



**Universidad
Europea MADRID**

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN
CASO DE CELOS OBSESIVOS”**

Máster de Psicología General Sanitaria

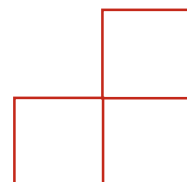
Autora: Susana Pampín Sánchez

Tutora: Eva María Sánchez Morla

28 de febrero de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

El Trastorno de celos obsesivos se experimenta de manera egodistónica, la persona los ve como intrusivos, excesivos e infundados, pero es incapaz de evitar comportamientos compulsivos como la comprobación. Se engloban en la categoría “Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados” (APA, 2013), pero también podría considerarse como un trastorno de evitación experiencial pues la persona no acepta ciertos eventos privados (p.ej., la sensación de incertidumbre y ansiedad) evitándolos experiencialmente mediante la puesta en marcha de diferentes estrategias desadaptativas para eliminarlos o controlarlos. Los pacientes obsesivos se caracterizan también por un elevado nivel de fusión cognitiva y por tener poca capacidad para pensar de forma flexible. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia de tercera generación que ya ha demostrado su éxito en otros problemas de salud y que puede ofrecer una alternativa a las intervenciones predominantes hasta el momento. Su intervención se dirige principalmente a generar mayor flexibilidad psicológica, disminuyendo la evitación experiencial y la fusión cognitiva, barreras que le impiden seguir la dirección a sus valores a los pacientes que tienen este tipo de patología. Debido a esto, a su gran comorbilidad con otro tipo de trastornos y a la elevada tasa de rechazo de la técnica de exposición y prevención de respuesta para su tratamiento, se plantea en este estudio una intervención breve de ACT combinada con mindfulness, para mejorar tanto la flexibilidad psicológica como la adherencia terapéutica. Los resultados del estudio, aunque no alcanzan los niveles de significación, muestran mejorías. Sin embargo, es necesario llevar a cabo más estudios en esta línea que apoyen los resultados encontrados.

Palabras clave: ACT, evitación experiencial, flexibilidad psicológica, fusión cognitiva, mindfulness, trastorno de celos obsesivo

Abstract

Obsessive Jealousy Disorder is experienced in an egodystonic manner. The person perceives jealousy as intrusive, excessive and unfounded, but at the same time is unable to avoid compulsive behaviors such as checking. These patients are encompassed in

the category "Other obsessive-compulsive and related disorders specified" (APA, 2013), but could also be considered as an experiential avoidance disorder as the person does not accept certain private events (e.g., uncertainty and anxiety feelings), experientially avoiding them by implementing different maladaptive strategies to eliminate or control these events. Obsessive patients are also characterized by a high level of cognitive fusion and a poor ability to think flexibly. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a thirdgeneration therapy that has already proven successful in other health problems and can offer an alternative to the predominant interventions to date. Its intervention is mainly aimed at generating greater psychological flexibility, decreasing experiential avoidance and cognitive fusion, barriers that prevent the patient from following the direction of his or her values. Due to this, to its high comorbidity with other types of disorders and to the high rate of rejection of the exposure and response prevention technique for its treatment, a brief ACT intervention combined with mindfulness is proposed in this study to improve both psychological flexibility and therapeutic adherence. The results of the study, although they do not reach significance levels, demonstrate improvements. However, it is necessary to carry out more studies in this line to support the results found.

Key words: ACT, cognitive fusión, experiential avoidance, mindfulness, Obsessive Jealousy Disorder, psychological flexibility.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo
- DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión 5
- ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso
- TEE: Trastorno de Evitación Experiencial
- TCC: Terapia Cognitivo Conductual
- ERP: Terapia de exposición con prevención de respuesta
- TMR: Teoría del Marco Relacional

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO

1. Introducción.....	6
1.1. Conceptualización Trastorno de celos obsesivos	6
1.2. Terapias de Tercera Generación	10

CASO CLÍNICO

2. Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3. Estrategias de valuación	15
4. Formulación clínica del caso.....	18
4.1. Análisis Funcional del problema	18
4.2. Objetivos e hipótesis.....	21
6.Tratamiento	23
6.1. Metodología.....	23
6.2. Intervención.....	23
7.Valoración del tratamiento	30
7.1. Adherencia al tratamiento	30
7.2. Medidas pre y post tratamiento	33
8.Discusión y conclusiones.....	37
• 8.1. Discusión	37
• 8.2. Conclusiones	40
9.Referencias bibliográficas	41
10.Anexos	45

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptualización Trastorno de celos obsesivos

Echeburúa y Fernández-Montalvo (2001) describen los celos como “un sentimiento o una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva y cuya base es la infidelidad- real o imaginada- de la persona amada”. Como el resto de emociones, los celos no son patológicos en sí mismos. Los celos moderados pueden desempeñar un papel adaptativo, asegurando la estabilidad de la relación y previniendo, hasta cierto punto, la promiscuidad (Fernández, 2001).

En la actualidad, es difícil establecer el límite entre los celos normales y los patológicos. Debido a las nuevas tecnologías el acceso a parejas potenciales se ha incrementado ampliándose las posibilidades de socialización (Morduchowicz, 2012), pero a la vez también han aumentado las posibilidades de restricción y de control, ya que posibilitan un contacto permanente y una disponibilidad casi obligada que puede generar celos y suspicacias (Lesán, A. y Casado, E., 2014).

Cuando los celos son patológicos no suele existir una causa real que lo desencadene, las sospechas son extrañas y la persona reacciona de manera irracional, en muchas ocasiones perdiendo el control (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Los celos patológicos presentan manifestaciones clínicas en varios niveles: en el plano emocional generan ansiedad y/o agresividad de manera frecuente; a nivel cognitivo se desarrollan pensamientos intrusivos relacionados con la infidelidad que conllevan preocupación y un miedo desproporcionado; y, a nivel conductual se presentan los rituales compulsivos y las conductas comprobatorias con el objetivo de obtener tranquilidad y seguridad mediante el control del cónyuge (Alario, 2002).

Es importante distinguir si el comportamiento celoso proviene de un pensamiento delirante o de un pensamiento obsesivo, ya que el abordaje sería diferente. En el caso de los celos delirantes se suele utilizar tratamiento farmacológico y cuando tienen carácter obsesivo se utilizan diferentes técnicas psicológicas, semejantes a las utilizadas para el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). En los delirios de infidelidad predomina la convicción delirante de ser engañado por la pareja, la persona tiene un pensamiento coherente y un comportamiento adaptado en los demás ámbitos (Kingham y Gordon, 2004) y se englobaría dentro del diagnóstico de trastorno delirante en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales en su versión 5 (DSM-5, APA 2013). Los celos obsesivos, en cambio, se experimentan de manera egodistónica, la persona los ve como intrusivos y excesivos y llevan a comportamientos compulsivos como la comprobación. La persona reconoce que son miedos infundados e incluso puede llegar a sentir vergüenza (Kingham y Gordon, 2004). En el DSM-5 se incluyen los celos patológicos no delirantes en la categoría “Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados” (APA, 2013).

Los celos pueden presentarse aislados, pero habitualmente suelen presentarse junto a otros cuadros clínicos. Los problemas más frecuentemente asociados son la depresión, la ansiedad y el abuso de alcohol (Hodgson, Murray y Woods, 1992). También pueden aparecer sentimientos de baja autoestima (muy relacionados con el desprestigio social que supondría sufrir una infidelidad), un déficit en conductas asertivas, alteraciones sexuales y problemas de pareja (De Silva, 1997). Hay diferentes situaciones y factores de personalidad que pueden predisponer a los celos patológicos, como, por ejemplo, haber sufrido un trauma grave o humillaciones e infidelidades con alguna pareja sentimental (López, Garza; 1999) o ser una persona insegura, desconfiada o muy dependiente de la pareja (García Andrade, 1998).

Sobre la prevalencia de los celos no existen datos concluyentes en la actualidad debido a la dificultad a la hora de delimitar el problema, pero a nivel general los celos obsesivos suelen ser más frecuentes en mujeres (Alario, 2002).

En cuanto al mejor tratamiento para los celos obsesivos aún hoy en día son escasas las investigaciones realizadas y además son estudios no controlados o de caso único (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001), por lo que la evidencia empírica sobre qué tratamiento es más efectiva es insuficiente y resulta difícil extraer conclusiones definitivas sobre la elección del tratamiento más adecuado. Las principales técnicas que se han planteado y que gozan de mayor eficacia dentro de los tratamientos psicológicos serían las siguientes:

Técnicas conductuales

Estas técnicas están basadas en el concepto de los celos como una variante del TOC, ya que en los celos obsesivos se observan rumiaciones relacionadas con la infidelidad de la pareja (obsesiones) así como rituales para controlar a la pareja y verificar dichos pensamientos (conductas comprobatorias), por lo que el objetivo principal es modificar los comportamientos de control y comprobación de las ideas de engaño. Para ello, hay dos técnicas que se usan de manera conjunta con buenos resultados:

- *La exposición en vivo y la prevención de respuesta* (Carlen, Kasaznew y López-Pell, 2009): en la técnica de exposición el sujeto se enfrenta de manera gradual a las situaciones temidas, tanto en imaginación como en vivo (Marks, 1978) y en la prevención de respuesta se evita que lleve a cabo conductas rituales, en este caso de comprobación. (Echeburúa y Fernández Montalvo, 2001). La unión de estas dos técnicas da como resultado que se desarrolle una habituación, tanto en los pensamientos como en los impulsos mentales obsesivos, reduciendo a su vez los niveles de ansiedad e impidiendo que los comportamientos compulsivos sean reforzados (Tull & Phares, 2003).

A pesar de tener un impacto clínicamente significativo en la mayoría de los pacientes y de ser una técnica eficaz, pues así lo muestran diferentes estudios (Cobb y Marcks, 1979; Parker y Barret, 1997), también tiene una tasa muy alta de rechazo, probablemente por ser un tratamiento aversivo y potencialmente desagradable para el paciente (Gava et al., 2007).

Técnicas cognitivas

Desde este enfoque se consideran los celos patológicos como resultado de numerosos sesgos cognitivos (Ellis, 1996), por lo que el objetivo de las intervenciones en este sentido consistirá en hacer consciente al paciente de lo irracional de sus pensamientos, enseñándole estrategias para poder eliminarlos o controlarlos. La técnica más utilizada para ello es la siguiente:

- *Reestructuración cognitiva*: el primer paso sería que la persona fuera capaz de identificar los pensamientos automáticos de los cuales no tiene conocimiento (Beck, 1976) y que reconociera sus cogniciones desadaptativas como hipótesis y posibilidades, no como verdades absolutas o conclusiones válidas, aprendiendo a eliminarlos y a generar pensamientos alternativos más racionales y adaptativos (Goldfried, 1979). De esta manera se conseguirá a su vez mayor control del comportamiento y las emociones (Prochaska y Norcross, 1978), ya que se considera que la cognición es causa de la emoción (Beck, 1989).

Diferentes estudios han demostrado la eficacia de estas técnicas a través de una significativa mejoría en los pacientes tras su aplicación (Bishay, Petersen y Terrier, 1989; Dolan y Bishay, 1996), señalándolo como un tratamiento probablemente eficaz (Fonseca Pedrero et al., 2021).

En ocasiones, para aumentar la interacción mutua positiva se suele incluir en el tratamiento entrenamiento en comunicación y asertividad (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

En cuanto al tratamiento psicológico multicomponente (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Alario, 2002; Leahy y Tirch, 2008) en el cual se combinan intervenciones tanto cognitivas como conductuales, puede considerarse como un tratamiento probablemente eficaz o en fase experimental (Martínez-León, García-Rincón, Valencia, Barreto, Alfonso, Quintero y Parra, 2016). Si bien, son necesarios más estudios para extraer conclusiones definitivas sobre la eficacia de estos tratamientos, los resultados obtenidos ofrecen tasas de mejoría significativas en pacientes celosos y sus rituales comprobatorios (Cobb y Marks, 1979; Gangdev, 1997; Brishay, Petersen y Terrier, 1989; Parker y Barret, 1997; Dolan y Bishay, 1996).

Cabe resaltar que en estos estudios de revisión no se incluyen Terapias de Tercera Generación surgidas en los últimos años para el abordaje de diferentes trastornos psicológicos. Las técnicas de Tercera Generación enfocadas al tratamiento del TOC son el entrenamiento en *Mindfulness* (Wells, 2000; 2009), la *Terapia metacognitiva* (Wells, 2000; 2009) y la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Los estudios revisados (Brown, Gregoski, Tinggen, Barnes y Treiber, 2014; De la Fuente, Franco y Salvador, 2010; Hughes et al., 2013 Palta et al., 2012) revelan los efectos positivos del mindfulness a la hora de aliviar y reducir la severidad de los síntomas, la ansiedad, la necesidad de neutralizar los pensamientos obsesivos y la potenciación de la efectividad de la exposición. En cuanto a ACT se han realizado pocos estudios sobre su eficacia en el TOC (Twohig, Hayes y Masuda, 2014; Dehlin, Morrison y Twohig, 2015; Gutiérrez-Martínez, Luciano y Visdómine, 2012) pero los resultados obtenidos hasta el momento son prometedores, mostrándose más efectiva que las condiciones control y observándose un mayor mantenimiento de los resultados a largo plazo (Ruíz, 2010). No obstante, aún es necesaria mayor investigación para determinar si es superior a otros tratamientos psicológicos (Powers, Zum Vörde Sive Vörding y Emmelkamp, 2009).

1.2. Terapias de Tercera Generación

En los últimos años han aparecido gran número de terapias psicológicas desde una aproximación conductual, caracterizada ésta por su rigor científico, pues se basa en los principios del aprendizaje validados empíricamente (Mañas, 2007).

Hayes (2004) ha clasificado las distintas terapias psicológicas en tres “olas” o generaciones. La primera generación surge a mediados del siglo XX como oposición al modelo psicoanalítico. Destacan autores como Watson o Skinner, quienes plantearon basar la práctica psicológica en los principios del condicionamiento y el aprendizaje, considerando como variables objeto de estudio el control discriminativo de los estímulos y el castigo/reforzamiento. Sin embargo, a pesar del avance que supusieron estas terapias, obviaban el papel de la cognición y continuaban teniendo dificultades a la hora de abordar determinados trastornos psicológicos. En contraposición surgieron en la década de los 60 las llamadas “Terapias de Segunda Generación”, más comúnmente conocidas como “Terapias Cognitivo-Conductuales” trasladando el interés a los eventos cognitivos, considerándolos ahora causa directa del comportamiento, por lo que la intervención se enfoca en eliminarlos, reducirlos o modificarlos. También incluyen conceptos ambientales, pero siempre dándole a la cognición mayor importancia a la hora de predecir la conducta. Aunque este paradigma ha generado numerosos hallazgos replicables sobre el funcionamiento humano, también tiene ciertas limitaciones, pues generalizar los resultados al contexto habitual del paciente resulta a veces complicado y aparecen frecuentes recaídas (Wilson, 1998) y, además, no proporcionan una base experimental sobre la alteración de los eventos privados, se desconocen sus principios activos, y su efectividad se relaciona más con componentes conductuales que cognitivos, lo que contradice sus presupuestos (Hayes, Stroshal y Wilson, 1999). Es entonces cuando surgen las “Terapias de Tercera Generación” basadas en el contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 1996) cuyo principal objetivo es predecir e influir sobre el comportamiento sirviéndose de las claves contextuales implicadas. Hay un cambio de paradigma, pues el objetivo principal ya no es eliminar o modificar los eventos privados que generan malestar, sino conseguir alterar su función modificando los contextos verbales en los que resultan problemáticos (Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006) instaurando otros repertorios más flexibles y efectivos. ACT es considerada la aportación más completa dentro de esta tercera generación de terapias. Se trata de un enfoque contextual que surge desde el conductismo radical en la década de los años 90 (Hayes et al., 1999). Está basada en la reciente Teoría del Marco Relacional (TMR) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2004) cuyo objetivo es el estudio del lenguaje y la cognición, entendiéndolos como una forma de aprendizaje relacional determinado por las contingencias. El ser humano, por su capacidad simbólica, es capaz de establecer marcos de referencia entre diferentes estímulos (internos o externos), pudiendo responder igual

que si estuviera ante un estímulo X una vez producido el aprendizaje operante generalizado que vincula dos o más estímulos de manera arbitraria (Hayes, Barnes, Holmes y Roche, 2001). El aprendizaje relacional nos permite responder a un estímulo en términos de otro sin haber tenido experiencia previa con dicho estímulo gracias al establecimiento de relaciones formadas en la historia entre ambos (Páez y Gutiérrez, 2012), ya que los eventos privados se conforman en la historia individual y las relaciones entre estos y las acciones del organismo (la regulación verbal del comportamiento) responden a estas relaciones arbitrarias, lo que podría explicar, por ejemplo, motivaciones y estados anímicos sin haber tenido experiencia directa que lo justifique (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006).

