de tu cuerpo sin luchar?”*

P: *“A lo mío, porque lucho para que todo pase lo más rápido posible.”*

T: *“A lo mejor te hace falta estar en contacto con los sentimientos y dudas que están apareciendo, y todo lo que haces para que eso no aparezca es cavar y cavar, y no te saca de ahí.”*

P: *“Es que cuando estoy en contacto no paro de darle vueltas, y como no tengo claro nada ”*

T: *“Cuando estás en contacto empiezas a darle vueltas, y ahí empieza a funcionar tu mente, y empieza a decirte cosas que no te agradan. Pues tu mente no es tu amiga, es obsesiva y cobarde, y quiere tener el control sobre tu vida.”*

Se le explica el funcionamiento de su mente con el ejercicio del limón y cómo ella construye realidades con el lenguaje, reaccionando a las palabras como si fueran reales y trasladándose a situaciones incapacitantes. El objetivo que se pretende con el ejercicio del limón es que R.C. empiece a diferenciar lo que está verdaderamente presente de lo que se hace presente con el lenguaje, así como minimizar el valor de las palabras. Se le explica cómo la mente juega malas pasadas y le hace creer que cavar es lo mejor que puede hacer para salir del hoyo, en lugar de estar dispuesta a tener la experiencia de la tristeza. Seguidamente, se le pide que deje quietas las manos, cierre los ojos y sienta el dolor, permitiéndose que emerjan los sentimientos: *“Nota como tu mente está juzgándolo todo, y piensa “si yo no quiero sufrir, sólo quiero estar bien y tomar una decisión”. Nota como tu mente trata de controlar lo que haces, piensas y sientes. Siente tu dolor, compártelo, y disponte a ver cómo puedes cuidar de ti, no para que se vaya el dolor, sino para acompañarte, sabiendo que el dolor está ahí. Es completamente normal que aparezca el dolor después de un largo período de trabajo, de búsqueda, de tesón. Cuando no hay recompensa ni visión del siguiente paso, lo normal es sentirse mal, lo normal es acusar anímicamente. Si has puesto energía, ilusión y constancia, y ahora mismo no ves el siguiente paso, es normal que estés así, que aparezca dolor y angustia en tu vida. Y ahora, con ese dolor, estando en contacto con él y dejándole su espacio podrás dirigirte hacia aquello que sea importante en tu vida. Podrás elegir los caminos. Si no le dejas su espacio, lo buscará, y te abordará cuando menos te lo esperes. Si aparecen ganas de llorar, acoge esas lágrimas, te están diciendo algo, que hay miedo, duda, dolor... Hazles su sitio.”* Con este ejercicio de exposición al dolor psicológico se anima a R.C. adoptar una postura observadora con respecto a su dolor y su lucha. El objetivo es que se acerque a lo que le importa de un modo experiencial en lugar de hacerlo desde un marco lógico socialmente establecido, para después poder moverse hacia lo que es valioso para ella. Como resultado, R.C. se constriñe y le empiezan a brotar algunas lágrimas a mitad de la experiencia. Es entonces cuando verdaderamente se ha permitido sentir lo que ha de sentir.

### **Sesión 3. Fortalecimiento relación terapéutica, fomentando el yo-contexto, clarificación de valores, búsqueda de actividades nutricias.**

Al comienzo de la sesión se informa a R.C. de que su madre llamó porque estaba preocupada por ella. R.C. comenta con una sonrisa que lo sabe, porque su madre se lo dijo posteriormente. Se aprovecha este hecho para fortalecer más aún la relación de confianza entre ambos, habiéndose avisado a la madre de la necesidad y obligatoriedad de informar a su hija, y asegurando a la propia paciente que la honestidad está ante todo y que la relación terapéutica es con ella, no con sus padres. R.C. sonrío, asiente y se muestra conforme.

Se fomenta el yo-contexto resaltando la importancia de que ocurra lo que tenga que ocurrir, sin emitir crítica ni juicios añadidos, simplemente notando el proceso y el contenido desde el yo-contexto. La idea de que entienda que tener un pensamiento es tener un pensamiento y que

tener una evaluación es simplemente tener una evaluación, sin que haya que hacer nada al respecto, es que comience a alterar la literalidad del lenguaje produciéndose una defusión cognitiva. Se le recuerdan las formas de cavar cuando sigue insistiendo en que tiene que salir del problema, y se añade *“No se trata de salir o no salir, sino de a qué dedicas tu vida, qué haces, cómo quieres que sea tu vida, y a lo mejor puedes decir “ahora mismo no lo tengo claro y no quiero tomar decisiones, sólo quiero notarme en el día a día”. A lo mejor hay que tomarse un tiempo. Esto es una experiencia y es importante que la vivas en plenitud, tienes que darte tiempo y notar que a veces te vas a encontrar rara, con ganas de llorar esto tiene que aparecer, si no aparece no estamos trabajando bien. Tienes que notar cómo te sientes y aceptarlo.”* El objetivo es que R.C. detecte por sí misma si lo que está haciendo va en la dirección de lo que le importa. Cuando empiece a inclinarse hacia esa dirección le resultará incómodo o doloroso, pero al estar en la dirección de lo que valora, ese dolor e incomodidad tendrán un significado valioso para ella.

Se habla de las decisiones que R.C. ha tomado con respecto a su formación, y se le señala que cualquier camino que elija está bien siempre y cuando sea su decisión, no la de otros. Para conocer si las oposiciones son un valor, se le expone la dificultad a la que se enfrentan los opositores y le pregunta si está dispuesta a pasar por todo el esfuerzo que conlleva ser opositora a cambio de obtener una plaza fija como funcionaria. Aparentemente, R.C. lo tiene claro, sin embargo, también suele responder con evasivas a esta misma pregunta en otros momentos de la terapia. Como proceso motivacional que es, en R.C. se encuentran ciertas discrepancias entre lo que le gustaría valorar y lo que está valorando en los pasos que está dando. Se procura que a través de la reflexión cuidadosa, R.C. empiece a tomar contacto con los valores que posiblemente han estado suprimidos durante mucho tiempo y deje de guiarse por valores impuestos por otros.

Se hace un repaso de las estrategias de búsqueda de empleo que ha utilizado, y se comprueba cómo verdaderamente se ha mantenido activa buscando trabajo. Para finalizar la sesión, R.C. enumera las actividades que le llenan en su tiempo libre, pues en un momento difícil como el que está viviendo, sentirse reforzado con este tipo de actividades le permiten una tregua al sufrimiento.

#### **Sesión 4. Metáfora del tigre hambriento, planteamiento de hipótesis, silla vacía.**

La sesión comienza explicando cómo se ha encontrado R.C. la semana previa. Informa de que está mejor, pero sigue sin concentrarse a la hora de estudiar. Se le valida diciéndole que es normal que no se concentre ya que para concentrarse hay que tener un *para qué*. Como R.C. responde nuevamente diciendo que no puede tomar una decisión y que se siente agobiada, se le introduce la metáfora del tigre hambriento con el objetivo de que tome consciencia de cómo alimenta su dolor con sus continuados intentos de no tener sensaciones aversivas, volviendo sus preocupaciones más fuertes e intimidantes hasta el punto de lograr tomar el control de su vida. Tras la misma, R.C. contacta con el dolor que siente y expresa sus pensamientos llorando con rabia: *“Me he dado cuenta de que a lo mejor todo el mundo opina lo que tengo que hacer, y a lo mejor yo no quiero decepcionar, y quiero hacerlo bien, conseguirlo, y también puede ser la presión, y a lo mejor desde el principio tenía que haber dicho que no a todas las propuestas de mis padres.”* Cuenta cómo sus padres le echan en cara que no haya postulado a tiempo otras ofertas, y grita *“¡Dejadme en paz! dejadme en paz. Yo sé que ellos no quieren agobiarme y lo hacen a buenas pero me están agobiando.”* Se le permite que exprese todo lo que necesita el tiempo que sea necesario.



Cuando R.C. acaba de llorar y de expresarse con palabras, se le plantea otra hipótesis: *“A lo mejor hay una necesidad de que los demás te dejen tiempo y espacio de tranquilidad para que notes en tu persona lo que quieres. Has sido un modelo de hija y no has dado problemas en tu juventud, y ellos no están acostumbrados a que tú pongas límites y les pidas que no se metan en tu vida.”* Ese momento se considera el más adecuado para hacer una silla vacía con su madre, quien principalmente ejerce más presión sobre ella con el tema de las oposiciones. Se le insta que le diga a su madre lo que necesita. Al intercambiarse al papel de su madre, muestra una madre benévola y comprensiva que le deja elegir la opción laboral que quiera en su vida. Y es que la paciente sólo refleja la parte caritativa de su madre, existente en la vida real, pero incompleta. Además de querer lo mejor para su hija, su madre también necesita estimularla continuamente para que no se acomode a no buscar trabajo, y esta parte no estaría reflejada en la silla vacía, así que se vuelve a repetir el ejercicio. Finaliza la sesión cuando se le informa de la importancia de que tenga una conversación franca con sus padres, en la que les diga lo que necesita así como todo aquello que está haciendo para ocuparse de su vida, y que ellos actualmente desconocen.