Para ACT todos los trastornos psicológicos tienen un elemento en común caracterizado por un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz, al que se ha denominado *Trastorno de Evitación Experiencial* (TEE), definido como “un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, etc.) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona, aun cuando dicha evitación le conduce a un aumento de la problemática” (Hildebrant y Hayes, 2012). El TEE se presenta como un diagnóstico funcional alternativo a las clasificaciones mecanicistas actuales (Mañas, 2007). Numerosos estudios aportan evidencia para pensar que el TEE se encuentra en la base de multitud de trastornos (Hayes y cols., 1998), entre ellos los trastornos de ansiedad (Luciano y Gutierrez, 2001), ya que la función de la conducta en todos ellos (aunque con diferentes tipos de respuesta) obedecería a esa lucha por controlar los eventos privados negativos y las circunstancias que los generan (Wilson y Soriano. 2014). Así, muchas formas de psicopatología podrían entenderse como diferentes formas de evitación no saludables (Barajas, 2014).

Irónicamente los intentos de evitación experiencial suelen aumentar tanto la frecuencia como la intensidad de los propios eventos privados a evitar (Ruíz, 2010). No es que dicha estrategia de evitación sea siempre perjudicial, pero lo acaba siendo cuando se convierte en patrones rígidos que reducen el repertorio para interaccionar con el entorno limitando la vida que se quiere seguir. Las acciones dirigidas a evitar el malestar y conseguir alivio inmediato, dejan de lado otras acciones cargadas de valor personal (Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006). La patología surge cuando se limita esa flexibilidad. A parte de la evitación experiencial, también son fuentes de rigidez psicológica: no vivir el presente, la falta de claridad y de compromiso con

los propios valores, no vivir el yo como contexto y la fusión cognitiva, que consiste en ver los eventos privados como si fueran la realidad (Hayes et al. 2004). El objetivo de ACT es eliminar esta rigidez psicológica para lo que emplea procedimientos como la aceptación de los eventos privados (siempre y cuando estén comprometidos con acciones valiosas), estar en el momento presente, el compromiso con los valores, el yo como contexto y la desactivación del pensamiento (Hayes et al, 2004).

El objetivo de ACT no es reducir o eliminar los síntomas ni los eventos privados, sino alterar su función de modo que la reacción a estos pensamientos, sensaciones o recuerdos desagradables sea más flexible (Álvarez, 2014), y que el comportamiento sea regulado por valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006) proporcionando un contexto en donde los eventos privados considerados desagradables no sigan suponiendo un obstáculo (Wilson y Luciano, 2002). Así, al empezar a tener una vida más comprometida y apartar el foco de la regulación emocional, paradójicamente lo que se intentaba evitar tiende a moderarse (Hayes, 2001).

Desde esta perspectiva podemos considerar que la persona celosa no acepta ciertos eventos privados (p.ej., la sensación de incertidumbre y ansiedad) evitándolos experiencialmente mediante la puesta en marcha de diferentes estrategias desadaptativas para eliminarlos o controlarlos (p.ej., controlando y comprobando). En cuanto al estilo cognitivo de muchos pacientes obsesivos, se ha señalado que centran su atención rígidamente en áreas de interés muy focalizadas y que tienen poca capacidad para pensar de forma flexible y creativa (Cruzado, 1993), teniendo un alto nivel de fusión cognitiva (Luciano, 2008).

Teniendo en cuenta esto y los buenos resultados obtenidos por diferentes estudios en la aplicación de ACT a diferentes trastornos, y más concretamente a los trastornos de ansiedad, se ha considerado interesante plantear esta intervención desde esta perspectiva y así ayudar a la persona a generar mayor flexibilidad psicológica, incluyendo a su vez algunos elementos de mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento (Hayes y Strosahl, 2004).

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

Identificación del paciente

Mujer de 42 años (T) natural de Madrid, convive actualmente y desde hace dos años con su pareja en un piso en Aluche. No tiene hijos. Su madre de 71 y su hermana de 48 viven juntas. Su padre falleció a los 50 años por un cáncer de hígado. Refiere no a ver sufrido su pérdida ya que nunca tuvieron buena relación. Con la hermana mantiene contacto, aunque la ve poco, y con la madre no tiene prácticamente trato. Manifiesta haber vivido una infancia rodeada de discusiones frecuentes de sus figuras de autoridad y pocas muestras de cariño. Realizó estudios formales hasta bachillerato repitiendo un par de cursos. Comenzó a trabajar a los 30 años de celadora, hasta entonces refiere haberse ganado la vida “trapicheando”. Actualmente sigue trabajando de celadora en un hospital público de la comunidad de Madrid, correctamente adaptada, con un nivel socioeconómico medio.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude a terapia de manera voluntaria por elevada ansiedad y problemas con su pareja en relación con celos excesivos, conductas comprobatorias e hipervigilancia hacia la pareja, por miedo a que éste le sea infiel. Refiere que sus estados de ánimo son más intensos y variables de lo normal, con episodios de ira e impulsividad descontrolados tras los cuales se suele sentir culpable. Presenta pensamientos obsesivos, conductas de control y ansiedad asociada, además de otras conductas desadaptativas derivadas de esta problemática. Acude solicitando eliminar los celos para de esta manera reducir el malestar y conservar la relación con su pareja. Refiere querer conseguir “estabilidad emocional”, “no sentir celos” y “dejar de tener estos pensamientos” “para “poder llevar una vida normal”.

Historia del problema

Actualmente tiene una relación estable con un hombre de 36 años, desde hace aproximadamente 3 años, con 1 año previo de encuentros esporádicos. Ha habido acontecimientos vitales estresantes de relevancia en su historia, pues sufrió infidelidad por parte de dos parejas que tuvo anteriormente. A partir de entonces los celos han formado parte de todas las relaciones sentimentales que ha tenido, lo cual fue motivo de ruptura en las dos relaciones posteriores que tuvo, de 2 y 3 años cada una. No recuerda infidelidades en su familia de origen, pero sí que su padre solía estar ausente y que su madre era bastante controladora. En

cuanto a las relaciones sexuales no comenta dificultades. No refiere problemas del desarrollo en la infancia. A la edad de 32 años estuvo acudiendo a un centro de desintoxicación (CAID) por consumo de alcohol, anfetaminas, cocaína y drogas psicodélicas. Con 36 años estuvo dos años acudiendo a un psicólogo, en cuyo momento le diagnosticaron Trastorno de Ansiedad. Durante ese periodo de tiempo se estuvo medicando con Contramina y Citalopram, tratamiento que dejó al abandonar la terapia. Actualmente se automedica cuando no consigue dormir o se siente muy ansiosa, normalmente con Lorazepam, recetado por su médico de cabecera. En cuanto a los antecedentes familiares, refiere que su madre tiene problemas psicológicos sin tratar, según comenta, delirios persecutorios. Su padre tenía problemas de adicción al alcohol. Se observan rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad: necesidad de control e intolerancia a la incertidumbre. La paciente comenta que fue a raíz de consolidar la relación cuando apareció el miedo a la infidelidad. Actualmente tiene horarios extensos en el trabajo, las actividades de ocio juntos se han limitado porque “casi cualquier situación me provoca celos”, se siente más cansada (duerme mal) y se producen más discusiones. Mantiene pocas amistades anteriores, suele quedar alguna vez con alguna compañera de trabajo y a su hermana la ve poco. Sólo su hermana y otra compañera de trabajo conocen la problemática actual. Toda esta situación le está creando otra serie de problemas asociados como: dormir mal por las noches, compras compulsivas, beber alcohol y fumar de manera excesiva, comportamientos impulsivos, sobremedicación, etc. (“necesito hacer cosas para poder encontrarme mejor”). No consume drogas, pero dice tener miedo de volver a caer en “algún bajón”.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN (Anexo A)

Medidas cualitativas

- *Entrevista no estructurada*: se utilizaron preguntas abiertas al iniciar la terapia, siendo lo menos directivo posible y limitándonos a seguir el hilo de la exposición para un mejor conocimiento de la paciente y la posibilidad de crear una buena alianza terapéutica.
- *Entrevista semiestructurada*: se emplearon preguntas abiertas, pero con una secuencia prefijada para conocer diferentes ámbitos de la vida de la paciente (familia, apoyo social, trabajo, infancia, sueño, alimentación, medicación, etc.)
- *Genograma*: para conocer la estructura de la familia, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos, permitiendo conocer posibles relaciones entre el problema y el contexto familiar.
- *Línea de vida*: se marcaron los acontecimientos más significativos desde su nacimiento hasta el momento actual para poder elaborar las experiencias recordarlas y darles un sentido obteniendo así un aprendizaje.
- *Entrevista conductual*: se usó para recabar información sobre el área que más le preocupaba a la paciente (gravedad, generalidad del problema, etc.) y también los determinantes de la conducta problema (condiciones que la intensifican, condiciones que la alivian, hipótesis sobre el origen del problema, antecedentes y consecuentes específicos a nivel social, personal, cognitivo, de conducta).
- *Entrevista semiestructurada*: se usaron preguntas abiertas, pero con una secuencia prefijada para recoger información sobre qué eventos privados son los que le producen malestar y cuál es el patrón de evitación experiencial.
- *Formulario de valores*: generar una narración breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por la paciente respecto a lo que valora y qué es lo que le gustaría conseguir en cada área. También a de especificar la importancia que le da a cada una, el grado en que ha sido consistente con estos valores y el nivel de satisfacción y discrepancia.

Medidas cuantitativas

Se llevaron a cabo medidas pre y postratamiento con los siguientes instrumentos de autoinforme para la evaluación de la intervención. (Ver ANEXOS):

- *Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ II)*: se aplicó la adaptación española de Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2013). Instrumento diseñado para la medida de la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica. Sirve para observar las reglas que regulan la vida del paciente, su estilo personal de regulación verbal, especialmente ante el sufrimiento o el malestar psicológico. Consta de una escala de 7 ítems de escala tipo Likert que varía de 1 (nunca cierto) a 7 (siempre cierto). La puntuación total puede situarse entre 7 y 49. Altas puntuaciones indican menos aceptación, es decir, mayor evitación experiencial y menos flexibilidad psicológica. La media para población general está en los 21 puntos, y superior a los 29 para población clínica. Respecto a la fiabilidad, obtiene un índice de consistencia interna medio de 0,88 (Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).
- *Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)*: Gillanders et al. (2014). Mide la Fusión Cognitiva. Consta de 7 ítems de escala tipo Likert que varía de 1 (nunca) a 7 (siempre). A mayor puntuación, mayor es la Fusión Cognitiva. Su consistencia interna es buena, con un alfa de Cronbach entre .89 y .93., según diferentes muestras (Romero-Moreno et al., 2014).
- *Escala de Atención Plena y Consciente (MAAS)*: Brown y Ryan (2003). Se ha usado la adaptación española de Soler (2012). Valora la capacidad de estar atento y consciente de la experiencia presente. Consta de 15 ítems de escala tipo Likert que varía de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). Una mayor puntuación indica una mayor habilidad para prestar atención de manera plena y consciente. Respecto a la fiabilidad, obtiene un alfa de Cronbach de 0,85 (Calvete et al. 2014)
- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Beck. Steer y Brown, (1996). Adaptación española Sanz y Vázquez (2011). Autoinforme compuesto por 21 ítems tipo Likert con 4 alternativas de respuesta (0-3). Este inventario mide la gravedad de los síntomas típicos de la depresión. Su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. El rango de puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos. Se han establecido puntos de corte que permiten establecer cuatro grupos en

función de la gravedad de la sintomatología depresiva: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20- 28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Tiene una alta fiabilidad, con un coeficiente alfa de 0,87 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

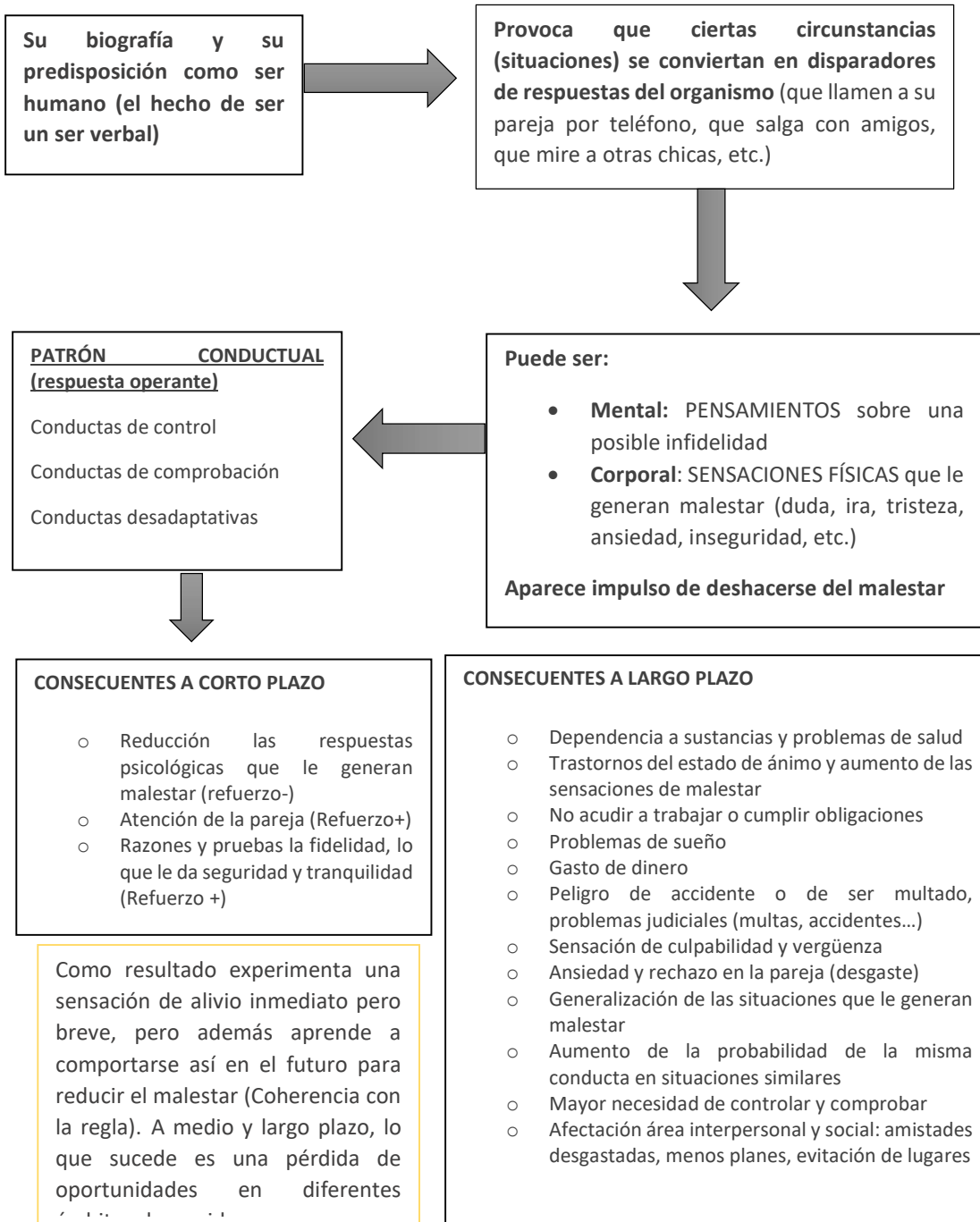
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Adaptación española Buela-Casal, Guillén Riquelme y Seisdedos Cubero (2011). Instrumento que permite evaluar el nivel de ansiedad, tanto en su vertiente de rasgo latente (ansiedad general) como de estado transitorio (ansiedad ante situaciones concretas). Consta de 40 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0-3), 20 para cada tipo de ansiedad. Se puede obtener una puntuación en cada escala de 0 a 60 puntos. Tiene consistencia interna alta, con un coeficiente alfa para la escala total de 0.93 (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñoz, 2012).
- *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*: Spielberger (1999). Adaptación española Miguel Tobal, Casado Morales, Cano Vindel y Spielberger (2000). Instrumento que evalúa la experiencia, expresión y control de la ira, tanto en la ira como estado como en la ira como rasgo. Formado por 49 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1-4). Tiene una buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de 0,89 para la escala de estado de ira, y de 0,82 para la escala de rasgo de ira. (MiguelTobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2006).