### **Sesión 5. Validación y reforzamiento.**

R.C. comenta que el examen de las oposiciones fue la semana pasada, y que pensaba que no se sentía capaz de ir, pero finalmente se propuso hacer el examen para perderle miedo. Fue tranquila e incluso se sorprendió al descubrir que algunas de las preguntas del examen las supo contestar. Se produce un reforzamiento en la sesión, y se añade lo positivo de que haya estado en contacto con aquello que en algún momento le ha angustiado. También se le pregunta si ha conversado con sus padres, y ella expone todo lo que les dijo (coherente con sus valores) y la actitud que muestran al respecto, que es positiva y comprensiva. R.C. asegura que se encuentra aceptando la situación tanto con respecto al examen como con respecto a sus padres. Finaliza la sesión con una advertencia de prevención: *“Estás tomando decisiones durante un tiempo y te está funcionando. De todas formas, es muy importante que mantengas tus hábitos como estás haciendo”*, y ella se plantea incluso la posibilidad de hacer un módulo de infantil a distancia, algo que hace unos meses le hubiera parecido impensable y que sin embargo, era un valor encubierto. Ya se encuentra situada en el camino de buscar aquello que verdaderamente le nutre.

### **Sesión 6. Fortalecimiento del yo y repaso ACT.**

La semana previa a la última sesión se publican las notas del examen al que R.C se había presentado, y para su sorpresa, consigue aprobarlo. Su reacción al verlo es llorar, no tanto de alegría como de incertidumbre, porque daba por hecho que iba a suspender, y por tanto, no tendría que volver a ocuparse de pensar en ello. Sin embargo, R.C. aprueba y se ve nuevamente en la tesitura de elegir si seguir el proceso evaluativo o dejar las oposiciones al margen. El último examen, que finalmente suspende por escasas décimas, lo tiene dos días antes de esta última sesión. R.C. se muestra aliviada; aunque había estudiado mucho, por fin todo acabó. *“Ya no son otros los que deciden mi vida”*, añade el terapeuta, y R.C. le da la razón con firmeza. Se fortalece su yo reconociéndole y solicitando su implicación en la nueva dirección que toma su vida, y marcándole la diferencia entre elegir y decidir: *“Elige tu camino, pero desde el “yo quiero” no desde el “me conviene, debo”* Las decisiones se toman con razones, no por razones.” Con esta frase la idea es que relativice

el valor de las razones que da como producto de su reflexión y se permita elegir su camino desde una posición honesta consigo misma.

Se utiliza un episodio que R.C. tiene con su padre para hacer un repaso de la identificación de conductas evitativas y para reforzar la conducta de la paciente:

T: *“Es importante que una situación de complejidad no te paralice completamente. Cuando nos paraliza, es bueno parar y preguntarnos qué está pasando en nuestra vida para que algo que es normal, nos resulte un problema. A lo mejor es porque uno no quiere esto.”*

P: *“Por eso mi meta ahora es buscar trabajo, creo que no quiero hacer las oposiciones, al menos de momento. Mi padre me dijo el sábado al verme nerviosa ante el examen, que si no quería o notaba que me iba a doler en el pecho no me presentase.”*

T: *“Fíjate, hacer eso es una forma de alimentar al tigre. Es muy importante lo que hiciste, que fuiste, te pusiste nerviosa, hiciste el ejercicio y te fuiste de allí con tu trabajo hecho. Esto también es una experiencia para tus padres, dejar que tú escribas tu propia historia.”*

El propósito de ACT es conseguir que los clientes practiquen un control consciente y lleno de sentido en áreas en las cuales sea efectivo y realce sus vidas, y que practiquen la aceptación en aquellas áreas en las que un control consciente y lleno de sentido es ineficaz o incluso negativo (Wilson y Soriano, 2012) y esto es precisamente lo que ha hecho R.C. al enfrentarse con una nueva actitud a la exposición de sus eventos privados temidos aparecidos antes del examen y ser plenamente consciente de ello, y a pesar de haber tenido el apoyo de su padre para justificar la evitación experiencial que podría haber llevado a cabo en otras circunstancias.

Para terminar, se exploran las mejorías de R.C. durante el proceso terapéutico y finaliza la sesión reconociéndosele su trabajo y sus logros. A estas alturas, la coherencia entre a lo que R.C. quiere dedicarse y lo que hace con su vida empieza a ser cada vez más alta.

### **3.- Plan de intervención con R.S.**

Objetivo general.

- Mejorar la calidad de vida de R.S.

Objetivos específicos.

- Reducir los intentos de escapar del malestar físico.
- Clarificar sus valores.
- Dejar de justificar las conductas de su familia.
- Reducir las cargas familiares.
- Invertir el tiempo libre en su propio bienestar y en actividades nutricias.
- Reducir la hiperreflexividad sobre su estado fisiológico.
- Reorganizar los roles familiares y de pareja.
- Dejar de atribuirse la responsabilidad de solucionar los problemas familiares.
- Mejorar las relaciones sociales con los iguales.
- Reducir el consumo de medicación.

### **4.- Procedimiento de intervención con R.S.**

El trabajo con R.S. se desarrolla en formato individual a través de 6 sesiones (incluyendo la de seguimiento) y la obtención de resultados para la post-evaluación. Todo el proceso terapéutico se desarrolla en la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería. Las tres primeras sesiones son semanales, y las tres últimas se realizan más espaciadas en el tiempo. Todas las sesiones excepto la última tienen una duración media de una hora.

En la siguiente tabla se puede distinguir a primera vista un esquema-resumen de cada una de las sesiones según los objetivos terapéuticos trabajados y las técnicas utilizadas.

Tabla 8.

*Esquema-resumen del proceso de intervención realizado con R.S.*

<b><u>Nº de sesión</u></b>	<b><u>Objetivos trabajados</u></b>	<b><u>Resumen de la sesión</u></b>
Sesión 1.	Reducir la hiperreflexividad sobre su estado fisiológico.  Dejar de atribuirse la responsabilidad de solucionar los problemas familiares.	Exploración, desactivación de funciones y distanciamiento, clarificación de valores, previsión y planificación.
Sesión 2.	Dejar de justificar las conductas de su familia.  Reducir las cargas familiares.  Invertir el tiempo libre en su propio bienestar y en actividades nutricias.  Reorganizar los roles familiares y de pareja.  Dejar de atribuirse la responsabilidad de solucionar los problemas familiares.	Evaluación de cambios, identificación de figuras de apoyo, atribución de responsabilidades.
Sesión 3.	Reducir los intentos de escapar del malestar físico.  Reducir las cargas familiares.  Invertir el tiempo libre en su propio bienestar y en actividades nutricias.  Reducir la hiperreflexividad sobre su estado fisiológico.  Reorganizar los roles familiares y de pareja.	Evaluación del progreso, psicoeducación sobre la ansiedad.
Sesión 4.	Reducir la hiperreflexividad sobre su estado fisiológico.  Reducir el consumo de medicación.	Evaluación de progresos, re-evaluación de la ansiedad, metáfora del perro.

Sesión 5.	Reducir los intentos de escapar del malestar físico.  Reducir la hiperreflexividad sobre su estado fisiológico.  Fortalecer su verdadero yo.	Evaluación de progresos, psicoeducación sobre respuestas fisiológicas.
Sesión 6.	Invertir el tiempo libre en su propio bienestar y en actividades nutricias.  Mejorar las relaciones sociales con los iguales.	Exploración áreas vitales e importancia de las amistades.

**Sesión 1. Exploración, desactivación de funciones y distanciamiento, clarificación de valores, previsión y planificación.**

Durante esta primera sesión, tras la recogida de datos personales propio del inicio de la intervención, se exploran las áreas de importancia en la vida de R.S. tanto pasadas como presentes (la relación de pareja, el divorcio de sus padres, el inicio y la morfología de la ansiedad, episodios concretos de la misma, etc.). Durante las explicaciones de la paciente, se empiezan a identificar trampas verbales: *“¿y si debería abandonar la carrera?” “¿y si estoy exagerándolo todo?”, “¿y si me vuelvo a desmayar?”*. Esas funciones verbales llegan a dominar sus respuestas conductuales impidiendo que aparezcan otras funciones de estímulo. Así pues, se trabaja el distanciamiento y la desactivación de dichas funciones verbales con idea de romper aquellas que son dominantes y que han impregnado sus pensamientos, volviéndolos restrictivos en su vida. Se le explica que cada *“y si...”* le genera dudas e inquietud sobre lo que está haciendo, cuestionándolo todo y atrapándola en el lenguaje, y que cuando se haya en ese bucle está orientada hacia dentro, no hacia sus objetivos vitales.

Cuando R.S. contextualiza varios de sus episodios ansiosos, se le pregunta si cree que habría alguna otra forma de expresar cuando algo le altera, y ella responde sin dilaciones que podría expresar llorando, pero no querría llorar todos los días.

T: *“Pero a lo mejor tienes que llorar todos los días.”*

P: *“Bueno, si eso me asegurase que después me voy a encontrar bien y voy a estar tranquila ”*

En este momento se comienza a trabajar en la clarificación de valores preguntándosele qué es importante en su vida, a lo que responde que toda su familia (primos y tíos incluidos) es lo más importante para ella. Sorprende tanto que tenga una relación tan estrecha con ellos y que esté tan implicada en la vida de cada uno de sus familiares, que se deja de buscar valores y se indaga en este aspecto, pues tiene una carga vital importante en R.S. Más adelante, cuando se vuelve a retomar la búsqueda en valores, señalará como importantes a su pareja, a ella misma, su carrera, sus amistades, viajar e independizarse.

Al terminar la primera sesión, se le explica que al haber hablado de temas que no tocaba desde hacía tiempo es posible que en los próximos días le aparezcan sueños y recuerdos que creía olvidados, y se le removerán emociones que demandarán tiempo para asentarse y que le permitirán seguir con su vida. Además, se le informa de que no se va a trabajar con la ansiedad, aunque en ese momento no entienda el porqué. Ella se muestra confiada en la terapia y se marcha con una sonrisa.

## **Sesión 2. Evaluación de cambios, identificación de figuras de apoyo, atribución de responsabilidades.**

Desde la segunda sesión se pueden percibir mejoras en la ansiedad de R.S. a pesar de no haber trabajado directamente sobre ella. No ha tomado gotas de Valeriana durante la semana posterior a la primera sesión y dice haberse podido controlar racionalizando lo que le pasaba cuando empezaba a notar los síntomas. Se le pregunta entonces, si lo que ha cambiado en esa semana ha sido que por un lado ha hablado de aquello que le preocupaba, y por otro, el haberse centrado más en cada tarea que estaba desempeñando, y así lo asegura. Independientemente de esto, se le previene de que es muy probable que la ansiedad vuelva a surgir en cualquier momento, porque no suele desaparecer tan fácilmente y porque la ansiedad no se controla, sino que surge como una respuesta emocional que forma parte del comportamiento, en relación a las cosas que ocurren en nuestra vida.

Se indaga sobre la adolescencia vivida bajo el techo de sus padres, en una situación altamente estresante y desapegada emocionalmente, y se explora los apoyos que tuvo en el pasado, encontrando a su prima mayor como único recurso. Se le pregunta también por su red de apoyo en la actualidad, y menciona a su familia, pareja y algunas relaciones superficiales de amistad.

Cuando se trata la relación que tiene con el grueso de su familia, R.S. reconoce que aunque es algo que le gustaría, no podría independizarse dejando a su madre sola y permitiendo que su tía dominase a su padre. Aquí se puede comprobar cómo se cumple el principio de ACT que asume que la mayor parte de las barreras que obstaculizan la posibilidad de vivir una vida valiosa han sido impuestas por el contexto socioverbal (Wilson y Luciano, 2012). Una vez enumerados algunos de los muchos comportamientos que tiene R.S. con respecto al cuidado y apoyo de sus familiares, se le explica cómo los roles están cambiados dando lugar a un importante desajuste, y se le recuerda cuál es la responsabilidad de los adultos con respecto a sus propios problemas, no debiendo delegar cargas emocionales a sus descendientes. Ella responde que retirarse de los problemas de su familia es retirarse de la vida de su padre, y que si se aparta de él, lo perderá. También se muestra preocupada por el futuro fallecimiento de su abuela y las consecuencias que eso podría conllevar en la jerarquía familiar. Se le explica la importancia de que ella tome consciencia de aquello que no le toca hacerse cargo, y que si su padre tiene un perfil más dependiente, es algo que tendrá que trabajar él mismo. Se le anima a poner límites, y se le avisa de que al hacerlo aparecerán reproches y protestas por parte de sus familiares, que intentarán responsabilizarla cuando las cosas vayan mal. En ese momento, ella tendrá que ver qué es lo que verdaderamente quiere y marcar los límites de lo que está dispuesta a permitir, es la lucha entre los valores impuestos y los valores elegidos.

## **Sesión 3. Evaluación del progreso, psicoeducación sobre la ansiedad.**

R.S. relata el episodio en el que queda con su tía para discutir un asunto familiar (esta cita le generaba gran ansiedad) y describe cómo logró que sus comentarios no le hiriesen, cómo escuchó solamente aquello que le interesaba y cómo supo hacerle frente exponiendo su propio punto de vista, algo que hasta entonces no había tenido el valor de hacer. Pudo tomar cierto grado de distanciamiento emocional, fue ella quien estableció los parámetros de la conversación y se vio fortalecida ante la actitud chantajista de su tía. También explica cómo por primera vez no cumplió

con todos los favores que le pidieron durante el fin de semana que estuvo con sus familiares, anteponiendo sus necesidades a los intereses de otros. Se le refuerzan los logros de forma natural y se le advierte de que, aunque está muy bien que haya tenido tan buena experiencia porque facilita que vuelva a actuar de esa manera, tendrá que tener presente que normalmente no es tan fácil conseguir tan buenos resultados cuando se trata de cambiar hábitos en terceras personas. R.S. asegura tener claro que va a seguir peleando por su independencia y manteniéndose al margen de los problemas de otros.

Avanzando en la sesión, cuando R.S. habla de lo bien que le sienta ir al gimnasio, menciona que también se pone nerviosa cuando vuelve a su piso agitada, e informa de que fue muy hipocondríaca en el pasado (enumera ejemplos), aunque es un aspecto que se había calmado en ella hasta el momento de empezar la carrera (por estar relacionado con temas de la salud). Es útil distinguir entre el pensamiento de peligro y el evento peligroso, o sea, es conveniente tratar al pensamiento como pensamiento y no como lo que aparenta ser (Wilson y Soriano, 2012), y se le explica que es muy importante que entienda que es normal sentirse agitado en las situaciones que enumera (por ser sus respuestas propias de esas situaciones concretas), y que el problema radicaría en no querer ponerse nerviosa. R.S. asiente y cree que a lo que realmente teme es a ponerse nerviosa. Se le explica el proceso de actuación de la ansiedad y se vuelve a indagar sobre las fuentes de presión (momento en el que se identifica la relación de pareja como otra importante y actual fuente de estrés).

#### **Sesión 4. Evaluación de progresos, re-evaluación de la ansiedad, metáfora del tigre hambriento.**

R.S. comienza la sesión explicando los cambios que ha observado en su pareja desde la última sesión, ya que, aunque no se le dieron pautas explícitas para favorecer la relación, la actitud de R.S. ha cambiado con respecto a los problemas a los que se enfrenta su pareja, y esta nueva forma de gestionarlos ha fomentado la armonía en la relación. También enumera otros episodios recientes a los que R.S. se ha expuesto sin ansiedad, y fácilmente se puede observar cómo su actitud se ha vuelto más distanciada y menos fusionada con los problemas y las emociones que pudiera sentir. En esta sesión también se trabaja en la actitud que podría tomar con respecto a su tío con discapacidad, pues él intenta relacionarse con la pareja de R.S. como si fuese su novia, y la familia mantiene una conspiración silenciosa sobre lo que deberían y no deberían decirle a su tío con respecto a las relaciones homosexuales. Aunque esta situación es la que parece predominar actualmente en los pensamientos de R.S., no muestra síntomas de ansiedad, la angustia general ha disminuido y está gestionando el asunto de forma totalmente adaptativa.