Así mismo, se usó el siguiente autorregistro para que la paciente completara en casa:

- *Registro de malestar y acciones valiosas*: Luciano, Gutiérrez, Páez y Valdivia (2002) Este registro incluye dos escalas, una para indicar el nivel de malestar o preocupación y otra para el nivel de satisfacción con las acciones realizadas en el día. Las escalas se puntúan de 1 a 10, a mayor puntuación, mayor nivel de malestar o de satisfacción, según la escala (Hayes et al., 1999, y Wilson et al., 2002).

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

4.1. Análisis funcional del problema



El análisis funcional nos muestra que cualquier condición estimular que presente incertidumbre acerca de lo que estará haciendo o pensando su pareja tiene una función aversiva adquirida por condicionamiento respondiente (en su historia personal esta incertidumbre ha sido asociada a infidelidades). Estas situaciones le generan sufrimiento. A nivel cognitivo, destacan rumiaciones y pensamientos obsesivos centrados en el temor a una infidelidad por parte de su pareja, y a nivel emocional siente diferentes tipos de emociones que le generan un gran malestar (incomodidad, descontrol, duda, preocupación, ira, agresividad, irritabilidad, tristeza, ansiedad, inseguridad, etc.). Considera estos eventos privados como egodistónicos y le resulta difícil no actuar en base a ellos. Al ser excesivamente coherente con sus pensamientos (“me va a dejar”, “me está engañando”) y con sus emociones (por ejemplo, miedo o ansiedad), se comporta dejándose llevar por ellos, está “fusionada”, comportándose con coherencia con esos pensamientos y emociones (comprobando, controlando). Estos eventos privados actúan como estímulo discriminativo para operantes o conductas (de control o de comprobación) que han sido reforzadas en las diferentes interacciones con su pareja, ya que la consecuencia inmediata de las conductas de comprobación es una tranquilidad por obtener información que desmiente el pensamiento irracional (reforzamiento negativo) y el control de la conducta de su pareja con las poderosas contingencias de refuerzo que esto supone. Estos eventos privados le impulsan a controlar la vida de la pareja mediante redes sociales, espiar entre sus cosas, interrogarle constantemente, etc. por lo que la paciente no llega a descubrir qué habría pasado si no los hubiera llevado a cabo, creándose un círculo vicioso en el que cada vez que siente malestar realiza dichas conductas para eliminarlo, alejándose de los valores fundamentales de su vida (ser buena pareja). A largo plazo esto hace que aumente en T la necesidad de comprobarlo y controlarlo todo ya que la condición estimular que dispara estas conductas no pierde su función ni se descondiciona porque T no es capaz de exponerse a esas circunstancias (a la incertidumbre sobre lo que hace o piensa C) y de esta manera tampoco permite que la activación se reduzca. Por lo tanto, son estas respuestas las que mantienen el problema, haciendo que T sea incapaz de tolerar la duda. Lo que hace es intentar evitar esa condición estimular (incertidumbre) mediante conductas de control y comprobación que a corto plazo son reforzadas de manera sistemática. Todo esto ha ido deteriorando la relación y ha limitado la vida en pareja ya que se han ido generalizando en la paciente los aspectos que le producen malestar, “Yo cualquier cosa me molesta”. Son estas conductas de control y de comprobación las que pueden llegar a provocar el rechazo y el desgaste

de la pareja consiguiendo justo lo contrario de lo que busca, que es precisamente, mantener su relación de pareja. Por otro lado, si T no consigue controlar la conducta de su pareja (éste decide salir con los amigos, se va en mitad de una discusión, no le contesta a los wasap inmediatamente, no responde sus llamadas...), esto también le genera gran malestar, y para intentar mitigarlo adopta otra serie de conductas desadaptativas (beber, fumar, dormir, compras compulsivas...) que a corto plazo le sirven para distraerse o aliviar el malestar, pero a largo plazo pueden llevar a consecuencias de diversos tipos (problemas de salud, resaca, cambios en el estado de ánimo, accidentes o multas por conducir en estado de embriaguez, gasto excesivo de dinero...) además de sumarle una sensación añadida de culpa y de vergüenza.

En resumen, la biografía de la paciente, junto con su predisposición individual, provoca que determinadas circunstancias o situaciones se conviertan en disparadores de respuestas del organismo, que pueden ser mentales (pensamientos) o corporales (sensaciones físicas). Cuando estas respuestas le resultan desagradables al organismo aparece el impulso de deshacerse del malestar. Al dejarse llevar por este impulso se llevan a cabo acciones que consiguen que el malestar disminuya, experimentando una sensación de alivio inmediato pero breve, aprendiendo además a comportarse así en el futuro para reducir el malestar. Pero a medio y a largo plazo lo que sucede es una pérdida de oportunidades en distintos ámbitos de su vida.

Factores protectores	Factores precipitantes
Confianza en su pareja Interés por diferentes aficiones Estabilidad económica y laboral Satisfacción sexual Conciencia del problema. Motivación para el cambio. Orientación y buen discurso. Buen aspecto general. Apoyo social	Formalización de la relación de manera estable Mayor estrés en el trabajo Disminución del tiempo que puede pasar con la pareja

Factores mantenedores

Dificultades de comunicación
 Reforzamiento por parte de la pareja de las conductas desadaptativas
 Conducta gobernada por reglas
 Evitación experiencial y fusión cognitiva

Factores predisponentes

Experiencia personal de rupturas por celos
 Experiencia personal de infidelidades (Condicionamiento aversivo de la incertidumbre: en el pasado no saber qué estaba haciendo su pareja se ha asociado a infidelidades o mentiras, por lo tanto, actúan como estímulo discriminativo para respuestas operantes con función de control y de comprobación)
 Necesidad de control e intolerancia a la incertidumbre
 Síndrome premenstrual (mayor inestabilidad y labilidad emocional)
 Momento evolutivo: 42 años (6 años mayor que su pareja)
 Estado emocional: inseguridad, ansiedad y leve depresión. Dependencia a sustancias.
 Efecto de sustancias: cambios de humor y bajones emocionales. Constituye un factor ansiolítico y euforizante a corto plazo, pero depresógeno a largo plazo.
 Historia de interacción donde se ha reforzado la conducta desadaptativa.
 Aprendizaje por modelado de un patrón de conducta de control.
 Apego inseguro: padres rígidos y ausentes. Escasez de afecto y refuerzos positivos.
 Vulnerabilidad genética: padre alcohólico, madre con trastorno psicótico.
 Dependiente emocionalmente: necesita a su pareja para obtener fuentes de refuerzo.
 Baja tasa de reforzadores y de relaciones valiosas alternativas (la principal fuente de reforzamiento es aquella en la que aparecen los celos)
 Conducta gobernada por reglas: *“Yo debería ser su prioridad”, “Si puede quedar conmigo no debería irse con los amigos”, “Tengo celos porque le quiero”, “Si me han engañado una vez me pueden engañar otra”, “Si se va con otra pensarán que soy una fracasada” “Si me engaña la gente se reirá de mí”, “Las mujeres jóvenes son más guapas”, “Beber me ayuda calmar la ansiedad” “, “Tengo que aprender a controlar la ansiedad y los celos para poder vivir mi vida” “El fumar me relaja” “Con esta ansiedad no puedo ir ni a trabajar” “Necesito estar bien para seguir con mi vida” “Necesito medicarme para encontrarme bien”.*

4.2. Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS

La intervención propuesta en el presente estudio persigue el objetivo de diseñar un plan de intervención desde ACT para aumentar la flexibilidad psicológica.

1. Promover la aceptación de los eventos privados que están en el camino que decida seguir.
2. Crear desesperanza creativa y control como problema: Que se dé cuenta que el problema no son los eventos privados en sí mismos sino sus esfuerzos por controlarlos, que los intentos para evitar sentirse mal no han sido efectivos y se abra a nuevas posibilidades.
3. Clarificar metas y valores e identificar las acciones necesarias para conseguir los objetivos a corto y largo plazo, así como las barreras que pudieran surgir.
4. Disminuir su credibilidad a los pensamientos irracionales y la tendencia a responder ante estos, evitando que se fusione con lo que piensa.
5. Eliminar las conductas desadaptativas ya que se entiende que son el elemento central del problema (para que la sensación de incertidumbre pierda su función aversiva y se descondicione al no verse asociada a infidelidades) y flexibilizar la reacción al malestar que le produce la incertidumbre para que aprenda a estar en contacto con los eventos privados aversivos.

HIPÓTESIS

En base a los objetivos mencionados se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: La intervención mejorará los niveles de evitación experiencial y flexibilidad psicológica (medida mediante el cuestionario AAQ-II)
- Hipótesis 2: la intervención disminuirá los niveles de fusión cognitiva (medida mediante el cuestionario CFQ)
- Hipótesis 3: La intervención mejorará los niveles de atención plena y consciente (medida mediante el cuestionario MAAS)
- Hipótesis 4: La intervención disminuirá la afectividad negativa (ansiedad, depresión, ira) evaluada mediante los cuestionarios STAI, BDI-II, STAXI-2.
- Hipótesis 5: La intervención aumentará la tolerancia al malestar y las acciones dirigidas a valores (medidas mediante autorregistros)

5. TRATAMIENTO

5.1. Metodología

La metodología utilizada en la intervención fue de caso único, llevada a cabo mediante un diseño de fase simple o de tipo AB. La intervención basada en ACT con elementos de mindfulness se introduce como variable independiente. Las variables dependientes analizadas fueron las siguientes:

- La flexibilidad psicológica, medida mediante el cuestionario AAQ-II
- La fusión cognitiva, medida mediante el cuestionario CFQ
- La atención plena y consciente, mediante el cuestionario MAAS
- La afectividad negativa, incluyendo depresión, ansiedad e ira, evaluadas mediante los cuestionarios BDI-II, STAI, STAXI-2, respectivamente.
- La tolerancia al malestar y las acciones dirigidas a valores mediante los autorregistros de “malestar y acciones valiosas”

Se tomaron medidas pre y postratamiento con los instrumentos de autoinforme previamente mencionados.

5.2. Intervención

La intervención consistió en la aplicación de un protocolo de ACT con componentes de mindfulness para aumentar la flexibilidad psicológica de la paciente y crear una relación más adaptativa con sus eventos privados para romper la rigidez del patrón de evitación experiencial. Con este plan de intervención se esperará a su vez una mejora indirecta de la afectividad negativa asociada (ansiedad, depresión, ira) y una mayor implicación en acciones dirigidas a metas valoradas personalmente.

Se realizaron un total un de 14 sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una, dos horas a la semana a lo largo de dos meses. Antes de la intervención se llevó a cabo una evaluación pretratamiento, en la cual hubo una recogida de información personal a través de diferentes técnicas y además se utilizaron los instrumentos de autoinforme AAQ-II, BDI-II, STAI y STAXI para la recogida de datos sobre la afectividad negativa asociada a la problemática, ya que interesaba conocer cómo la intervención puede afectar a estos componentes (depresión, ansiedad, ira). Se informó a la paciente sobre el objetivo del proyecto y estando conforme, firmó el consentimiento informado (anexo B). Se le explicó que éste sería algo diferente a los demás, ya que no nos centraríamos en exclusiva en sus problemas y los síntomas (la paciente venía pidiendo

que le ayudáramos a controlar sus celos) sino en la aceptación de experiencias internas y en otros aspectos importantes de su vida que probablemente habría abandonado como consecuencia de sus conductas desadaptativas. También se entregaron y explicaron los autorregistros para completar en casa y registrar con ellos la línea base.

El tratamiento es ideográfico y centrado en la paciente, realizado a partir del análisis y de la comprensión del funcionamiento de su comportamiento, por lo tanto, no es rígido, y se ha ido adaptando e integrando según sus propias necesidades, así pues, las diferentes técnicas utilizadas no pueden ser aisladas de forma estricta. El estilo es flexible, atendiendo a las conductas en sesión para generar flexibilidad en la reacción a los eventos privados. No se le dan instrucciones directas, solo se le ayuda a vivenciar sus propias reglas. Las interacciones verbales surgidas en terapia se usaron a su vez como contexto en el que aplicar contingencias de reforzamiento naturales para reforzar sus conductas adecuadas y extinguir las inadecuadas, ayudándole de esta manera a diferenciar las contingencias y conductas más adecuadas para tener la relación que quería. Así mismo, las herramientas que se han utilizado durante toda la terapia han sido sobre todo metáforas y ejercicios experienciales, para no bloquearnos con razonamientos y para favorecer la transformación de funciones, ayudando así a que la paciente encontrara formas de conducta autogeneradas. Las metáforas sirven para establecer una analogía del problema, permitiendo cuestionar la lógica de dar razones como mecanismo para controlar la evitación. Las paradojas le muestran las trampas verbales y contradicciones en las que se encuentra, y los ejercicios experienciales promueven la exposición a los eventos privados indeseados. Se estableció una buena relación terapéutica, centrada en validar sus pensamientos, sentimientos y acciones, generando un clima de comprensión y colaboración para lograr el consentimiento y compromiso con la terapia. Para ello, se adoptó una actitud empática, escucha activa, autenticidad y de aceptación incondicional (Beck et al., 2012). En las siguientes sesiones el objetivo fue generar desesperanza creativa, el control es el problema y clarificación de valores. La alianza terapéutica desde esta perspectiva implica mostrar al paciente que la relación entre él y el terapeuta es simétrica, que el terapeuta no es un experto que le va a decir lo que tiene que hacer porque sepa cuál es la solución ya que la única ventaja que tiene respecto al paciente es la que le da la perspectiva y que la terapia la guiarían sus propios valores sin ser estos juzgados. Para ello se utilizó la *“metáfora de los dos escaladores”*. La *“metáfora del dentista”* y la *“Metáfora del vaso sucio”* se utilizaron para mostrarle que para solucionar problemas muchas veces es