Con respecto a la ansiedad, R.S. se siente mucho mejor, pero aún no es capaz de prescindir de las gotas de Valeriana. Ella procura no tomarlas y no llevarlas siempre consigo, pero reconoce que aún las necesita como apoyo, confiando en que su situación cambiará y prescindirá en un futuro de ellas. Es natural que R.S. apueste por reducir las sensaciones aversivas y busque sustituirlas por sensaciones agradables de acuerdo al plan culturalmente establecido, pero no es una estrategia que le haya sido de utilidad. Se le explica que con ese bastón de apoyo no tiene la experiencia de caminar por distintos tipos de suelo con distintos tipos de riesgo, y eso hace que pierda práctica. La cuestión no es para qué quiere andar así, sino, si puede andar por esos caminos en caso de necesidad, y si tiene disposición para seguir andando independientemente de cómo sea el suelo. Por tanto, el

objetivo no es simplemente permanecer sin escapar en la presencia del contenido psicológico temido, sino hacer de la evitación una respuesta más de las muchas posibilidades de respuesta que se ofrecen.

La clarificación de lo que es importante para uno surge de un modo más evidente cuando se conecta directamente con el patrón de evitación, esto es, se producen movimientos cuando los valores se ubican y hacen evidentes de un modo experiencial (Wilson y Luciano, 2012). A colación de seguir necesitando la medicación para funcionar normalmente, se le explica la metáfora del tigre hambriento y se induce a que ella misma llegue a la conclusión de que el tigre es la ansiedad y otras emociones y pensamientos que trata de mantener al margen, así como que llevar las gotas es una forma de alimentar al tigre, aunque no la única. El objetivo es que se clarifiquen sus valores e identifique las barreras y acciones existentes en la dirección valiosa. Se le dice que ella ha acudido a terapia para que le den otra fórmula que mantenga al tigre dormido, incluso que le permita eliminarlo si es posible. R.S. responde convencida que es ella misma quien tiene que encargarse no sólo de reducir el uso de las gotas sino de gestionar muchos más aspectos de su vida, y que, aunque a veces parezca que el tigre ha desaparecido, sigue estando ahí.

Se termina la sesión diciéndole que sus dificultades son manejables y tiene una vida llena, lo que supone una fortaleza muy potente, y que habrá de tener presente que en diferentes momentos de la vida aparecerán nervios, pero esto sólo ocurre porque tenemos la capacidad de sentir, y esa sensibilidad nos avisa de cuando algo es importante para nosotros. Se le pregunta si está dispuesta a notar lo que le ofrece la vida, con todo lo bueno y lo malo que le pueda venir, y R.S. responde afirmativamente y con firmeza: *“Yo quería ver esto, y necesitaba que me lo dijeran porque sola no podía comprenderlo. Como no me gusta que el miedo sea el que mueva mi vida, lo voy a cambiar”*. El periodo entre sesiones se va separando cada vez con más intervalo entre ellas, de manera que se pueda ir observando cómo R.S. se mueve en su vida.

### **Sesión 5. Evaluación de progresos, psicoeducación sobre respuestas fisiológicas.**

R.S. acude a sesión muy contenta y explica lo mucho que le gustan las prácticas del grado. Durante toda la terapia estuvo preocupada al pensar que se desmayaría cuando empezase las prácticas, y estableció la regla de que si se encontraba mal en ese momento, tendría que abandonar la carrera y no podría dedicarse a lo que le gusta. Para trabajar sobre estas reglas preconcebidas, se le pidió en anteriores sesiones que fuese consciente de los pensamientos y sentimientos que le preocupaban, etiquetándolos como simples pensamientos. Y se le pidió que se distinguiese a sí misma del contenido usando el prefijo *“yo estoy teniendo el pensamiento de que ”*. El objetivo era alterar la literalidad del lenguaje y dejar claro que por un lado hay un yo siempre presente, por otro lado hay pensamientos acerca de acontecimientos, y también están los acontecimientos tal y como se experimentan. Estos ejercicios condujeron progresivamente a la alteración del contexto de la literalidad y a la ruptura de los contextos verbales de la evaluación y de dar razones. Así que cuando R.S. llega a esta penúltima sesión, explica cómo finalmente ha conseguido exponerse a la experiencia y ha descubierto que se le da muy bien su trabajo, que le apasiona y que se han desvanecido sus antiguos miedos. Se validan sus anteriores preocupaciones y se le refuerzan los logros, motivándola para que siga trabajando en lo que le apasiona. También se le pregunta por cada una de las demás áreas, para comprobar cómo se ha desempeñado en el tiempo que no se ha dado la terapia, y aunque aún le queda trabajo por hacer con respecto a ocuparse más de sí misma y menos de los

demás, lo cierto es que es capaz de tomar perspectiva de las situaciones más complejas y actúa con plena consciencia, sin dejar que los demás decidan su vida.

Se le pregunta si queda algún tema pendiente del que quiera hablar, y R.S. comenta que lo único que considera que aún no ha resuelto es su excesiva preocupación por su estado fisiológico, ya que según ella, se observa demasiado y aún se sugestionan con lo que llama tonterías. Se le pregunta si ha tenido serios problemas de salud previamente, y ante la negativa, se le explica que preocuparnos por la salud es algo que forma parte de lo normal, y que el problema está cuando los pensamientos obligan a que la persona haga cosas para comprobar su estado de salud constantemente: mirar en internet, autoevaluarse, dejar de hacer su día a día... Se le explica que si uno no empieza a alimentar el pensamiento, este aparece y desaparece por sí mismo, y que en su caso, ella nota mucho sus reacciones fisiológicas porque ha estado tanto tiempo pendiente de ellas que se ha convertido en una experta a la hora de discriminarlas, así que sólo se trataría de una habilidad sobreentrenada.

R.S. termina la sesión asegurando que se encuentra muy bien, que hacía mucho tiempo que no estaba tan bien consigo misma y que incluso su entorno se lo ha notado. Explica que ya apenas se siente nerviosa porque lo ha normalizado, y que no recuerda dónde están las gotas porque nunca las utiliza. Y añade que si le volviese a aparecer la ansiedad sería porque le está prestando más atención de la necesaria, por tanto, no pasa nada si se marear, porque lo peor que puede ocurrir es que se caiga y alguien la recoja del suelo: *“Tengo las cosas más claras, me gusta, me gusta. Me veo más hecha a hacer mi vida. Antes no sabía quién era yo, qué hacía, por qué estaba aquí, si me gustaba o no y ahora tengo las cosas claras.”* Se cierra la sesión respondiéndole: *“Muchas veces creemos que no estamos en el camino porque no nos encontramos bien y no podemos disfrutar del mismo, y a veces simplemente no nos gusta el camino, y clarificar eso requiere tiempo, y tú lo has hecho muy bien y muy rápido, y eso tiene que ver con que traías mucho trabajo hecho y venías con mucha disposición.”*

## **Sesión 6. Exploración áreas vitales e importancia de las amistades.**

En la última sesión se siguen conociendo los progresos de R.S. (que podrían enmarcarse en el autoconocimiento, el crecimiento personal, la actitud práctica, la independencia, y estar volcada en la acción, por ejemplo), los cambios que se han dado en la relación con sus familiares (por ejemplo, su padre es más independiente y sus tíos no le demandan todo su tiempo) y la estabilidad que encuentra de nuevo en su pareja. En esta última sesión, se puede observar la alta coherencia existente entre lo que R.S. hace y lo que quiere en su vida, coherencia que cada vez va siendo mayor con respecto a sus valores vitales. R.S. señala: *“Ahora veo en mis propios pacientes que todos se preguntan lo mismo, y veo mis propios errores en ellos; yo pensaba igual y por miedo no hacía nada, no era yo misma. Y yo ahora tengo otros pensamientos en mente, como viajar, estudiar lo que me gusta, independizarme. Estoy muy contenta.”*

Finalmente, al preguntársele por las relaciones de amistad, reconoce que ese área no lo ha abonado lo suficiente durante los años pasados y lo tiene como asignatura pendiente. Se le recuerda que las crisis se atraviesan con mayor facilidad teniendo apoyos, otros puntos de vista, las experiencias de otros... por lo que se le anima a que esté atenta a las personas importantes que pasen por su vida y las cuide como se merecen.



## Resultados de ambos casos

La recogida de información de la post-evaluación en cada uno de los casos se llevó a cabo al finalizar la última sesión, en una sala anexa al lugar en el que se desarrolló la terapia. Además de recoger los resultados posttest, en algunas pruebas también se recogen las puntuaciones pretest a modo ilustrativo para una mejor comparación.

*Escala de Experiencia del Yo (EOSS) (Parker, Beitz & Kohlenberg, 1996)*

Una vez acabada la intervención con ambas pacientes, las puntuaciones obtenidas en la post-evaluación han sido las siguientes:

Tabla 9.

*Comparativa pre y post evaluación de ambas pacientes en la Escala de Experiencia del Yo (EOSS).*

SECCIONES	PUNTUACIÓN DIRECTA POSTEST		PUNTUACIÓN DIRECTA PRETEST	
	R.C.	R.S.	R.C.	R.S.
<b>SECCIÓN 1. Forma global o general de la experiencia del yo.</b>	19	14	22	19
<b>SECCIÓN 2. El yo referido a la expresión de necesidades, actitudes, acciones y opiniones en relación a personas conocidas.</b>	10	11	12	20
<b>SECCIÓN 3. El yo referido a la expresión de necesidades, actitudes, acciones y opiniones en relación a seres queridos y relaciones estrechas.</b>	10	11	21	32
<b>SECCIÓN 4. Concepción del yo creativo.</b>	26	30	25	29
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	65	66	80	100

Como puede comprobarse a primera vista, en esta segunda evaluación las puntuaciones han bajado en las secciones 1, 2 y 3 así como en la puntuación total, a excepción de la sección 4, en la que ambas pacientes han obtenido un punto más. Recordemos que altas puntuaciones en las distintas secciones indican un elevado control público del yo (yo social) sobre el contexto que se está evaluando en esa sección, por tanto, puede deducirse que ambas pacientes han mejorado con respecto al control privado de su yo, viéndose fortalecido en casi todas las secciones, aunque aún mostrándose sensibles a las críticas de las personas con las que mantienen una relación estrecha (sección 4). No hay ítems que destacar en la post-evaluación en ninguno de los dos casos.

*Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1983)*

Los resultados de ambas pacientes tras la post-evaluación, así como los resultados de la pre-evaluación se han enmarcado en la siguiente tabla para una mejor visualización:

Tabla 10.

*Comparativa pre y post evaluación de ambas pacientes en el Inventario de Síntomas SCL-90-R.*

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN T POSTEST		PUNTUACIÓN T PRETEST	
	R.C.	R.S.	R.C.	R.S.
<b>Somatizaciones</b>	24	36	61	64
<b>Obsesiones y compulsiones</b>	26	39	62	56
<b>Sensitividad interpersonal</b>	29	41	46	44
<b>Depresión</b>	37	29	66*	56
<b>Ansiedad</b>	40	37	63	64
<b>Hostilidad</b>	33	33	57	58
<b>Ansiedad fóbica</b>	42	45	55	60
<b>Ideación paranoide</b>	41	37	46	41
<b>Psicoticismo</b>	35	35	49	51

En ambas pacientes la puntuación total ha disminuido destacablemente con respecto a la evaluación al inicio de la terapia y todas las puntuaciones son notoriamente bajas. Estas puntuaciones muestran una disminución en la intensidad de los síntomas evaluados, y una mejoría global en el estado de salud de las pacientes.

En el caso de R.C., la puntuación T en el índice de Severidad Global (IGS) es de 22 (vs. 59 en pretest) lo que quiere decir que su nivel de malestar general ha disminuído; la puntuación T en el Malestar Sintomático positivo (PSDI) es de 29 (vs. 57 en pretest) lo que viene a significar que la intensidad sintomática se ha rebajado; y la puntuación T en Síntomas Positivos (SP) es de 26 (vs. 57 en pretest), por tanto, no hay simulación por parte de la paciente.

En el caso concreto de R.S., la puntuación T en el índice de Severidad Global (IGS) es de 26 (vs. 59 en pretest) lo que quiere decir que su nivel de malestar general ha disminuído; la puntuación T en el Malestar Sintomático positivo (PSDI) es de 33 (vs. 57 en pretest) lo que viene a significar que la intensidad sintomática se ha rebajado; y la puntuación T en Síntomas Positivos (SP) es de 28 (vs. 57 en pretest), por tanto, no hay simulación por parte de la paciente.

### **1.- Resultados individuales de R.C.**

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, Davis y Millon, 2007).*

Hay que recordar que en este inventario, puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de indicios de problemas clínicos, y mayores de 85 indican presencia de trastorno.

En la post-evaluación, R.C. sigue mostrando una puntuación muy elevada en deseabilidad social (más de 85 puntos); se ha reducido la puntuación en el patrón clínico de la personalidad compulsivo (ha bajado de más de los 80 puntos hasta los 75, justo en el límite para ser considerado indicio de problema clínico); y muestra una alta puntuación que indicaría presencia de trastorno en el patrón clínico de personalidad histriónica, con más de 85 puntos. El resto de puntuaciones han disminuido aún más en comparación con la pre-evaluación, destacando la casi ausencia de depresión mayor en el postest. Sin embargo, ha aumentado el patrón de personalidad narcisista (aunque sin llegar a puntuaciones que indiquen problemas clínicos). También es importante destacar que en comparación con el pretest, ha desaparecido la devaluación (dentro de las escalas de validez).

Según el informe interpretativo de R.C., *“a no ser que esta paciente sea una adulta con un funcionamiento global adecuado que actualmente está atravesando por situaciones estresantes leves, sus respuestas indican un esfuerzo por presentar una fachada socialmente aceptable y resistencia para admitir dificultades personales. Predisposición a ver los problemas psicológicos como un signo de debilidad emocional o moral, la paciente puede negar cualquier síntoma o rasgo de su personalidad para protegerse. Esto probablemente refleje una preocupación general a ser evaluada negativamente por los demás o una suspicacia significativa hacia los motivos ocultos de la evaluación psicológica. Aunque los resultados obtenidos en el MCMI-III han sido ajustados para compensar esta dificultad defensiva, el perfil general de la paciente puede seguir estando parcialmente distorsionado. Una interpretación basada en procedimientos interpretativos estándares puede ser razonablemente válida, pero puede fallar en representar ciertas características de los trastornos presentes o del carácter de esta paciente.”*

Así mismo, añade *“Las puntuaciones de TB (tasa base) informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la baja auto-divulgación, indicada por las bajas puntuaciones en sinceridad y la reacción defensiva sugerida por la importancia de los Patrones de Personalidad, escala de histrionismo.”*

Como ítem destacado se observa *“Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener”*, que ha sido marcado como verdadero y que estaría encuadrado en el apartado de alienación interpersonal. Una interpretación sobre la actitud de R.S. en el desempeño de este inventario se ofrece en la discusión.

## **2.- Resultados individuales de R.S.**

### *Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) (Ruiz et al., 2013)*

Tras la intervención, en dicha escala, R.S. obtiene 22 puntos (vs. 48 puntos en pretest), lo que representa un 20% de la puntuación total (vs. 63'33% en pretest). Dicho porcentaje corresponde a un nivel bajo de evitación experiencial, es decir, que R.S. lleva a cabo menos conductas tendentes a la evitación experiencial del malestar que antes de empezar la intervención. Se ha mejorado, por tanto, la flexibilidad psicológica de la paciente y su disposición a no escapar de las situaciones aversivas si éstas están en el camino de sus valores.

Como ítem significativo y claramente representativo de este cambio de actitud, destaca: “Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables”, un ítem que ha pasado de tener 2 puntos (rara vez cierto) en la pre-evaluación a tener 4 puntos (algunas veces cierto) en esta post-evaluación.

*Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3) (Taylor et al., 2007)*

Una vez finalizada la terapia, R.S. obtiene en esta prueba las siguientes puntuaciones:

Tabla 11.

*Resultados de R.S. en la escala Anxiety Sensitivity Index - 3 (ASI-3).*

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN DIRECTA POSTEST	PORCENTAJE POSTEST	PUNTUACIÓN DIRECTA PRETEST	PORCENTAJE PRETEST
Física	0	0%	10	41'67%
Cognitiva	0	0%	6	25%
Social	2	8'3%	7	29'17%

Las puntuaciones de R.S. son destacablemente bajas en las tres facetas de la sensibilidad a la ansiedad, lo que quiere decir que el nivel de ansiedad en estas tres dimensiones es casi nulo. En la pre-evaluación, R.S. nunca obtuvo puntuaciones altas en ninguna de las dimensiones aunque eran las manifestaciones físicas de su nerviosismo las que más le incomodaban. Ahora, sin embargo, hay ausencia total de cualquier atisbo de preocupación con respecto a sus reacciones físicas. Esto no quiere decir que tales reacciones no existan, sino que su grado de preocupación por las mismas en el momento de la post-evaluación es nulo.

En esta prueba no hay ítems a destacar, pues R.S. puntúa casi todos con 0 (Nada o casi nunca). Los dos ítems en los que ha puntuado algo distinto a 0 y que han generado ese porcentaje en el postest tienen que ver con la apariencia que muestra R.S. en el ámbito social: “Para mí es importante no dar la impresión de estar nerviosa” y “Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público”. Ambos ítems han sido marcados con “Un poco”

*White Bear Suppression Inventory (WBSI) (Wegner & Zanakos, 1994)*

R.S. obtiene 15 puntos en este cuestionario (vs. 61 puntos en pretest), equivalente a un 0% (vs. 76'67% en pretest) debido a que en todos los ítems ha puntuado “Totalmente en desacuerdo” y es la puntuación mínima que puede obtener, lo que supone no se da ningún tipo de supresión de pensamientos ni ningún intento por no querer estar deprimida. Es notable, por tanto, la mejoría de la paciente con respecto a la relación que tiene con sus eventos privados, concretamente con sus pensamientos. Se la puede definir como una relación mucho más saludable en la que no intenta suprimir ni evitar sus pensamientos, sino que simplemente los reconoce y los deja estar.