necesario pasarlo mal. El siguiente objetivo fue crear desesperanza creativa, es decir, situar a la paciente frente a lo que considera su problema, qué es lo ha estado haciendo hasta ahora para solucionarlo y comprobar si esas estrategias están funcionando para conseguir lo que quiere. Para ello se usaron diferentes metáforas como la *“metáfora del hombre en el hoyo”* y estrategias, como la *“radiografía del problema”*, siendo importante que comprendiera que es la estrategia la que es desesperada y no ella. El tercer objetivo fue mostrar los intentos de control como el verdadero problema, que el problema no son los eventos privados en sí, sino las estrategias que se llevan a cabo, las cuales pueden agravarlo. Para ellos se usó la *“Metáfora de las arenas movedizas”*. También es importante que se dé cuenta del tiempo que malgastamos en intentar controlar todos esos eventos negativos, para lo que se utilizó la *“Metáfora de la lucha contra el monstruo”*, y que comprenda que tenemos el control sobre lo que hacemos, pero no sobre lo que sentimos o pensamos, así que es inútil luchar, para ello se usó la *“Metáfora del elefante rosa”* entre otras. Durante estas sesiones se abordó ligeramente la clarificación de valores en distintos ámbitos de su vida para ir definiendo direcciones valiosas para la paciente. Para ello se usó la *“Metáfora del jardín”*, haciendo referencia al hecho de que, si uno quiere algo, tiene que cuidarlo y esforzarse para conseguirlo. Tras estas sesiones se trabajaron los valores y se clarificaron acciones hacia ellos. Para ello se usaron metáforas muy potentes como la *“Metáfora del funeral”* y la *“Metáfora del epitafio”*. Una vez abordada la clarificación de valores se pasó a la deslateralización de los pensamientos irracionales, ya que la paciente venía muy fusionada con ellos. Se usaron diferentes ejercicios experienciales y metáforas, como la *“Metáfora del ajedrez”* o el *“Ejercicio de llevarte tu mente a dar un paseo”* para conseguir que viera los eventos privados como lo que son, pensamientos y emociones que se tienen, pero no como lo que uno realmente es, tratando de entender el yo como el contexto donde tienen lugar estos eventos privados eligiendo llevar las riendas de la vida sin dejarse llevar por ellos. Por ejemplo, cuando le asaltan los pensamientos de que la pareja le pueda estar siendo infiel, decidir dejarse llevar por ellos como si fueran una realidad o, aun teniéndolos, seguir hacia delante en dirección a sus valores de tener una relación de pareja sana y comprometida. Al evitar dejarse llevar por ellos consigue no llevar a cabo estrategias disfuncionales que lo único que consiguen es alejarle de esta meta (deteriorar la relación) y tener serias dificultades en otros aspectos de la vida también importantes para ella (salud, descanso, actividades, relaciones sociales, etc.). Para finalizar estos objetivos, pasamos al compromiso con los valores. El objetivo

fue aprender a hacer hueco a las barreras psicológicas y seguir adelante, comprometiéndose con la dirección elegida a pesar del malestar que pudiera surgir por el camino, Para ello se utilizaron metáforas como la “Metáfora de los pasajeros y el autobús” o la “Metáfora del coche en la ruta”, todo ello para mostrar que aceptar y normalizar el malestar sea probablemente el único camino para conseguir llevar una vida valiosa. A continuación, se muestra una tabla más detallada del contenido de cada sesión

(Ver metáforas en Anexo C):

SESIONES Y OBJETIVOS	TÉCNICAS
<p>1. Establecer contexto</p> <p>Establecer contexto. Orientar roles terapeuta-paciente.</p> <p>Establecer la dirección de la terapia (reflexión sobre las cosas importantes en su vida)</p> <p>Validar sus emociones y sufrimiento y maximizar su fortaleza</p> <p>Fomentar un contrato verbal centrado en los valores. Si se está haciendo bien, se sentirá tremendamente mal</p> <p>Trabajar la respiración</p> <p>Registro para casa</p>	<p>“Metáfora de los escaladores”</p> <p>“Metáfora del jardín”</p> <p>“Metáfora del vaso sucio”</p> <p>“Metáfora del dentista”</p> <p>“Mindfulness”</p> <p>“Autorregistro”</p>
<p>2. Desesperanza Creativa:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Evaluar sus estrategias de control de la ansiedad.</p> <p>Conocer sus objetivos</p> <p>Reflexionar sobre la posibilidad de que las soluciones sean parte del problema</p> <p>Abrir la mente a otras alternativas</p> <p>Plantear el problema de intentar controlar los eventos privados.</p>	<p>Preguntas:</p> <p><i>¿Qué quieres conseguir? ¿Cómo has intentado alcanzarlo?</i></p> <p><i>¿Lo que ha hecho hasta ahora, ha sido efectivo? ¿A qué cosas estás renunciando con estas conductas?</i></p> <p><i>¿Crees que habría alguna otra forma de solucionar los problemas que no te alejara de lo que realmente quieres?</i></p> <p>“Metáfora del hombre en el hoyo”</p> <p><u>Ejercicio:</u> ¿Qué tipo de vida elegirías si pudieras elegir?</p>

<p>3. El control como problema:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>El problema no son los eventos privados en sí, sino las estrategias que llevo a cabo, las cuales pueden agravarlo.</p> <p>Identificar las estrategias que ha llevado a cabo hasta el momento son parte del problema y que el control de sus eventos privados impide llevar a cabo otras soluciones más efectivas.</p> <p>Volver a examinar su propia experiencia y los intentos de control, los repertorios de evitación y de escape que estaba llevando a cabo, describiendo las consecuencias directas y los efectos tanto a medio como a largo plazo.</p> <p>Hacerle ver todo el tiempo que malgastamos en nuestra vida intentando controlar todos esos eventos negativos</p> <p>Hacerle consciente de que la cultura actual promueve el control emocional desde que somos pequeños, lo cual nos sirve a corto plazo (son muy aprendidos), pero a largo plazo empeoran el problema</p> <p>Abandonar la lucha. Aceptación como estrategia plausible.</p> <p>Trabajar la respiración.</p>	<p>“Metáfora de las arenas movedizas”</p> <p>“Metáfora del polígrafo”</p> <p>Análisis funcional</p> <p>“Metáfora de la lucha contra el monstruo”</p> <p>Ejercicio: pensar y anotar situaciones en las que se le ha obligado a controlar sus estados emocionales</p> <p>“Metáfora del tablero y las fichas”</p> <p>Mindfulness</p>
<p>4. El control como problema II:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Analizar qué cosas podemos controlar y cuáles no. En el mundo de los objetos hay cosas que se pueden controlar, en el de los eventos privados no es posible. Las reglas del mundo interno no son como las externas, cuanto menos se quiere determinado contenido, más se tiene. Se puede pensar en lo que se quiere, pero no se puede dejar de pensar en lo que no se quiere.</p> <p>Experimentar el efecto aditivo de la historia y el efecto de la historia en el presente. La inutilidad de la evitación de las reacciones de nuestra historia.</p> <p>Distinguir entre seguir las reglas y la practicidad. Cómo el control produce un aprendizaje arbitrario, un condicionamiento que no podemos controlar porque depende del entorno, no de la experiencia</p>	<p>Ejercicio del elefante rosa</p> <p>Ejercicio del nombre de la madre</p> <p>Ejercicio de ¿cuáles son los números? 1,2,3.</p>

<p>Consentimiento como alternativa al control, ya que el control y el no consentir tiene un coste, que el problema empeora</p> <p>Conexión con los estados emocionales, aprender a conectar con los eventos privados molestos para ayudarle a experimentar otras estrategias de afrontamiento que no fueran el control o la evitación</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>“Metáfora de la caja llena de cosas”</p> <p>Ejercicio de las bolas de papel que te impiden avanzar</p> <p>Mindfulness</p>
<p>5. Clarificar valores:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Importancia de vivir una vida basada en valores (elecciones personales y libres)</p> <p>Comprender que los valores son acciones y no sentimientos</p> <p>Tomar consciencia de la vida que ha estado llevando y la que realmente le gustaría tener</p> <p>Vivir el presente, poner interés en el aquí y ahora</p> <p>Las metas están al servicio de los valores. Lo importante no es la meta, sino disfrutar del camino</p> <p>Identificar las metas y objetivos que dan valor a su vida</p> <p>Trabajar la respiración</p>	<p>Ejercicio de los calcetines de rombos</p> <p>El funeral y el epitafio</p> <p>“Metáfora de la huerta”</p> <p>“Metáfora del esquí” y “Metáfora del sendero de la montaña”</p> <p>Rancking de valores</p> <p>Mindfulness</p>
<p>6. Trabajar la acción hacia los valores</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Identificar metas y objetivos y la dirección a seguir</p> <p>Establecer acciones claras y factibles hacia los valores</p> <p>Promover la aceptación del sufrimiento para reducir el impacto de las barreras o los eventos negativos que pudieran surgir</p> <p>Trabajar la respiración</p>	<p>Ranking</p> <p>Lista de pasos</p> <p>“Metáfora de la burbuja que avanza”</p> <p>Mindfulness</p>
<p>7. Desliteralización:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Conseguir que no se fusione con sus pensamientos como si estos fueran la experiencia real. Dejar de actuar en base a las reglas</p>	<p>Informar de que este es un proceso involuntario e inconsciente que le</p>

<p>sociales. El objetivo no es eliminar el contenido verbal sino contrarrestar su efecto.</p> <p>Desvalorizar la función de las palabras. Romper la unión entre las palabras y la función que tienen.</p> <p>Explicar los límites del lenguaje y cómo este puede afectar de manera negativa al aprendizaje por experiencia</p> <p>Mostrar que la acción ocurre primero de forma no verbal para después convertirse al lenguaje, creando la ilusión de que toda conducta es comportamiento verbal.</p> <p>Mostrar que la mente no ofrece experiencias directas, sino relatos.</p> <p>Quitar fuerza a la literalización</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>estaba provocando una rigidez psicológica junto a estados de evitación experiencial. Cuando algo le genera ansiedad, las reglas sociales le sugieren que eso no es bueno y que debe ser controlado o eliminado.</p> <p>Ejercicio de “pan, pan, pan”</p> <p>“Metáfora del limón”</p> <p>Ejercicio de explicar cómo se sostiene el bolígrafo</p> <p>Metáfora de “encuentra un sitio para sentarte”</p> <p>Ejercicio de “llévate a tu mente a dar un paseo”</p> <p>Mindfulness</p>
<p>8. Aceptación mediante la desliteralización:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Comprender que el lenguaje no puede explicar nuestra vida. Cuestionarse que las razones sean las causas. Siempre se pueden dar unas razones u otras, y puede que las razones que nos damos nos sirvan, pero siempre hemos de verlas como eventos internos nada más.</p> <p>Aprender a cambiar el “pero” por “y”</p> <p>Distinguir entre evaluación y descripción: Debatir sobre los pensamientos y explicar que el pensamiento no tiene por qué ser una verdad.</p> <p>Comprender que el lenguaje no debe interferir en los valores personales, ilustrando la posibilidad de una relación diferente con las experiencias internas para que estas no se conviertan en un obstáculo en nuestra vida.</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>Diálogo socrático</p> <p>Ejemplos: “iría, pero tengo demasiada ansiedad” por el “voy y tengo ansiedad”</p> <p>“Soy una persona celosa”, “Soy una persona que ahora se evalúa como celosa”.</p> <p>Ejercicio de las Cartas con contenidos.</p> <p>Mindfulness</p>

<p>9. Separar el “Yo contexto” del “Yo contenido”:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Hacerle consciente de que las concepciones que tiene de ella misma pueden ser una traba para el cambio</p> <p>Descubrir el Yo como aliado y no como enemigo. Contemplar los problemas desde el Yo como un lugar fiable y seguro, desde donde puede contemplar cualquiera de sus problemas, así como los pensamientos, emociones y sentimientos tanto agradables como dolorosos o desagradables</p> <p>No tener miedo a los contenidos del pensamiento. El observador siempre es el mismo, pese a haber experimentado diferentes sensaciones y roles a lo largo de la vida.</p> <p>Contrastar el yo contextualizado con el yo observador</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>Ejercicio de la polaridad mental</p> <p>“Metáfora de Ajedrez” (no eres las fichas blancas o negras, si no el tablero). El Yo es indestructible y muy resistente a los cambios, no como sus contenidos, los cuales pueden ir cambiando.</p> <p>Ejercicio del observador</p> <p>Ejercicio de elegir una identidad</p> <p>Mindfulness</p>
<p>10. Comprometerse con la dirección hacia los valores:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Ayudarla a abandonar su lucha contra los eventos privados</p> <p>Aceptar lo que no se puede cambiar</p> <p>Comprender la aceptación y sus implicaciones. No puede haber aceptación a medias.</p> <p>Entender la naturaleza de la aceptación y del compromiso</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>“Metáfora del Invitado indeseado”</p> <p>“Metáfora de los pasajeros y el autobús”.</p> <p>“Metáfora del pantano</p> <p>Ejercicio del salto en paracaídas</p> <p>“Metáfora de llevarte las llaves contigo “y la <u>Metáfora del ajedrez</u></p> <p>Mindfulness</p>
<p>11. Aceptación y compromiso:</p> <p>Reflexión sesión anterior</p> <p>Ayudarle a llevar a cabo todas las acciones dirigidas a sus metas, recalcando que los obstáculos serán siempre parte del camino</p> <p>Conseguir ver las barreras que surgen con la aceptación y cómo lograr superarlas</p> <p>Exponerse a sensaciones temidas y desagradables</p> <p>Ejercicio respiración</p>	<p>Ejercicio del contacto visual</p> <p>“Metáfora del coche en la ruta”</p> <p>Ejercicios interoceptivos y de exposición</p> <p>Silla vacía</p> <p>Mindfulness</p>

7. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

7.1. Adherencia al tratamiento

La paciente llegó a terapia muy centrada de modo patológico en sus pensamientos y emociones, realizando numerosos comportamientos de evitación para alterar su forma o frecuencia, pero paradójicamente, lo que obtenía era todo lo contrario a lo que buscaba, cada vez se sentía más celosa y esos celos se estaban generalizando a muchas situaciones diferentes. Sus pensamientos no se enfocaban al presente sino al pasado y al futuro (las veces que le habían sido infiel y la posibilidad de que le pudiera volver a pasar), todo ello facilitado por un alto nivel de fusión cognitiva, lo que provocaba que sus comportamientos fueran gobernados por estos eventos privados, concibiéndolos como el reflejo mismo de la realidad. Así mismo restringía ciertas conductas al encontrarse sujeta al Yo contenido (p.ej., “No puedo ir con él a los sitios porque soy muy celosa”), privándose de actuar hacia metas personales valiosas (p.ej., el valor de ser una buena pareja) y no comprometiéndose con ellas (p.ej., no lleva a cabo acciones dirigidas hacia lo que ella entiende que es ser una buena pareja). Seguía muchas reglas verbales que estrechaban sus opciones conductuales, ya que sus acciones estaban dirigidas a sostener esta narrativa.