### *Mindful Attention Awareness Scale (MASS) (Brown & Ryan, 2003)*

R.S. obtiene 89 puntos en esta escala (vs. 70 puntos en pretest), lo que supone un 98'67% (vs. 73'33% en pretest) de estado mindfulness, es decir, que la paciente ha aumentado exponencialmente su nivel de atención y consciencia a la experiencia del momento presente en su día a día desde que empezó la terapia. R.S. ha puntuado con "Casi nunca" casi todos los ítems de la escala, por lo que no hay ninguno que destacar.

Además, ambas pacientes se han mostrado muy satisfechas y agradecidas al completar la encuesta de satisfacción del servicio realizado en la Unidad de Atención Psicológica.

## **Discusión**

### *Crítica a los sistemas diagnósticos.*

Resulta cuanto menos curioso, que siguiendo el sistema de clasificación nosológico, no se pueda emitir un diagnóstico unificado para un mismo cuadro clínico. Concretamente, por las características topográficas del caso R.C., esta paciente se encuentra en un estado de ansiedad latente y permanente desde hace unos meses, habiendo sufrido inquietud, dificultad para concentrarse e irritabilidad (solamente por mencionar aquellas manifestaciones sintomáticas que se recogen en los criterios diagnósticos), y habiendo llegado a sufrir una crisis de angustia situacional en una ocasión en la que estaba en la biblioteca de la universidad. Según el DSM-V la paciente podría ser diagnosticada con ansiedad generalizada al cumplir todos los criterios diagnósticos, en cambio, si se tuviesen en cuenta los de la CIE-10, R.C. no podría ser diagnosticada con ansiedad generalizada por carecer de los rasgos de tensión muscular e hiperactividad vegetativa imprescindibles para el diagnóstico, ya que la ansiedad de R.C. es latente. La idea de hacer esta observación es dar cuenta de que una misma paciente con un mismo cuadro clínico quedaría recogida en un sistema diagnóstico y descartada en otro por motivos totalmente distintos, teniendo en cuenta que es un diagnóstico que forma parte de un mismo sistema clasificatorio.

Si nos fijamos en las características topográficas de R.S., presenta un cuadro de ansiedad generalizada con numerosas crisis de angustia inesperadas, puesto que las crisis no están relacionadas con estímulos ambientales y se hace muy complicado relacionar el inicio de las mismas con un desencadenante situacional concreto (externo o interno). Si atendemos a los criterios diagnósticos, según el DSM-V R.S. cumple todos los criterios (incluyendo la inquietud, fatiga, tensión muscular y problemas de sueño). Con respecto a la CIE-10, se ve patente en R.S. el criterio de no ser ansiedad limitada a alguna circunstancia ambiental en particular y a dominar en el conjunto de su vida. Asimismo, R.S. presenta rasgos de aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa. En cambio, aunque el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada sería unánime en este caso, este hecho no ha aportado nada relevante al tratamiento y se ha podido intervenir en ambos casos sin necesidad de evidenciar un diagnóstico formal, sino simplemente atendiendo a la funcionalidad de la conducta problema y trabajando sobre aquellas variables mantenedoras del problema, motivo

por el que se está comentando el diagnóstico de ambas pacientes en la discusión, y no tras el análisis funcional de cada caso.

Por tanto, dependiendo del sistema clasificatorio que utilizáramos en nuestro quehacer profesional, encontraríamos con más o menos frecuencia personas con un diagnóstico determinado, y es que está investigado que el grado de concordancia entre ambos sistemas es moderado, como ya se mencionó en la introducción. Concretamente en el caso que aquí nos ocupa, la CIE-10 ofrece mayor laxitud para hacer un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada debido a que los requisitos son más leves. También resulta contradictorio que en la CIE-10 no sea requisito imprescindible que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar, cuando precisamente, si se atiende a los modelos psicológicos explicativos del origen y mantenimiento de la ansiedad, puede comprobarse que la aparición excesiva e incontrolable de preocupaciones es la principal diferencia entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad patológica. Por el contrario, la CIE-10 se centra en los síntomas somáticos. Esto sólo puede explicarse teniendo en cuenta que la CIE-10 es un sistema clasificatorio más influenciado por el modelo médico psiquiátrico que psicológico.

### *Aspectos explicativos del origen y mantenimiento de la ansiedad.*

Aunque ambos casos tengan sintomatología similar y diagnósticos aparentemente idénticos, el conjunto de sus dificultades es propio e idiosincrásico, y en este trabajo se quiere destacar la importancia de atender a criterios ideográficos a la hora de trabajar conjuntamente con las pacientes en lugar de atender a criterios nomotéticos, puesto que la intervención aquí presentada se ha visto determinada por las características particulares de la historia individual de cada paciente en lugar de estar determinada por un puñado de síntomas que se limitan a reflejar la forma del problema.

No se ha podido comprobar en ninguno de los dos casos la carga genética de ansiedad generalizada, por tanto, en este trabajo no se va a discutir sobre la vulnerabilidad biológica. Solamente se va a incidir sobre lo que ha supuesto la carga ambiental en las problemáticas descritas. Ambas pacientes muestran vulnerabilidad psicológica al comienzo de la terapia; tienen la percepción de que los eventos negativos/amenazantes son impredecibles e incontrolables, y acuden a la misma con la intención de recibir herramientas que les ayuden a controlar y hacer predecibles los eventos amenazantes, devolviéndoles así la tranquilidad que tanto ansían.

En el caso de R.S. se cumplía a medida el modelo propuesto por Bados (2015) para explicar el origen de la ansiedad, ya que como señaló éste, el hecho de haber pasado por eventos muy estresantes como los que vivió a lo largo de su adolescencia en la casa de sus padres, la falta de afecto que mostraron con ella, haber tenido una madre con trastornos ansiosos o depresivos y haber tenido que cuidar de sí misma en la adolescencia y de sus padres cuando aún era muy joven, fueron agentes psicosociales tan estresantes que, como señaló Tobeña (1986), generaron tal confusión en R.S. que no supo discriminar la señal ambiental, presuponiéndola de manera continua y expectante. Así mismo, se ha podido explicar el mantenimiento de la ansiedad en R.S. por el mismo modelo de Bados (2015) quien postuló que la persona que hubiese sufrido esos factores estresantes en la juventud, mantendría la ansiedad con el paso de los años al anteponer en la adultez el cuidado de los seres queridos al cuidado propio para obtener el amor y aprobación que no se obtuvo en el pasado. Finalmente, en R.S. se manifestó esa ansiedad con respuestas fisiológicas tan llamativas y desagradables que la hicieron estar cada vez más hipervigilante a las señales de amenaza para prevenir que llegasen a su máximo apogeo, resultando esto en una evaluación constante de su

activación fisiológica. Por tanto, en R.S. surgió la conducta ansiosa como respuesta desadaptativa que manifestó descontrol sobre la amenaza (la amenaza era no poder llevar la vida que deseaba) sobretodo teniendo en cuenta que el entorno estresante y amenazador (el entorno familiar) seguía muy presente.

Las estrategias de afrontamiento que utilizó R.S. como variables de protección psíquica fueron: buscar apoyo social en el entorno próximo (concretamente en su prima, en la que pudo hallar un lugar seguro de validación del desahogo) y la oposición a la situación ansiógena (evitando estar en casa de sus padres durante la adolescencia, desinhibiéndose con sus amistades, culpando a su padre del malestar familiar, con lagunas en los recuerdos, racionalizando y justificando las conductas de sus padres, etc.).