Se trabajó mucho la aceptación y la defusión cognitiva para conseguir que tomara cierta distancia con sus pensamientos obsesivos y no guiara su comportamiento en base a ellos, es decir, para aumentar su flexibilidad psicológica. Cabe señalar que en la intervención no se pretendió alterar el contenido de las cogniciones sino poner en duda su credibilidad. Los datos obtenidos en el estudio sugieren algunos interrogantes interesantes, ya que, aunque en ningún momento se utilizó técnicas como la reestructuración cognitiva, la argumentación o pruebas de realidad para modificar los pensamientos irracionales, se pudieron observar cambios en la paciente a la hora de referirse al problema. Paralelamente a esto, se comenzó a romper la funcionalidad del patrón de conducta, lo que hizo a su vez que disminuyera la frecuencia y la intensidad de la ansiedad. Diferentes estudios muestran que estas técnicas son más eficaces para pacientes cuyos intentos de buscar la precisión de sus pensamientos les conducen a resultados paradójicos, como un aumento en la frecuencia de sus cogniciones o análisis obsesivos (Ciarrochi y Baley, 2008). De esta manera se evitamos aumentar su dependencia al

pensamiento lógico y racional. Aunque desde este enfoque, la disminución de los síntomas no es un objetivo principal, es interesante ver como al trabajar para aceptarlos y cambiar la relación con ellos, acaban disminuyendo. Sin embargo, el éxito en gran parte se debe a la técnica de exposición, de esta manera se consiguió afrontar y extinguir la elevada reactividad emocional que presentaba ante el malestar y que solucionaba a corto plazo mediante la evitación. Esta técnica parte de que extinguiendo la reacción emocional al estímulo temido se eliminaran las reacciones privadas solucionándose los problemas de evitación o escape. Pero para que ésta sea efectiva se deben incluir todos los eventos que funcionalmente ocasionan la evitación, teniendo en cuenta los aspectos verbales (Friman, Hayes y Wilson, 1998), algo que ACT contempla exponiendo al sujeto a su propio lenguaje cuando realiza determinados ejercicios o metáforas. El uso de metáforas y ejercicios experienciales fueron bien acogidos, llegando a decir que éstos le habían ayudado enormemente al autoconocimiento y al cambio. Se mostró muy interesada especialmente en la metáfora del polígrafo, verbalizando que empezaba a entender cuál era su papel en el mantenimiento del problema, así como en la metáfora del autobús. Con estas técnicas se pretendían atacar las causas de la evitación experiencial: la literalidad del lenguaje y la creencia de que los eventos privados son la causa y que hay que controlarlos. En las sesiones se veía el cambio conductual a la hora de introducir las metáforas ya que tras la implementación de estas las verbalizaciones fueron cambiando mostrando mayor flexibilidad cognitiva. La buena participación y colaboración tanto de la paciente como de la pareja potenció y permitió esta mejoría, así como su buen nivel cognitivo y su capacidad de autorreflexión. Su toma de conciencia de la inutilidad a largo plazo de las estrategias que estaba tomando y de la desconexión que tenía con sus propios valores, también fue fundamental en la resolución del problema. Se intentó establecer una buena alianza terapéutica, para dotar a la paciente desde el primer momento de motivación para el cambio y de actitud activa frente a él. Está bien documentado que uno de los factores comunes de la psicoterapia es la relación terapéutica (Frank, 1961). Los valores también se trabajaron desde el principio de la terapia, ya que resultan fundamentales para dar sentido a la exposición, reduciendo de esta manera la tasa de abandono cuando se usa esta técnica, estudios afirman que emplear herramientas de ACT para clarificar valores ayuda a superar la tasa de abandonos características de la exposición (McAleavey, Castonguay Y Goldfried, 2014) La discrepancia valores/ conducta fue una de las fuerzas motivadoras de la

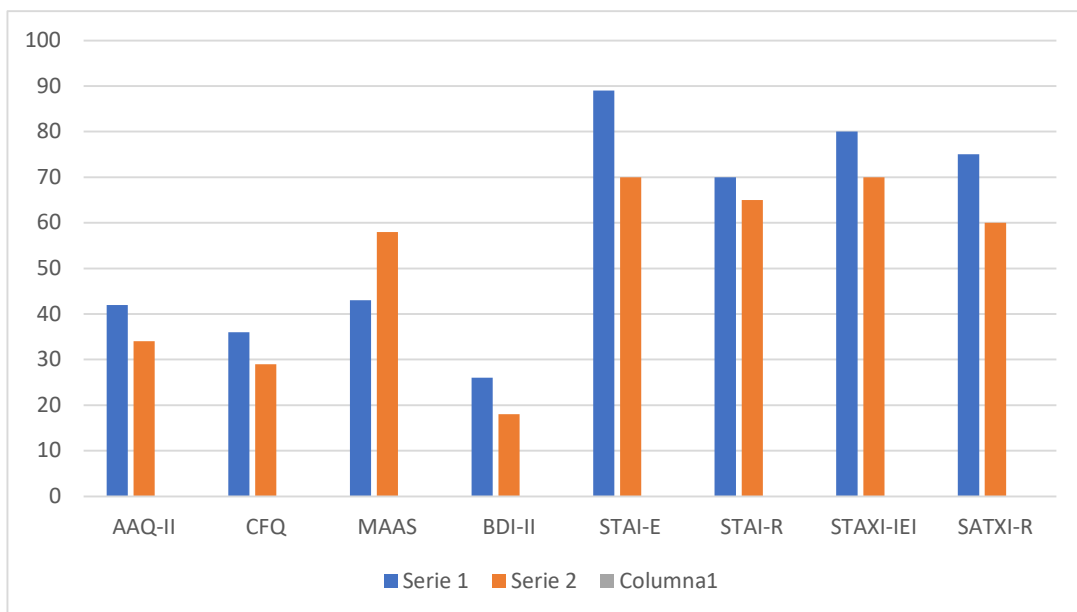
terapia, ya cuando rellenó la tabla de los valores y vio la incoherencia entre el valor que le daba a un área y el cuidado que le estaba dando apareció una motivación para llevar a cabo acciones comprometidas.

La paciente consiguió mejorar tanto sintomatológicamente como a nivel de calidad de vida. Sin embargo, se ha de señalar, que, aunque hubo una gran implicación por su parte, ese deseo de cambio también generó momentos complicados, sobre todo durante las sesiones de desesperanza creativa, pues en algún momento parecía que iba a abandonar por el mal manejo de la incertidumbre que presentaba. También el comienzo de la terapia fue complicado, a la paciente le costaba entender que no nos fuéramos a centrar necesariamente en eliminar o reducir sus síntomas de ansiedad respecto a los celos (a pesar de que estas obsesiones puedan disminuir al intentar dejar de controlarlas), ya que las obsesiones volverían a aparecer ocasionalmente y si su objetivo era suprimirlas estaría en una continua lucha toda la vida. Finalmente entendió que muchas veces las obsesiones no pueden ser controladas a largo plazo y que los intentos de controlarlas era lo que realmente le estaba haciendo daño. Se dio cuenta de que en el pasado había intentado la misma estrategia constantemente con pobres resultados, y observó que tratar de controlar sus obsesiones era quizá parte del problema y no parte de la solución. Hubo un par de recaídas tras las que se le hizo ver que se tratan de circunstancias valiosas dado que la terapia no le exige de por vida de este tipo de eventos, pero que sirven como una oportunidad para aprender a responder a lo que se siente, aceptando a su vez los eventos privados que trae el hecho de recaer. Finalmente comprendió que el sufrimiento es parte de la vida, y que lo importante no es acabar con él, sino dirigirnos hacia metas valiosas. Comprendió que sus eventos privados dependían en gran medida de su contexto actual e histórico, que sus reacciones son “normales” ya que se han formado a lo largo de toda su historia, conformando su repertorio y que en determinadas circunstancias se hacen presentes. Que el problema no serían las obsesiones que le surgen, si no que estas estaban tomando un papel protagonista en el control de su comportamiento, dirigiendo sus elecciones y dejando en un segundo plano sus valores fundamentales.

7.1. Medidas pre-post tratamiento:

Tras la intervención con ACT se percibieron cambios en el patrón conductual de la paciente. Para valorar los resultados se han tenido en cuenta evaluación pretratamiento, postratamiento y la forma en que ésta se expresaba según iban transcurriendo las sesiones.

Las puntuaciones pre y postratamiento de los instrumentos de autoevaluación aparecen en la gráfica inferior. En un primer examen visual se puede observar que las puntuaciones varían en la dirección esperada al comparar las puntuaciones de la evaluación postratamiento respecto a las del pretratamiento.



Comparación de puntuaciones pre y postratamiento en instrumentos de autoinforme

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario **AAQ-II** muestran descensos, de forma que en la evaluación pretratamiento se obtiene una puntuación de 42 y en la evaluación postratamiento de 34, indicando avances en la flexibilidad psicológica y la aceptación de los eventos privados. Se observa también un incremento en los niveles de defusión cognitiva en el **CFQ**, pasando de un puntaje de 36 a uno de 29, teniendo una visión más distanciada y racional de sus eventos privados sin tratarlos como si fueran reales. Se puede apreciar un aumento en la habilidad para la atención plena del momento presente, con un puntaje inicial en el **MAAS** de 43 a uno posterior de 58, que se traduce en un aumento en su capacidad de adaptación a las demandas variables del entorno ya que establece un contacto más directo con las contingencias. En cuanto a la afectividad negativa asociada, podemos observar en el inventario **BDI-II** que la sintomatología depresiva en el pretratamiento fue de 26, reduciéndose a 18 en el postratamiento. Respecto al nivel de ansiedad evaluado con **STAI** observamos que en ansiedad-estado la puntuación fue de 40 en el pretratamiento (centil 89), llegando en la evaluación posterior a 29 (centil 70). En la ansiedad-rasgo la disminución es algo más discreta, pasando de una puntuación de 29 (centil 70) a una de 26 (centil de 65). Por último, respecto a la evaluación de la ira, medida a través del inventario **STAXI-2**, se detecta una puntuación en ira-estado de 40 (centil 80) pasando a una puntuación de 38 (centil 70) en la evaluación postratamiento. En cuanto a la ira-rasgo se aprecian escasas diferencias, pasando de un centil inicial de 75 a otro de 70. Este instrumento también nos informa sobre la expresión y el control de la ira, obteniéndose una puntuación en la evaluación pretratamiento de 75 a un 60 en la evaluación postratamiento. En el estudio presentado, los resultados de la intervención han ido dirigidos sobre todo a normalizar la vida de la paciente. A través de los autorregistros se puede observar cómo ciertas conductas desadaptativas se han reducido dejando paso a acciones más relacionadas con sus metas y valores personales. Por lo tanto, se puede concluir que, a través de ACT, se han logrado modificar las dificultades de la paciente conceptualizadas como evitación experiencial.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.1. Discusión

El Trastorno de evitación experiencial (TEE) es un patrón que se repite, en el cual la persona trata de modificar o suprimir los eventos privados que le generan malestar, consiguiendo de esta manera un alivio inmediato pero contraproducente a largo plazo, ya que se dejan de lado aspectos importantes y valiosos para la persona. En el presente caso, destaca la presencia de una idea sobrevalorada que causa gran malestar, y que se pretende controlar a partir de conductas compensatorias, para intentar disminuir la ansiedad y evitar que suceda aquello que tanto teme, la infidelidad. Esta misma conducta genera malestar en sí misma y deteriora la relación sentimental, además de perpetuar la idea de infidelidad. Este patrón es considerado la base de muchos trastornos clínicos (Hayes et al., 1996). Se trata de una dimensión psicopatológica que aparece como alternativa a los sistemas diagnósticos a la cual se ha denominado inflexibilidad psicológica. El objetivo o resultado de los tratamientos terapéuticos sería por tanto su contrapuesto, la flexibilidad psicológica, la cual integra procesos psicológicos como la aceptación, el estar presente en el aquí y ahora, la defusión, el Yo como contexto, los valores y el compromiso con estos (Álvarez, 2014). Estos procesos han sido el objetivo fundamental a la hora de diseñar el plan de intervención en el presente estudio desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Los resultados obtenidos confirman el logro de los objetivos propuestos, observándose un aumento de la flexibilidad psicológica, ya que en la etapa pretratamiento la paciente presentaba altos niveles de inflexibilidad psicológica, dedicando gran parte de su tiempo a evitar los eventos negativos que le generaban malestar mediante la ejecución de conductas desadaptativas.

Este modelo de terapia pone de manifiesto que el trastorno disfuncional no se encuentra en la persona en sí, que no existe un déficit en el sujeto, siendo esto la causa del problema, sino que éste se ve envuelto en circunstancias vitales problemáticas. Se entienden los problemas psicológicos tan solo como problemas que acontecen en la vida, no como enfermedades, sino como el resultado de la interacción desadaptativa de la persona con el ambiente, por lo que permite dar lugar a una intervención más ajustada al paciente (Hayes, Stroschal y Wilson, 2015), así como reducir la estigmatización asociada a las etiquetas diagnósticas.

La práctica clínica desde una perspectiva conductual, a diferencia de otras corrientes que se apoyan en conceptos descriptivos, abstractos o variables mediadoras, dando lugar a explicaciones homogéneas y diagnósticas, operativiza las problemáticas a nivel de conductas y ofrece explicaciones idiosincrásicas apoyándose en el análisis funcional. Desde este modelo, alejado de consideraciones diagnósticas (“celotipia”; APA, 2018), se entienden los celos como un patrón de comportamiento aprendido que puede llegar a suponer un problema para el individuo (Pérez, 2004). Cabe resaltar la posibilidad de operativizar cualquier conducta humana en base a los principios del aprendizaje, contribuyendo al surgimiento de una psicología más científica, disminuyendo a su vez la distancia que separa la investigación de la práctica clínica (Froján, 2011). Por otro lado, muestra que, en determinadas ocasiones, para solucionar un conflicto psicológico, no es necesario intervenir directamente sobre los síntomas, en este caso los celos o los pensamientos obsesivos, si no en modificar como la persona se relaciona con estos. Al no centrarse en la sintomatología sino en qué hacer con ella, los resultados se mantienen más en el tiempo. No se centra en extinguir las funciones aversivas ya que, aunque se lograra un contracondicionamiento estas podrían volver a aparecer dependiendo del contexto (Luciano et al., 2014), lo que se trabaja es su recontextualización para evitar que estos lleven a un patrón de evitación experiencial y a resultados que alejen a la persona de lo realmente valioso en su vida. Se ayuda a la persona a ir en la dirección que desea y de esta forma se altera de manera indirecta su experiencia frente al malestar. Además, al no centrarnos en cambiar una conducta concreta si no en modificar un patrón funcional, es decir, en la forma en la que la persona se relaciona con el entorno, los beneficios que se obtienen se transfieren más fácilmente a otros ámbitos no entrenados de manera directa (generalización positiva). Los resultados del presente estudio nos muestran que, a pesar de no centrarnos en la reducción de la sintomatología, podemos obtener esta como un subproducto. Esto mismo aporta un avance importante a la hora de tratar la ansiedad a través de la exposición, técnica que puede resultar tremendamente aversiva para el paciente, consiguiendo una mayor adherencia al tratamiento. Al conseguir que el paciente acepte sus eventos privados como algo positivo para poder llevar a cabo la acción comprometida con sus valores, su percepción sobre estos eventos privados cambia, porque tienen un sentido, se recontextualiza la ansiedad. Porque no sirve de mucho exponer al paciente ante el estímulo aversivo si no cambia su conducta frente a él. No solamente tiene que enfrentar el impulso de controlar y comprobar a su pareja, si no que tiene que hacerlo centrándose en lo que desea de esa relación

en lugar de tratar de controlar su ansiedad. De esta manera abandonará sus conductas de control de la ansiedad y se centrará en sus valores. Numerosos estudios evidencian la eficacia de ACT en trastornos de ansiedad, donde la aceptación de los eventos privados aversivos cobra sentido si se ubican en la dirección que hemos elegido en base a los valores (Luciano y Valdivia, 2006; Páez Y Gutiérrez, 2006; Pérez, 2001).

ACT se sustenta sobre la Teoría del Marco Relacional, modelo que dirige gran parte de la intervención. Nos habla de las trampas del lenguaje y de cómo se establecen relaciones arbitrarias entre estímulos. De aquí que se trabaje mucho la defusión cognitiva, para generar distancia psicológica con los eventos privados. Se busca que la persona no se crea lo que piensa o siente como algo real, ya que contenemos pensamientos y emociones poco racionales entre otros muchos, lo importante es dirigir el comportamiento hacia lo que valoramos, independientemente de los pensamientos o emociones, tomar el contenido del lenguaje como simples palabras. El cambio se produce por desreflexión. Las terapias convencionales, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), consideran que los pensamientos irracionales son la causa de los problemas, por eso actúan sobre la racionalidad del contenido de las obsesiones. Sin embargo, ACT actúa sobre la función del pensamiento, es decir, la conducta que dispara en la persona. Esto supone una revolución importante, ya que trata de incorporar a la terapia conductual el hallazgo de un nuevo tipo de condicionamiento que se da exclusivamente en los seres humanos, ya que somos los únicos que usamos el lenguaje.

A pesar de que ACT es un modelo transdiagnóstico de flexibilidad psicológica, como expresan Sophia, Tabares y Ciberman (2007) es escasa la evidencia científica en relación a su intervención en Trastornos obsesivos compulsivos, y en concreto a los celos obsesivos, por lo que sería necesaria mayor investigación en este ámbito.