En el caso de R.C., la intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional han sido los factores destacados por los que se ha generado y mantenido la ansiedad, tal y como postularon Ladouceur, Talbot y Dugas (1997). La sobreprotección paterna a lo largo de su educación ha fomentado que R.C. no se haya visto expuesta a situaciones de incertidumbre y que su estado emocional haya sido plano, generándole seguridad por la predecibilidad de los nuevos sucesos. La ausencia de sobresaltos en su vida hizo que ante un escollo de determinada magnitud, tal y como señalaron Buhr y Dugas (2002) las posibilidades de fracaso se mostrasen inaceptables, y que R.C. considerase necesario evitar esa incertidumbre tan poco habitual para ella debido al estrés y la frustración que le generaban. Continuando con el modelo de Dugas y Robichaud (2007) la intolerancia a la incertidumbre contribuyó en R.C. al desarrollo y mantenimiento de preocupaciones y ansiedad al facilitar los sesgos cognitivos (como la demanda continua de información al terapeuta para tomar decisiones, exageración de la probabilidad de suspender y de las consecuencias que esto tendría para el resto de su vida, etc.); la orientación negativa hacia los problemas (pensando que no sería capaz de seguir adelante, y que no sería capaz de controlar la situación y su malestar, etc.); las creencias de que las preocupaciones eran útiles (verbalizó que si no se preocupada y decidía pronto, no sabría qué hacer con su vida, y esto era catastrófico, etc.); y el empleo de estrategias de evitación (realizando actividades que le impidiesen quedarse en casa pensando sobre su situación y notando su malestar emocional).

Con respecto a la parte emocional, R.C. siempre mostró dificultades en identificar, describir y aceptar sus emociones (esto quedó reflejado en las numerosas ocasiones en las que respondió con “no sé” ante preguntas dirigidas a valorar su estado emocional, así como en el ejercicio experiencial realizado en sesión en el que fue confrontada con su situación emocional. Fue esta intolerancia a las propias emociones las que facilitaron en R.C. el empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para regular la intensidad del afecto negativo experimentado. El mecanismo de defensa que ha utilizado R.C. para hacer frente a la ansiedad ha sido la oposición a la situación o al agente ansiógeno (negándose a tratar el tema que le preocupa, distrayéndose con actividades, no contactando con sus temores, encasillando las experiencias aversivas y manteniéndolas en el plano racional). Esta estrategia cognitiva de afrontamiento pretendió cambiar atribuciones, restarle intensidad al problema y no enfrentarle al mismo manteniéndolo en el plano racional, ofreciéndole a R.C. una falsa convicción de mayor control sobre la situación ansiógena y sus emociones.

Durante la terapia, en ambos casos las preocupaciones se mantuvieron latentes en los pensamientos de las pacientes debido a que la situación aversiva no hubo cambiado, no surgieron mayores preocupaciones que copasen toda su atención en ese momento ni dejaron de considerar útiles las preocupaciones hasta llegar a las últimas sesiones, en las que las propias pacientes se

sorprendieron de la poca importancia que tenía el motivo de sus preocupaciones iniciales. Es en ese momento cuando las preocupaciones clínicas empezaron a asemejarse a las no clínicas (se vieron capaces de terminar con las preocupaciones cuando ellas mismas se lo proponían, reevaluaron las amenazas de forma realista y formularon planes de acción que les permitió resolver los problemas a los que se enfrentaban, sin que fuese el terapeuta el que les señalase lo que hacer).

### *Cuestiones relativas a la intervención.*

Este trabajo no ha incidido en las características de la personalidad de las pacientes de forma exhaustiva, y aunque R.C. sí fuese evaluada con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, los resultados (pre y post) de esta prueba no tuvieron un peso significativo durante la intervención, aunque sí se ha realizado un breve análisis de la personalidad en los resultados de la prueba. No obstante, aunque no se hayan tomado más medidas objetivas de la personalidad de las pacientes, durante las sesiones se ha podido observar que ambas cumplen el perfil característico de personas con ansiedad generalizada descrito por Rapee (1995): ambas se muestran perfeccionistas, dependientes (R.S. lo es del afecto y R.C. de la imagen que tienen de ella) y aunque ambas se muestran con habilidades asertivas, no manifiestan lo que verdaderamente piensan y quieren. Estas características de la personalidad podrían haber sido favorecidas por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos (que concuerda con las descripciones que han ido haciendo las pacientes de sus progenitores a lo largo de las sesiones) tal y como señala el mismo autor. Dichas características de la personalidad han dificultado las habilidades para orientarse a la solución de los problemas: no supieron reconocer los problemas e hicieron atribuciones inadecuadas (ninguna de las dos pacientes supo enunciar el motivo de su malestar y ninguna de las dos implicó a terceros en el origen o mantenimiento de sus problemas), no se sintieron capaces para resolverlos, tuvieron una visión pesimista de la solución de los mismos, etc. Con lo que su actitud no fue favorable a actuar para cambiar el contexto generador de ansiedad.

Con respecto a la intervención realizada sobre la ansiedad, con ambas pacientes existieron dos ámbitos de trabajo: por un lado identificar las facetas de la vida de cada una de ellas que no estaban funcionando como ellas querían y que no les permitían actuar de otra manera (porque primero se hace necesario cambiar el contexto), y por otro, analizar cuánto recorrido tenía esa ansiedad en sus vidas y cómo han ido abordando su forma de relacionarse con las diferentes facetas de su vida (qué hizo que surgiese la ansiedad y qué cambios produjo el hecho de que existiese la ansiedad). Como se explicó en la introducción, la ansiedad siempre surge por algún motivo, es secundaria a un miedo primario que permite que ésta aparezca y que desemboca en que la vida se dirija a evitar esa ansiedad. Por tanto, la intervención principal en ambos casos fue ir explorando psicológicamente qué función tenía la ansiedad en la vida de cada una de las pacientes.

Se hace necesario destacar que, aunque en ambos casos se intervino desde la terapia de aceptación y compromiso, no se llevó a cabo un protocolo puro de ACT en el caso R.S. porque dicha terapia está especialmente ajustada a personas que muestran un patrón de evitación experiencial crónico; tal y como señalan Wilson y Luciano (2012) “como un patrón rígido de interacción con el medio privado, un patrón que responde a la fusión cognitiva y a las dificultades en establecer el distanciamiento de los contenidos del yo”. Aunque R.S. estuvo años experimentando importantes picos de ansiedad comparado con los meses que estuvo experimentándola R.C., cuando llegó a terapia el funcionamiento cotidiano de R.S. no había caído aún en la evitación experiencial de las



situaciones en las que la ansiedad se estaba extendiendo, así que no había un patrón cronificado ni persistente de evitación

El trabajo que se hizo con ACT en R.S. fue preventivo, para trabajar conceptos como la lucha y el control (primero, para quitarle importancia a la aparición de los síntomas, y segundo, para que no tratase de hacer cosas para evitar la aparición de los síntomas, es decir, que no controlase ni indirecta ni directamente su ansiedad). A R.S. le habían aparecido potentes crisis de ansiedad como resultado de una situación vital experimentada como estresante, pero no se intervino directamente sobre la ansiedad porque bajo estas circunstancias, era inaudito pretender que la paciente no experimentase tal malestar, surgido como respuesta normal y adaptativa. Por tanto, en su caso reducir la ansiedad no sólo no hubiese ayudado a solucionar el problema, sino que además hubiese empeorado la situación, porque los factores estresantes se hubiesen mantenido y se hubiera castigado su respuesta natural.

Lo que principalmente hizo el terapeuta en la mayor parte de la intervención y de forma transversal fue explorar todas las áreas vitales de R.S., identificar las variables generadoras de tensión y angustia y comprobar el ajuste de la paciente a sus valores. R.S. tenía en su vida muchas situaciones generadoras de tensión que debía aprender a manejar, y para aprender a decidir posicionarse primero tuvo que identificar esas áreas. La propia exploración facilitó la aparición de cambios, porque el contexto terapéutico se convirtió en un entorno donde se le validó su situación, se le permitió hablar, se acogió sin juicio de valor aquello que le ocurría y donde se le dieron algunas indicaciones para que se permitiese sentir rabia, defenderse, posicionarse, marcar límites, etc. Todo esto rebajó la tensión general y sirvió como vía de escape de la presión acumulada. Y a pesar de que el terapeuta sostuvo y advirtió que lo más probable era que esos cambios no se mantuviesen en el tiempo, lo cierto es que fueron un importante reforzador para la nueva actitud de R.S. a la hora de enfrentarse a nuevos retos que le generaban preocupación e incertidumbre.

### *Cambios y resultados terapéuticos.*

Para finalizar, es necesario hacer referencia a los resultados obtenidos por ambas pacientes al concluir el proceso terapéutico. De forma genérica, se han observado cambios en los patrones de conducta de ambas pacientes una vez ha concluido la intervención, y esto se traduce en que han disminuido progresivamente las conductas de evitación tanto en las sesiones como en la vida diaria, se han llegado a alcanzar los objetivos propuestos y se observa una mayor calidad de vida en el seguimiento de ambas pacientes.