Con respecto a las limitaciones en el presente estudio, hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos en el tratamiento se han visto limitados por la brevedad de la terapia, pudiendo haber existido un mayor impacto del tratamiento si se hubiera contado con más número de sesiones, observándose quizá una mayor modificación en los repertorios de la paciente. De la misma manera, un seguimiento prolongado podría mostrar el desarrollo y mantenimiento de los logros obtenidos y su efectividad con el transcurso del

tiempo, pues ACT se considera una terapia muy útil en la consecución de resultados tanto a medio como a largo plazo (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina, 2006). Por otro lado, los resultados también pueden haberse visto limitados por la inexperiencia del terapeuta, y porque determinadas sesiones han tenido que realizarse de manera online, con la consiguiente limitación que esto conlleva, al perderse mucha información no verbal. Otro impedimento observado para la generalización, es la presencia o no de la pareja en el ámbito terapéutico, y los problemas asociados a la comunicación. Probablemente la posibilidad de llevar a cabo terapia de manera más frecuente junto con la pareja y profundizar en técnicas de asertividad habría resultado beneficioso. A su vez, los resultados de este tipo de intervención, pueden verse mediados por la confianza que se tenga en la pareja. En este caso la paciente es capaz de cuestionarse la realidad del pensamiento y reconocer el origen infundado de las sospechas, pero una baja capacidad de introspección podría limitar este tipo de tratamiento. Al ser un diseño de caso único otra de las limitaciones es la dificultad de generalizar los resultados. Quizá habiendo implementado autorregistros de manera diaria se habrían obtenido más datos para un mayor control de las variables que intervienen en los contextos naturales, sirviendo como una herramienta eficaz para una mayor generalización de las mejoras presentadas. También se podría haber mejorado el procedimiento de evaluación registrando el estado de ánimo de la paciente y su ansiedad a lo largo de las sesiones de tratamiento. Teniendo en cuenta todas estas limitaciones, resulta difícil poder afirmar de manera rotunda y clara que el cambio haya sido producido únicamente por la intervención.

El planteamiento de estas dificultades en el proceso resulta interesante de vista al desarrollo de futuras investigaciones en las que se tengan en cuenta dichos factores. Sería interesante realizar futuros estudios con mayor tamaño muestral y más controlados experiencialmente. En próximos estudios podrían usarse diseños de tratamientos alternativos permitiendo así un mayor control experimental a la vez de posibilitar que se compruebe la capacidad de este tipo de intervenciones para producir cambios psicológicos controlando de manera más efectiva cualquier tipo de variable extraña que pudiera estar contaminando los datos obtenidos. Podría ser interesante a su vez para futuras investigaciones estudiar cómo el contacto inmediato y permanente que nos ofrecen las redes sociales pueden llegar a influir y a afectar a las relaciones personales y más especialmente a los celos.

El desarrollo de este tipo de intervenciones, donde se puede explorar la aplicación de ACT, resulta de gran importancia para el Psicólogo General Sanitario ya que es una corriente bastante desconocida aún ante los trastornos de ansiedad, cuya prevalencia es significativa en población general y clínica, para poder de esta manera determinar su adecuación a este tipo de problemáticas y en acciones comprometidas con los propios valores. ACT, al ser más reciente, no está tan validada científicamente como la TCC, pero parece que los resultados son favorables a pesar de que ambos enfoques son bastante contrapuestos en algunos aspectos. La TCC defiende que los procesos cognitivos influyen tanto en las emociones como en la conducta, lo cual es cierto, mientras que ACT defiende que la conducta no depende necesariamente de las conductas cognitivas (a veces no guardan relación entre ellas), o que las cogniciones no tienen por qué generar una conducta emocional, lo cual también es verdad. Pero es en la intervención donde radica el verdadero problema, en los procedimientos a utilizar, ya que desde ACT los intentos de control o de evitación del malestar son precisamente, lo que mantiene o aumenta el problema (TEE), por lo que las intervenciones propias de TCC se ven como inadecuadas desde este enfoque ya que lo que se busca es el control (cognitivo, emocional y fisiológico), pudiendo considerarse conductas de evitación muchas de las técnicas utilizadas en TCC (relajación, distracción cognitiva, detención o cambio del pensamiento...), incluso la reestructuración cognitiva, ya que desde la teoría de los marcos relacionales, debatir e intentar cambiar cogniciones sería darles un valor real, que es justo lo contrario a lo que se busca. Por lo que si utilizamos técnicas de TCC desde ACT estaríamos desarrollando conductas de evitación que a la larga empeorarían y mantendrían el problema. Para TCC es todo lo contrario, ya que lo que pretenden es acabar con el síntoma. Ambas terapias parecen tener razón, pero ninguna de las dos tiene la verdad absoluta. Probablemente la solución esté en el paciente, quizá a algunos les ayude evitar y aproximarse (TCC) y a otros les beneficie más aceptar y aproximarse (ACT). Desde mi opinión personal creo que ACT prepara mejor a la persona para que se comprometa con la terapia, sin embargo, creo que sería beneficioso que se estudiara la manera de poder integrar ambas teorías, que si en algunos aspectos son incompatibles creo que en otros se podrían combinar para comprender y tener una visión más amplia del comportamiento humano.

8.2. Conclusiones

Finalmente, y a pesar de las limitaciones comentadas anteriormente, se puede concluir que la intervención en ACT ha cumplido los objetivos marcados, ya que existe en la paciente un patrón de mayor flexibilidad psicológica y una disminución de las conductas problemáticas dirigidas a evitar el malestar, observándose un aumento en la exposición y aceptación de pensamientos y emociones desagradables, en la defusión de los pensamientos irracionales y unas acciones más comprometidas con sus valores. También se observa una disminución de la afectividad negativa asociada, corroborándose así las hipótesis expuestas en el presente estudio. Se ha de tener en cuenta la importancia del vínculo terapéutico establecido y la motivación de la paciente para lograr los objetivos propuestos.

8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5, 159-172.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (99), 5-25.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.

Echeburúa, Enrique; Salaberría, Karmele y Cruz-Sáez, Marisol (2014): Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

Fierro, A. (1988). El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica. En A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica: Cuestiones actuales* (pp. 19-68). Madrid: Pirámide.

Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

Gómez, S. (2001). Derivación de relaciones de estímulo y comportamiento verbal. Algunos ejemplos de aplicación al contexto clínico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 111- 136.

García Higuera, J.A. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual. *EduPsykhe. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 287-304.

Gutiérrez-Martínez O, Luciano C, Visdómine C. ACT y TOC: integrando las técnicas basadas en la aceptación y en la exposición con el estudio de un caso. En: Páez M, Gutiérrez-Martínez O. *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2012. p. 89-112.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós.

Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del 73 comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.

Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Valencia: Promolibro.

Luciano, M. C. & Gómez, S. (2001). La derivación de funciones psicológicas. *Psicothema*, 13, 704-721.

Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27, 79-91.

Luciano, M. C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.

Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 373-398

Luciano, M., Páez-Blarrina, M. y Valdivia, S. (2010). La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.

Luciano, C., Ruiz, F. J., Luciano, B. G., y Ruiz Sánchez, L.J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 357- 373.

Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-201.

Montero c, Fernández LC, Pol J. Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2013;33(117):123-134.

Moreno, C. (2012). Terapias Cognitivo – Conductuales de tercera generación: la atención plena. *Revista Internacional de Psicología.* Vol.12 No.1, 1-17

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La Tercera Ola de terapias de conducta o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.

Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2006). Inventario de expresión de ira estado-rasgo. STAXI-2. Madrid: TEA Ediciones.

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.

Ruíz Castañeda, D., y Gómez Becerra, I. (2010). Transformación de funciones: Marcos de coordinación y oposición de acuerdo con equivalencia. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(2), 311-322.

Rey, C. (2008). La terapia de aceptación y compromiso ACT: sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales y metodológicos. *Revista Suma Psicológica*, 11(2), 267-284.

Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de BECK-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

Vallejo MA. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*. 2001;13(3):419-427.

Wilson, K. G., y Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

Wilson, K. G. & Luciano M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

9.ANEXO

Anexo A. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Entrevista semiestructurada (Wilson y Luciano, 2002)

1.- RECOGIDA DE INFORMACIÓN CENTRAL

1. Radiografía del patrón de evitación experiencial. En el contexto de preguntas como “¿qué le hace venir a terapia?”, las preguntas genéricas de la mayor parte de clientes giran en torno a “mi vida no va bien”, “me siento mal” y “no puedo aguantar más”. El porqué de ello gira en torno a un cúmulo de eventos privados que rechazan. Los siguientes apartados pormenorizan sobre las relaciones del cliente con sus eventos privados y lo que quiere en su vida.

- a) Eventos privados que le producen malestar o sufrimiento (cualquier tipo de recuerdos, sensaciones, predisposiciones corporales, pensamientos..., que tengan función aversiva para el cliente). ¿Con qué frecuencia e intensidad ocurren? (Preguntar por su ocurrencia en sesión.)
- b) ¿Con qué situaciones actuales relaciona los pensamientos. Recuerdos, predisposiciones, etc., que le producen malestar?
- c) ¿Cuándo detectó por primera vez estas sensaciones de malestar? O, dicho de otro modo, ¿desde cuándo está mal conviviendo con ese malestar o sufrimiento?, ¿cuál es su historia, el desarrollo o evolución de ese problema?
- d) ¿Qué plan ha seguido para resolver el problema? O sea, ¿qué ha hecho y qué hace actualmente cuando se presenta el malestar o los contenidos cognitivos con los que no puede vivir? (Atender a la reacción del cliente cuando se den tales eventos, aquí y ahora en sesión.)
- e) ¿Qué ha conseguido con lo que ha hecho y qué está consiguiendo actualmente con lo que hace para resolver “el problema”? Es decir, ¿cuáles son los réditos más o menos inmediatos que le proporciona la evitación experiencial (tanto en la reducción o eliminación de lo que no soporta como otras consecuencias que se añaden al tener ese problema, por ejemplo bajas laborales, permisos especiales, menos responsabilidades, atención especial, etc.).
- f) ¿Cuál es el resultado de lo que intenta solucionar a largo plazo o en el marco de lo que le importa en su vida? Dicho de otro modo, ¿con qué está “chocando” lo que hace para reducir su sufrimiento o malestar?, ¿cómo está su vida, mejora cada día o no? (Se trata de situar los beneficios de la evitación experiencial a corto plazo y, a la par, el costo en su vida en lo que a él le importa.) Esta información da paso a una evaluación más sistemática sobre valores.

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ): Gillanders et al. (2014)

APPENDIX

“Cuestionario de fusión cognitiva, versión en español”

(Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández, 2014)

A continuación se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen utilizando la siguiente escala:

1= nunca; 2= muy rara vez; 3= rara vez; 4= alguna vez; 5= frecuentemente; 6= casi siempre; 7= siempre

Ítems	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional							
2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer							
3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica							
4. Lucho con mis pensamientos							
5. Me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos							
6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos							
7. Es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mí librarme de ellos							

Escala de Atención Plena y Consciente (MAAS): Brown y Ryan (2003).

Tabla 2. Escala de *mindfulness* y darse cuenta (MAAS)

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleja tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

Afirmación	1	2	3	4	5	6
Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde						
Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa						
Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente						
Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino						
Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención						
Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez						
Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo						
Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas						
Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla						
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo						
Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo						
Conduzco o ando "en piloto automático" y luego me pregunto por qué o cómo fui allí						
Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado						
Me descubro haciendo cosas sin prestar atención						
Pico sin ser consciente de que estoy comiendo						

Cuestionario original: Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: The role of mindfulness in psychological well-being. *J Personality Social Psychology*. 2003;84:822-48.

Validado en España por: Soler J, Tejedor R, Feliu A, Pascual Y, Cebolla A, Soriano J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Act Esp Psiquiatr*. 2012;40:18-25.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ II): adaptación española de Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2013).

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Nombre y apellido:				Edad:			
<i>Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección e ingrese el número que corresponde a su respuesta</i>							
	Nunca verdad	Muy raramente verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
	1	2	3	4	5	6	7
	Item						Respuesta
1	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría						
2	Tengo miedo de mis sentimientos						
3	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos						
4	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena						
5	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida						
6	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo						
7	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir						

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Beck, Steer y Brown, (1996).



5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como un a pen a en d m a que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me interesa por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no está bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i> , en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2): Spielberger (1999)

S T A X I –2 Español

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA: _____
 ESTUDIOS: _____

Parte I: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo uno de los números que encontrará a la derecha, el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= NO, EN ABSOLUTO 2= ALGO 3= MODERADAMENTE 4= MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1. Estoy furioso 1 2 3 4
2. Me siento irritado 1 2 3 4
3. Me siento enfadado 1 2 3 4
4. Le pegaría a alguien 1 2 3 4
5. Estoy quemado 1 2 3 4
6. Me gustaría decir tacos 1 2 3 4
7. Estoy cabreado 1 2 3 4
8. Daría puñetazos a la pared 1 2 3 4
9. Me dan ganas de maldecir a gritos 1 2 3 4
10. Me dan ganas de gritarle a alguien 1 2 3 4
11. Quiero romper algo 1 2 3 4
12. Me dan ganas de gritar 1 2 3 4
13. Le tiraré algo a alguien 1 2 3 4
14. Tengo ganas de abofetear a alguien 1 2 3 4
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien 1 2 3 4

Parte II: Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

16. Me caliento rápidamente 1 2 3 4
17. Tengo un carácter irritable 1 2 3 4
18. Soy una persona exaltada 1 2 3 4
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen 1 2 3 4
20. Tiendo a perder los estribos 1 2 3 4
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás 1 2 3 4
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco 1 2 3 4
23. Me cabreo con facilidad 1 2 3 4

Cuestionario de valores: Wilson y Luciano (2002)

CUESTIONARIO DE VALORES © Wilson y Luciano, (2002)

IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida.

Marcá la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. 1 significa que esa área no es nada importante para vos y 10 significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valores en función de la importancia que para vos personalmente tenga cada una de ellas.

Áreas

1- Familia (diferente de esposo/a e hijos/as)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3- Cuidado de los hijos/as	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4- Amigos, vida social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5- Trabajo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6- Educación/ formación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7- Ocio / diversión	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8- Espiritualidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Wilson et al., 2002)

Área	Especifica qué es lo que quieres conseguir en este área	Importancia (1-10) A	Consistencia (1-10) B	Satisfacción (1-10)	Discrepancia A-B
Relaciones íntimas /pareja					
Familia y relaciones familiares					
Amistad y Relaciones sociales					
Trabajo y carrera					
Educación/ Crecimiento/Desarrollo					
Ocio/tiempo libre					
Ética / ciudadanía/inquietudes sociales					
Salud / Bienestar físico					
Espiritualidad					
Otras					

Anexo B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea atentamente la información que a continuación se expone antes de proceder a la firma y realice las preguntas que considere pertinentes.

- La participación es voluntaria.
- El participante podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea, sin tener que dar explicaciones y sin repercusiones de ningún tipo.
- Todos los datos personales serán confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para la realización del Trabajo de Fin de Máster.
- En este proyecto se explorará la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- La participación carece de riesgos más allá de los posibles efectos iatrogénicos fruto de un mal ejercicio de la profesión

D./Dña. _____, con D.N.I. _____, como terapeuta estudiante de la Universidad Europea de Madrid y D./Dña. _____, con D.N.I. _____, como participante del proyecto de Fin de Máster.

DECLARAN QUE:

Aceptan realizar sesiones de evaluación y/o intervención psicológica y hay conocimiento y consentimiento por ambas partes de que se utilizarán los datos del participante para la realización del Trabajo Fin de Máster.

Lugar y fecha

Fdo.:

Fdo.:

Anexo C: recursos presentados por Wilson y Luciano en el manual de ACT (2002)

9.3. METÁFORAS Y EJERCICIOS EXPERIENCIALES.

1. METÁFORA DE LOS ESCALADORES

“La vida y la terapia es como si tú y yo fuéramos dos escaladoras, cada una subiendo su propia montaña, cercanas, pero separadas por un pequeño valle. Yo soy capaz de ver el camino por el que puedes subir tu montaña, no porque la haya escalado antes, ni tampoco porque esté en la cima gritándote por donde has de subir y mucho menos porque sea más lista que tú, sino porque estoy situada en un punto desde donde puedo ver cosas que tú no ves. Esta es tu terapia, pero si fuera la mía tú también podrías hacerme indicaciones sobre el camino que me espera. Mi única ventaja respecto a ti en la terapia será la perspectiva. Pero aun así habrá cosas que yo no pueda saber sobre tu montaña, esas tendrás que contarlas tú, y yo no tendré más remedio que confiar en lo que me digas. Que la montaña que estás escalando sea la correcta o no es algo que solo podrás responderte tú, porque esto es solo una cuestión de valores. Por eso, aunque yo te pueda aconsejar sobre la senda que veo, no puedo subir la senda por ti, En realidad eres tú quien tiene la tarea más difícil”.

2. METÁFORA DEL JARDÍN

“Supongamos que cada uno de nosotros somos jardineros, las plantas son las cosas que más queremos en nuestra vida. Hemos seleccionado un lugar para plantar nuestro jardín, hemos distribuido las plantas dejando más terreno para las que más nos gustan, para las que queremos que más crezcan y menos espacio para las plantas que no son tan relevantes para nosotros. Hemos preparado la tierra, plantado semillas, algunas han brotado, unas con más fuerza, otras con menos... Y claro, algunas plantas importan más que otras, puede no ser lo mismo que se seque uno de los geranios a que se seque un rosal, el rosal puede que sea una de las plantas que más importen, que se cuide con más mimo...Ahora dime, ¿Cuáles son tus áreas o facetas de valor, como si fueran las plantas de tu jardín?, ¿Cuánto te importa cada una de ellas? Fíjate que no te pregunto cómo están actualmente, sino que sector ocupan en tu terreno, te pregunto sobre el valor que ellas tienen para ti...” “Entonces tenemos la planta de tu pareja que te importa mucho y le das

una importancia de sobre diez, el ámbito laboral que le has dado una importancia de ..., la planta de... Ahora bien, dime, actualmente ¿Cómo están las plantas de tu jardín, están frondosas o más bien mustias? Si las plantas hablaran del jardinero ¿qué crees que dirían? ¿Dirías tú que el jardinero está poniendo todo el abono necesario, que el trabajo que está haciendo es suficiente según la importancia que cada una de sus plantas tiene? Ahora te pido que mires tu comportamiento como jardinero y que me digas de cero a diez lo fiel que estas siendo con tus plantas...” “Podríamos decir que las cosas desagradables, las que de alguna manera no te están dejando cultivar las plantas que más quieres vendrían a ser las malas hierbas del jardín, éstas que crecen y lo ponen feo. Y dime tú como jardinero, ¿Qué haces con la mala hierba que aparece en tu jardín? Apenas ves que están apareciendo, rápidamente te afanas en arrancarlas ¿verdad? Y hacer esto rápidamente ¿hace que la mala hierba desaparezca por completo? Desaparece a la corta, pero a la larga, al otro día, que pasa... ¿otra mala hierba?, ¿En otro lugar? Y entonces, tú rápidamente a arrancarla...y de nuevo...En tu experiencia, ¿consigues erradicar por completo la mala hierba?” “Dime, si el jardinero sólo se ocupa de arrancar la mala hierba porque no la quiere tener en su jardín, porque si ve malas hierbas, no está dispuesto a cuidar del resto de plantas: ¿Qué pasaría si emplea todo su tiempo erradicar la mala hierba? ¿cómo estarían entonces sus plantas, solo dedicándose a cortar y cortar la mala hierba? ¿Podría regar, mover la tierra y abonar sus plantas? ¿Podría emplearse en cultivar sus plantas?... ¿Y si la mala hierba fuese parte de tener jardines? ¿Y si hubiese que aprender a vivir con lo que el jardín ofrece a cada momento? Porque, dime una cosa, siempre pendiente de la mala hierba... ¿Estás disfrutando de las plantas que te da tu jardín?...

3. METÁFORA DEL DENTISTA

“Si las cosas se están haciendo bien y vamos por el buen camino es posible que te sientas tremendamente mal o incluso peor que al inicio, es muy posible que las cosas empeoren antes de mejorar. Imagínate que vas al dentista con un diente muy dolorido. El dentista empieza a hurgarte en la boca y comienza a tocar los dientes que están sanos, hasta aquí tú estás satisfecho y tranquilo, porque no te ha hecho daño alguno, pero seguidamente explora el diente malo y te produce un gran dolor y encima te aplica en la encía una inyección muy dolorosa de anestésico para poder operar. Durante unos instantes sientes que el dolor que te

está haciendo es mucho mayor que aquel por el cual acudiste a consulta. Esto quiere decir que si el dolor aumenta es porque las cosas se están haciendo bien, se está trabajando donde hay que trabajar. Si el dentista no hubiera hecho esto, aunque tú te hubieras ido satisfecho porque no sentiste dolor, realmente no te soluciona el problema”.

4. METÁFORA DEL VASO SUCIO

Suponga que tener un vaso limpio y transparente fuera algo relevante para usted. Sin embargo, el vaso está muy sucio, lleno de partículas y elementos que no le gustan, le molesta verlos. Para poder conseguir ver el cristal transparente hay que echar agua, y durante el proceso el vaso estará aún más sucio que al principio. Es paradójico que esté más sucio cuando se está limpiando. La cuestión es que ese proceso turbio, confuso, donde el vaso parece más sucio que antes tiene un valor en tanto que es parte del proceso para conseguir limpiar el vaso

5. METÁFORA DEL POLÍGRAFO

“Imagina que estás sentado al borde de un tanque rodeado de tiburones y además estás conectado a un polígrafo extremadamente sensible. Tú tarea será evitar a toda costa presentar algún atisbo de ansiedad. Si sientes ansiedad, el asiento sobre el que estás sentado basculará e irás a parar directamente al tanque de los tiburones. ¿Qué crees que va a ocurrir? Como ya te habrás imaginado, es muy posible que acabes sintiendo ansiedad”.

6. METÁFORA DE LA LUCHA CONTRA EL MONSTRUO

¿Cuánto tiempo pasamos en nuestra vida luchando para controlar nuestras emociones, nuestros sentimientos, nuestro malestar, nuestra ansiedad, los recuerdos, etc.? Imagina tu problema actual (ansiedad, preocupación, recuerdos, culpabilidad, pensamientos negativos...). Ese problema se parece a una persona que estuviese unida a un monstruo por una cuerda y con un foso entre ambos. Mientras el monstruo está tranquilo, dormido, tumbado, podemos verlo, pero en cuanto despierta se hace insoportable, insufrible, y tiramos de la cuerda para conseguir tirar al monstruo al foso. A veces parece que se calma al

tirar de la cuerda, como si se diera por vencido, pero lo que ocurre a la larga es que cuanto más tiramos, más próximos estamos del filo del foso y, por el contrario, más grande, fuerte y amenazante está haciéndose el monstruo. Así la situación es que tienes que estar pendiente constantemente de si el monstruo se levanta para tirar de la cuerda, y, además, cuando tú tiras el monstruo también lo hace, lo que a veces lleva a que estés al borde del abismo. Y mientras, tu vida se limita a estar pendiente de la cuerda. Te gustaría no estar atado al monstruo, pero eso no es algo que pueda cambiarse, de manera que te planteas qué puedes hacer basado en tu experiencia. Una posibilidad para hacer tu vida es soltar la cuerda y ver al monstruo. Otra que tu vida se limite a estar pendiente de la cuerda.

7. METÁFORA DEL TABLERO Y LAS FICHAS O METÁFORA DEL AJEDREZ

Imagina un tablero de ajedrez infinito. Está cubierto de piezas blancas y negras. Trabajan juntas, en grupos, como en el ajedrez, las blancas contra las negras. Imagina a pensamientos, emociones y creencias como esas piezas. Observa cómo van en grupos también, ansiedad, depresión, angustia junto a “malos” pensamientos y recuerdos. Lo mismo ocurre con los “buenos”. Parece que para jugar hay que elegir qué equipo queremos que gane. Ponemos a los “buenos” en un lado y a los “malos” en otro. Nos subimos a lomos del caballo blanco y a luchar contra la ansiedad, la depresión... Es un juego de guerra. Pero hay un problema, y es que muchas partes de ti son tu propio enemigo y además como estás en el mismo plano que las piezas, pueden tan grandes o mayores que tú mismo. Y, además, cuantas más luchas, más grandes se hacen. Cuantas más luchas contra ellas más espacio ocupan en tu vida, más habituales, más dominantes... Parece lógico pensar que si consigues echar a un número suficiente de ellas conseguirás dominarlas, solo que tu experiencia te dice lo contrario. No consigues echar a las negras del tablero y la lucha continúa. Te sientes desesperanzado, no puedes ganar y no puedes parar de luchar. A lomos del caballo blanco luchar es tu única opción ya que las piezas negras parecen temibles. Sin embargo, vivir en zona de guerra no es forma de vivir. ¿Cómo puedo salir de esa guerra?: Tú eres el yo observador de esa guerra, pero no eres esa guerra, porque tú eres el tablero que contiene todas las fichas.

8. EJERCICIO DEL LIMÓN Y DE LOS ELEFANTES ROSAS

Objetivo: Los esfuerzos por controlar los pensamientos no son del todo efectivos.

Terapeuta: A veces ocurre que cuando uno deliberadamente intenta no pensar en algo, resulta muy difícil o no siempre funciona. Por ejemplo, le pido que haga todo lo que pueda por no pensar en “elefantes rosas”; venga, no piense en “elefantes rosas” ... ¿qué tiene? Cliente: No puedo, los veo. Terapeuta: Quiero que se dé cuenta también de que, muchas veces, los pensamientos muestran esta misma clase de problema. Imagine que le pido no tener pensamientos de ansiedad en el ejercicio del polígrafo. ¿Cuánto tiempo podría hacerlo con esa pistola apuntando a su cabeza sin tener ni siquiera un ligero pensamiento ansioso? Cliente: Bueno, tal vez pudiera hacerlo un poco más de tiempo que en el caso anterior, pero no mucho más. Terapeuta: Claro, dígame, ¿cómo podría asegurarse de que no está pensando en la ansiedad sin pensar en la ansiedad? De acuerdo, voy a darle más instrucciones: “Desde este mismo instante, no piense en limones. No piense en el color de un limón y no piense en la textura de la piel del limón, ni en lo que sentiría si lo cogiera. Y no piense tampoco en la forma del limón. No piense en cómo huele cuando lo corta en rodajas. Y, esto es especialmente importante, no se le ocurra pensar en cómo sabría el limón si usted muerde su pulpa. No piense en el sabor de su jugo ni en la sensación del líquido en sus dientes y en su lengua”. De acuerdo, ¿sería capaz de seguir esas instrucciones? Cliente (risas): Claro que no, usted está hablando de eso. No podría por menos que pensar en ello. Terapeuta: Claro, pero quiero que se dé cuenta de la diferencia que hay aquí. Intente seguir estas instrucciones: “No se dé palmadas en la cabeza. No levante su mano sobre la parte superior de la cabeza. No deje que la palma de su mano toque su cabeza y, especialmente, no deje que las puntas de los dedos toquen su cabeza. No deje que su mano se mueva arriba y abajo en absoluto”. Creo que no tendría ningún problema en seguir esas instrucciones. Cliente: No, por supuesto que no. ¡Eso es porque los pensamientos son una cosa distinta! Terapeuta: ¡Exacto! Esa es precisamente la cuestión. Algunas cosas son muy fácilmente controlables, pero con algunas es casi imposible. Es algo curioso. Y no parece que se trate de una cuestión de motivación. Por lo general, añadir motivación ayuda. Pero, incluso habiéndolo amenazado con dispararle, mi conjetura es que usted fallaría en el experimento del limón. Tal vez no inmediatamente, pero sí muy pronto. ¿Y en cuanto a no tocar su cabeza con la palma de su mano? Ahí sí creo que podría pasar un día, una semana o un año sin hacerlo si su vida dependiera de ello.

9. EJERCICIO DE CUALES SON LOS NÚMEROS

Objetivo: Experimentar el efecto aditivo de la historia y el efecto de la historia en el presente. La inutilidad

de la evitación de las reacciones de nuestra historia.

Terapeuta: Voy a decirle unos números que tiene que recordar, ¿de acuerdo? Los números son 1, 2 y 3. ¿Cuáles son los números? Cliente: 1, 2 y 3. T: Bien. Repita de nuevo, ¿cuáles son los números? C: 1, 2 y 3. (Se repite en alguna ocasión más) T: Ahora trate por todos los medios de olvidar que los números son 1, 2 y 3.

10. EJERCICIO DEL NOMBRE DE LA MADRE

Sigue la misma lógica que el anterior para ejemplificar que el nombre de su madre forma parte de su historia y –aunque no quiera decirlo– si alguien le preguntase cómo se llama su madre, el nombre de su madre y las reacciones asociadas al nombre estarían presentes de un modo u otro.

11. EJERCICIO DE LA CAJA LLENA DE COSAS

Un día, un profesor de filosofía empezó su clase tomando un frasco grande y vacío de mayonesa que llenó con pelotas de golf. A continuación, les preguntó a sus estudiantes que si el frasco estaba lleno. Y los estudiantes respondieron que sí. Pero el profesor tomó una caja llena de canicas y la vació dentro del frasco de mayonesa. Haciendo unos pequeños movimientos, Las canicas llenaron los espacios vacíos que había entre las pelotas de golf. Entonces, el profesor volvió a preguntar a los estudiantes que, si el frasco estaba lleno, y ellos volvieron a decir que sí. Pero el profesor tomó una caja con arena y la vació dentro del frasco. Sacudió un poco el frasco, y obviamente, la arena ocupó todos los espacios vacíos, así que el profesor volvió a preguntar que si el frasco estaba lleno. En esta ocasión, los estudiantes respondieron con un sí unánime. Pero el profesor agregó dos tazas de café al contenido del frasco y, efectivamente, aún había sitio para esa cantidad de líquido. Los estudiantes estallaron en carcajadas al comprobar la agudeza del profesor.

Cuando la risa se apagaba, el profesor les dijo:

–Quiero que se den cuenta de que este frasco representa la vida.

Las pelotas de golf son las cosas importantes en la vida como la familia, los hijos, la salud, los amigos, todo lo que les apasione de verdad. Son cosas que llenarían por completo su vida, aunque perdieran todo lo demás. Las canicas son las otras cosas importantes, como el trabajo, la casa, el abrigo, entre otras. La arena es todo lo demás, las pequeñas cosas.

Si ponen la arena en el frasco primero, ya no habrá espacio para las canicas, ni para las pelotas de golf. Lo mismo ocurre con la vida. Si gastamos todo nuestro tiempo y energía en las cosas pequeñas, nunca tendremos lugar para las cosas realmente importantes en la vida. Así pues, presten atención a las cosas que son cruciales para su felicidad. Jueguen con sus hijos, tómese tiempo para asistir al médico, vayan con su pareja a cenar, practiquen su deporte o afición favorita. Siempre habrá tiempo para limpiar la casa y reparar la llave del agua. Ocúpense de las pelotas de golf primero, de las cosas que realmente importan. El resto es sólo arena. ¿Uno de los estudiantes levantó la mano y preguntó que qué representaba el café?

El profesor sonrió y dijo: – ¡Me alegro de que me haga esa pregunta! –Exclamó el profesor–. El café sirve para demostrar que no importa cuán ocupada pueda parecer su vida, siempre habrá sitio para compartir un par de tazas de café con un amigo.

12. EJERCICIO DE LAS BOLAS DE PAPEL QUE TE IMPIDEN AVANZAR

Consiste en hacer a la paciente avanzar hacia sus objetivos figurados, mientras se la lanzan bolas de papel y se colocan otros impedimentos en su camino, hasta que se da cuenta que la única forma de avanzar es seguir adelante aun con todos esos impedimentos.