De forma específica, comparando los resultados pre y post evaluación se puede comprobar cómo en las dos escalas evaluadas, R.C. ha disminuído la sintomatología depresiva (aunque no hubiera grandes acusaciones de malestar) y han aparecido mejoras en todas las dimensiones. Sin embargo, según el MCMI-III R.C. muestra una puntuación muy elevada en deseabilidad social, algo que no ha cambiado en la post-evaluación, lo que podría dar indicios de querer dar desde el principio una imagen más positiva de la que realmente posee. Aunque no es significativa, la autodevaluación ha decaído de una evaluación a otra (se valora muy positivamente, incluso más de lo que objetivamente pudiera parecer), y es llamativo cómo ha disminuído la compulsividad casi en la misma proporción que ha aumentado el patrón histriónico de una evaluación a otra, a la vez que ha aumentado el patrón narcisista de la personalidad (aunque con puntuaciones dentro de la normalidad). Esto podría significar que su patrón de personalidad se había visto afectado en un inicio

por las preocupaciones que empezaba a experimentar con respecto a las oposiciones y la ansiedad, y una vez superado el escollo, tras la intervención, se habría restaurado el patrón de personalidad original de R.C., el cual siempre habría sido predominantemente histriónico con tendencias compulsivas y narcisistas, y con la necesidad de mostrar siempre una buena imagen ante los demás (y muy posiblemente ante sí misma). En el propio informe del MCMI-III se advierte de que las respuestas de la paciente pueden indicar una necesidad de aprobación y reconocimiento social o un déficit de introspección y contacto psicológico con los eventos privados. Esta interpretación no es muy diferente de la que se hace en la post-evaluación, y además se sugiere que es muy posible que R.C. vea los problemas psicológicos como signo de debilidad emocional, y niegue cualquier síntoma o rasgo de su personalidad para protegerse, como una actitud defensiva hacia la evaluación. Por tanto, los resultados de R.C. (al menos en esta prueba) parecen estar distorsionados. Además, como ítem destacable en esta post-evaluación, R.C. señala “Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener” que ha sido marcado como verdadero, lo que corrobora en cierta medida esta interpretación. No obstante, la deseabilidad social también se ha evaluado pre y post intervención con el SCL-90-R y, sin embargo, las puntuaciones de R.C. no señalan deseabilidad social ni actitud de fingimiento.

Por otra parte, se puede hacer hincapié en cómo ha disminuído en R.S. el control social del yo referido a la expresión de necesidades, actitudes, acciones y opiniones en relación a seres queridos y relaciones estrechas (aunque sigue mostrándose sensible a las críticas de aquellas personas que son significativas en su vida); ha disminuído notablemente la intensidad de los síntomas evaluados (sobretudo en somatizaciones, ansiedad y ansiedad fóbica) y el malestar general percibido; su nivel de evitación experiencial ha disminuído (lleva a cabo menos conductas tendentes a la evitación experiencial del malestar que antes de empezar la intervención) y ha mejorado su flexibilidad psicológica; su nivel de ansiedad física, cognitiva y social es casi nulo; se muestra mucho más receptiva a reconocer y aceptar sus eventos privados sin necesidad de suprimirlos; y ha aumentado exponencialmente su nivel de atención y consciencia a la experiencia del momento presente.

Pero ante todo, en ambas pacientes se puede observar la mayor y más significativa mejora, y es que ambas están llevando la vida que quieren llevar, a pesar de las dificultades que puedan llegar a encontrar en el camino, debido a que es un camino elegido por ellas en lugar de elegido para ellas. Así, sus síntomas de ansiedad, secundarios a un miedo primario, se han reducido sustancialmente cuando el problema primario se ha solventado. En conclusión, se puede observar a rasgos generales que ambas pacientes han mejorado su bienestar emocional, psicológico y social tras haber recibido terapia en la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería, quedándose así mismo satisfechas con la atención recibida, tal y como reflejan las encuestas de satisfacción de los servicios psicoterapéuticos que han cumplimentado al terminar la terapia.

## Referencias

- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L., & Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 165-176.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2015). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington, EEUU: Arlington, VA.
- Andor, T., Gerlach, A. L., & Rist, F. (2008). Superior perception of phasic physiological arousal and the detrimental consequences of the conviction to be aroused on worrying and metacognitions in GAD. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 193-205.
- Andrews, G., Hobbs, M., Borkovec, T., Beesdo, K., Craske, M., Heimberg, R., ...Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27, 134-147.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31, 110-130.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Bados, A., García, S., & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York, EEUU: Guilford.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & DiNardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.

- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 23*, 551-570.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of anxiety. In G.C.L. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Nueva York, EEUU: Wiley.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York, EEUU: Guilford.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 611-619.
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 883-888.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 835-844.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 931-945.
- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I., & Gelder, M. G. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry, 151*, 535-542.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I., & Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*(1), 17-20.
- Caballo, V. E., & Mateos, P. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual, 8*(2), 173-215.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema, 11*, 1-12.

- Carrasco, J. L. (2013). Análisis comparativo de costes del inicio de terapia con pregabalina o ISRS/ISRN en pacientes resistentes a las benzodiazepinas con trastorno de ansiedad generalizada en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(3), 164-74.
- Casullo, M. M. (1999). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Departamento de Publicaciones, Universidad de Buenos Aires*. Obtenido de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_sintomas.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf)
- De Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 647-656.
- Deffenbacher, J. L., & Suinn, R. M. (1987). Generalized anxiety syndrome. In L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. Nueva York, EEUU: Guilford.
- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90-R*. Baltimore, EEUU: John Hopkins University Press.
- DiMauro, J., Domínguez, J., Fernández, G., & Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 82-86.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. In V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid, España: Siglo XXI.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York, EEUU: Routledge.
- Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K., & Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38, 169-178.
- Estella, F. G., Rodríguez, J. Z., Castro, J. V., Rodríguez, V. M. G., & De la Torre, F. T. (2008). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad* (2ª Edición). Madrid, España: International Marketing y Communications.

- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2a. ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Ghasemi, N., Kalantari, M., Asghari, K., & Molavi, H. (2014). Factor Structure, Validity and Reliability of the Persian version of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ –II –7). *International Journal of Education and Research*, 2(9). Obtenido de <http://www.ijern.com/journal/2014/September-2014/08.pdf>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, & M., Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-51.
- Hayes, S., & Hirsch, C. R. (2007). Information processing biases in generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6, 176-182.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16300724>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, EEUU: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. In M.M. Antony, & M.B. Stein, (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). Nueva York, EEUU: Oxford University Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. (2008). FAP. Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Málaga, España: Ciencia Biomédica.
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M.J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 373-398.
- Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Marcus, D. K., Sawaqdeh, A., & Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*, 215, 366-371.

- Marqueta, A., Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2010). Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una unidad de tabaquismo. *Adicciones*, 22 , 317-324.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III), Manual*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Navas, W., & Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, lxxix , 497-507.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J., & Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder versus Panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Madrid, España: MEDITOR.
- 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.
- Pastor, J. (2008). La ansiedad secundaria en un paciente con trastorno de pánico. *Apuntes de Psicología*, 26, 103-116.
- Portman, M. E., Starcevic, V., & Beck, A. T. (2011). Challenges in assessment and diagnosis of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41, 79-85.
- Rapee, R. M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. In V. E. Caballo, G. Buela-Casal, & J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid, España: Siglo XXI.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, M. C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Ruscio, A. M., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P. E., Stein, D. J., Wittchen, H. U., & Kessler, R.C. (2005). Should excessive worry be required for a diagnosis of generalized anxiety disorder? Results from the US National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 35, 1761-1772.

- Sanderson, W. C, Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1025-1028.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *12*(2), 91-104. Obtenido de [http://aepcp.net/arc/02\\_2007\(2\)\\_Sandin\\_et\\_al.pdf](http://aepcp.net/arc/02_2007(2)_Sandin_et_al.pdf)
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 150-162.
- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2006). *The cognitive avoidance theory of worry*. Nueva York, EEUU: Wiley.
- Slade, T., & Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: Discrepant diagnoses and associated disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 45-51.
- Stapinski, L. A., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2010). Evaluating the cognitive avoidance model of generalised anxiety disorder: Impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 1032-1040.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R.,... Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, *19*(2), 176-188. doi: 10.1037/1040-3590.19.2.176
- Tobeña, A. (1986). *Trastornos de ansiedad: Orígenes y tratamiento*. Barcelona, España: Alamex.
- Tomás-Sábado, J. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte: Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Barcelona, España: Herder Editorial.
- Valero, L., Ferro, R., López, M. A., & Selva, M. A. (2014). Psychometric properties of the Spanish versión of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, *26*(3), 415-422. doi: 10.7334/psicothema2014.15
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*(3), 239-260.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, *62*(4), 615-640. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>



- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, EEUU: Guildford.
- White, J., Keenan, M., & Brooks, N. (1992). Stress control. *Behavior Psychology*, 201, 97-114.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.