13. EJERCICIO DE LOS CALCETINES DE ROMBOS

Terapeuta: Hagamos un pequeño ejercicio inocente. ¿Se ha fijado cuánta gente usa calcetines de rombos? Cliente: No ¿Por qué lo haría? Terapeuta: OK. Bueno, lo que quiero que haga es que, en verdad, realmente desarrolle una fuerte convicción de que los estudiantes deben usar calcetines de rombos. Que lo sienta realmente como que debe ser así. ¿Usted lo cree? Cliente: No Terapeuta: OK. Ahora quiero que imagine que aun cuando no pueda sentir la convicción señalada, usted va a actuar de forma que haga que los estudiantes piensen que usar calcetines de rombos es importante. Vamos a pensar cómo lograrlo. Por ejemplo, podría escoger los dormitorios donde haya bajos porcentajes de estudiantes con calcetines de rombos ¿qué otra cosa? Cliente: Podría darles un sopapo a los alumnos que no los usen Terapeuta: Muy bien ¿qué más? Cliente: Podría repartir calcetines de rombos gratis para los estudiantes Terapeuta: ¡¡Super!! Hay que notar algo. Siendo estas sean acciones sencillas, usted podría hacerlas con facilidad Cliente: Y podría ser recordado por siempre como el tonto que repartía calcetines Terapeuta: Sí y posiblemente por su compromiso con esto,

como la persona responsable por poner nuevamente de moda los calcetines de rombos. Pero también notemos esto: Si usted se comporta de esta forma, nadie podría saber que a usted en verdad no le interesan los calcetines de rombos. Todo lo que otros verán serán sus huellas... sus acciones Cliente: O Terapeuta: Ahora aquí va una pregunta. Si usted hizo esto ¿estaría siguiendo un valor que dice que los calcetines de rombos son importantes? ¿Será que de hecho usted otorga importancia a los calcetines de rombos? Cliente: Seguro, los valores se demuestran en las acciones

14. EJERCICIO DEL FUNERAL

Primero se le enseñará un vídeo de unos individuos asistiendo a su propio funeral. Posteriormente se les pedirá que cierren los ojos: Imaginad el día de vuestro funeral, al que acuden vuestros seres queridos y conocidos. Imaginad que podéis observar y atender vuestro funeral. Fijaos en las personas que han ido a despedirse de vosotros... vuestra familia, vuestros amigos, vuestros compañeros, etcétera. Imaginad que uno de ellos se levanta para decir unas palabras de vosotros. Pensad, ¿Qué os gustaría que dijese de vosotros? ¿Qué os gustaría que recordasen de vosotras? (3 minutos de silencio). Tras finalizar el ejercicio se pondrá en común las reflexiones de cada una de las pacientes.

15. EJERCICIO DEL EPITAFIO

Uno de los ejercicios más poderosos de “establecimiento de horizontes” es éste. El diálogo que sigue fue con una cliente que se sentía mal por la falta de sentido de su vida. Con este ejercicio se trata de dejar constancia de que, al comportarse incluso “sin horizonte”, uno se comporta al servicio de algo. Terapeuta: Si estás dispuesta, me gustaría que hiciéramos un ejercicio. Quizá sirva para darte información que no conoces o puede que simplemente te dé lo que ya sabes. Vamos a ver qué sucede, ¿preparado? Cliente: Vale Terapeuta: Quiero que cierres los ojos y te centres en mi voz...trata de relajarte durante unos minutos y deja al margen las cosas de las que hemos estado hablando... (El terapeuta hace relajación durante dos o tres minutos.) Ahora quiero que imagines que has muerto y que eres capaz de asistir a tu funeral en espíritu...Quiero que te veas yaciendo y que mires y escuches los elogios hechos por tu mujer, tus hijos, tus amigos, la gente con la que has trabajado...Imagina que estás en esa situación...Ahora quiero que visualices lo que te gustaría que estas personas que fueron parte de tu vida recordaran de ti. ¿Qué te gustaría que tu mujer dijera de ti, como su marido, su compañero? Deja que ella hable sobre eso. Sé valiente. Deja que

ella diga exactamente lo que realmente a ti más te gustaría que ella dijese sobre ti si tuvieras total libertad sobre lo que eso podría ser... (Permita que el cliente habla.) Ahora, ¿qué té gustaría que tus hijos recordaran de ti, como padre? De nuevo, sé valiente. Si pudieras hacerles decir algo, ¿qué sería? Incluso si actualmente no has cumplido con lo que quisieras, deja que ellos digan lo que a ti más te gustaría... (Permita que el cliente hable.) Ahora qué degustaría que tus amigos dijeran sobre ti, como un amigo. Déjalos decir todas esas cosas que a ti te gustaría que dijeran y no retengas nada. Deja que digan lo que más te gustaría que dijeran. Haz una nota mental de estas cosas cuando los oigas hablar... (El terapeuta puede continuar con esto, hasta que sea claro que el cliente ha entrado en el ejercicio. Entonces el terapeuta ayuda al cliente a volver a la sesión y comentan sobre el camino que la cliente tiene el camino que quisiera tener. El objetivo es clarificar valores y situar las barreras.) Escribir un epitafio Se pide al cliente que escriba un corto elogio a modo de epitafio imaginario. Al hacerlo, con frecuencia se observa la disonancia entre los valores del cliente y las acciones actuales. Terapeuta: Cuando la gente muere, lo que ellos dejan detrás no es lo que ellos tuvieron, sino lo que ellos significaron, las huellas que dejaron. Por ejemplo, ¿has escuchado hablar alguna vez de la madre Teresa de Calcuta? Cliente: Claro. Una monja dedicada a los demás. Terapeuta: Correcto, por eso sabemos de ella. En ese sentido, imagina que tú puedes escribir tu epitafio y que diga lo que tú representaste en tu vida. ¿Qué quisieras resumir en ese epitafio?; piénsalo por un minuto. Cliente: No sé, es difícil...” Que quise y ayudé a mi familia y a mis compañeros, que cumplen mi trabajo. “Terapeuta: Ahora, déjame preguntarte: cuando tú miras lo que haces, ¿encuentras que estás dejando esas huellas? ¿Estás ayudando a tu familia y compañeros, estás cumpliendo en tú trabajo? Cliente: No, pero es que otros podrán, pero yo no estoy seguro de que pueda hacerlo. Terapeuta: Vale, me permites que te diga que entonces querrías un epitafio que dijera algo así como “gastó su vida entera diciendo que quería ayudar a su familia y cumplir en su trabajo y finalmente murió preguntándose si podría hacerlo”

16. EJERCICIO DEL EPITAFIO Y EL FUNERAL

que van en la misma dirección (véanse a continuación). En el primero se le pide que diga cuál sería el epitafio que resumiría su vida y, después el epitafio que le gustaría que resumiera su vida. Esto se contrasta con lo que esté haciendo ahora mismo: se plantea, entonces, si es ahí donde quiere seguir y para qué epitafio está trabajando. El ejercicio del funeral plantea la cuestión de los valores a otro nivel, pero con el mismo objetivo.

En éste se plantea que sean otros quienes digan lo que a él le gustaría que dijese de él una vez que hubiera fallecido. Se conecta con el ejercicio del vendedor de calcetines y con el jardinero (¿qué dirían los compradores del vendedor de calcetines?, ¿acaso que era una persona a quien no le gustaban los calcetines que no le gustaba venderlos? ¿Qué dirían las plantas frondosas si pudieran hablar sobre el jardinero que las ha cuidado? Planteamos al cliente que en los momentos más graves busque la conexión con lo que le importa en la vida. Es lo mismo que ocurre cuando uno pasa por momentos determinantes en su vida, como si un impacto “agitara” la relativa calma en la que se vive y dijera: “¡eh!, después de esto, vas a estar haciendo esto toda tu vida, mira por aquí, hay más cosas. Elige lo de siempre o da pasos en otra dirección, pero, en cualquier caso, hazlo con fuerza y con significado, o sea, porque te importe lo que haces, ¡y al cien por cien!”. En los momentos peores, le preguntamos al cliente por lo que está sintiendo y por lo que ese sufrimiento está bloqueando. Le pedimos que note si elige poner sus pasos en una nueva dirección, aunque su cabeza se mantenga diciendo lo de siempre y forzando mentalmente en la vieja dirección. Finalmente, la exposición al dolor (o como quiera que se denomina o presente) en sesión es un elemento básico en el trabajo para la clarificación de lo que importa. Por tanto, dado que los valores guían la terapia, la exposición será una actuación frecuente

17. METÁFORA DE LA HUERTA

Objetivo: Continuar con el compromiso hacia valores, aunque se pueda dudar por dónde empezar o si hay que cambiar de un objetivo a otro. Imagine que usted selecciona un lugar para plantar un pequeño huerto. Prepara la tierra, planta las semillas y espera a que broten. Mientras tanto, empieza a fijarse en un lugar justo al otro lado de la carretera, el cual también parece un buen sitio, incluso puede que un sitio mejor. Así pues, arranca sus vegetales, cruza la calle y planta allí otro huerto. Los valores son como huertos: puedes cultivar algunas cosas muy rápidamente, pero otras requieren tiempo y dedicación. De modo que la cuestión es “¿Quiere usted alimentarse tan sólo de lechugas o quiere alimentarse de algo más sustancial, patatas, remolachas y similares?” Algunas veces es mejor trabajar en el huerto que ya tiene que arrancar los rodrigones una y otra vez. Ahora bien, por supuesto, si usted se queda en el mismo sitio empezará a notar las imperfecciones. Puede que la tierra no esté al nivel que parecía estar cuando usted empezó, o tal vez el agua tenga que traerse desde muy lejos. Algunas cosas que plantó parecen tomarse una eternidad para

brotar. A veces, la planta que cuidó con más esmero no ha dado las flores que esperaba. En ocasiones como éstas su mente le aconseja que “debería haber plantado en otra parte”, “que probablemente esto nunca funcionará”, “que fue una de sus estupideces pensar que podría hacer crecer algo aquí”, “que no merece la pena seguir”, etc. Las cuestiones, ¿puede continuar regando, desbrozando y cavando, incluso si aparecen esos pensamientos y sentimientos? También le pedimos al cliente que piense en grandes jardines, jardines al estilo inglés, jardines japoneses. Algunos requieren varias generaciones de jardineros para madurar. Pero sea el tipo de jardín que sea, todos contienen el cariño, el esfuerzo y la persistencia de todos esos jardineros. Algunos de los valores que un cliente tiene tal vez no sean realizables en un momento dado. Le decimos, entonces: el buen hortelano sabe que hay tareas para todo el año. La parte más evidente de la horticultura es plantar y cosechar, pero incluso durante el invierno hay faenas que hacer. Si los árboles frutales tienen que producir el próximo verano, deben podarse en el invierno. Está la planificación y la preparación del suelo y todas las cosas que hacen posible la horticultura. Si un cliente tiene algún valor que no puede realizarse inmediatamente, pregúntesele si hay alguna forma en que él pudiera preparar el terreno para cuando sea el tiempo adecuado

18. METÁFORA DEL SENDERO DE LA MONTAÑA

Imagina que estás haciendo una caminata por la montaña. Ya sabes cómo hacen esos senderos de montaña, sobre todo cuando las pendientes son empinadas: se retuercen a un lado y a otro y forman giros en los que uno, literalmente, va y vuelve y, a veces, descienden por debajo del nivel que ya había alcanzado un momento antes. Si, en un punto concreto del sendero, yo te pidiera que evaluaras lo bien que estás llevando a cabo tu objetivo de llegar a la cima, iba a escuchar una historia diferente en cada momento: Si te encontraras en una zona donde el camino serpentea, probablemente me dirías que las cosas no están yendo demasiado bien y que nunca ibas a conseguir llegar a la cima; si estuvieras en una zona de terreno despejado desde la que pudieras ver la cumbre de la montaña y el sendero que conduce hasta allí, probablemente me dirías que lo estabas haciendo bien. Ahora, imagínate que vamos por el valle observando con unos prismáticos a la gente que está haciendo senderismo por ese camino. Si nos preguntaran qué tal lo estaban haciendo, les daríamos un informe positivo cada vez. Nosotros podríamos ver que la dirección general del sendero –no lo que se aprecia en un momento determinado, sobre el terreno– es la clave para el progreso.

Veríamos que seguir ese enrevesado sendero serpenteante es, precisamente, lo que conduce a uno hasta la cima.

19. METÁFORA DEL ESQUIADOR

Imagina que estás esquiando. Te subes al telesilla hasta la cumbre de la montaña y te dispones a descender con los esquís cuando aparece un tipo y te pregunta a dónde vas. ‘Voy hasta el refugio, al pie de la montaña’, le contestas. Él te dice: ‘Yo te puedo ayudar’ y, rápidamente, te agarra y te mete en un helicóptero, te lleva volando hasta el refugio y, luego, desaparece. Entonces, tú miras a tu alrededor, aturcido, vuelves a subirte al telesilla hasta la cumbre de la montaña y estás a punto de descender con los esquís cuando el mismo tipo te vuelve a agarrar, te mete en el helicóptero y te lleva otra vez, al refugio. Seguro que ibas a estar algo molesto ¿verdad? Probablemente dirías: ‘¡Eh! ¡Que quiero esquiar!’. Esquiar no consiste meramente en llegar al refugio. Eso se puede conseguir de muchas maneras. Esquiar es una manera concreta de llegar hasta allí. Pero date cuenta de que llegar al refugio es importante para esquiar porque nos permite llevar a cabo el proceso. Valorar el descenso más que el remonte es necesario para bajar la pista esquiando. Si intentas ponerte los esquís para subir la montaña en vez de bajarla, ¡no vas a poder conseguirlo! Todo esto se puede expresar mediante una paradoja: el resultado es el proceso mediante el cual el proceso puede llegar a ser el resultado. Necesitamos objetivos, pero lo realmente importante es que participemos plenamente del viaje

20. METÁFORA DE LA BURBUJA QUE AVANZA

Suponga una burbuja de jabón. ¿Ha visto cómo las burbujas grandes tocan a las pequeñas y las pequeñas son absorbidas por la grande? Imagine ahora que usted es una burbuja de jabón y se mueve por el camino elegido. De repente, otra burbuja aparece y se pone frente a usted y le dice “stop”. Para un momento e intenta esquivarla. Pero, cuando se mueve, la burbuja le bloquea; si va hacia arriba, la burbuja se pone arriba, si va hacia abajo, la burbuja se pone abajo. Sólo tiene dos opciones: puede dejar de moverse, pararse, o bien puede tomar la burbuja dentro de usted, abriendo las puertas del corazón al contenido que sea, y continuar en la dirección valiosa con esa burbuja dentro. Este movimiento es lo que significa estar dispuesto o abierto. Sus barreras ahora mismo son “no estoy dispuesto, no quiero, no puedo con tanto dolor, tristeza...”. Ellos están realmente dentro de usted, pero parece que estuvieran fuera. Estar abierto a esas

barreras no es un sentimiento o un nuevo pensamiento, es lo de menos, es una acción que responde a la pregunta que la barrera le hace cuando se pone delante de usted: ¿me vas a tener dentro porque eliges hacerlo, o no? Para caminar por la dirección valiosa, debe responder sí, pero eso es algo que sólo usted puede hacer; sólo usted elige moverse de un modo u otro. Lo que nos enseña esta metáfora es que cuando ocurren eventos negativos, en vez de maximizarlos y convertirlos en muros infranqueables, debemos comprender que son parte nuestra y debemos aceptarlos e integrarlos al igual que los eventos positivos. Si no, lo que haremos será evitarlos y por tanto se convertirán en muros cada vez más altos, más fuertes que no nos dejarán continuar nuestro camino hacia la realización de las cosas realmente importantes, de disfrutar de nuestra familia, amigos e ir hacia nuestros valores o aquello que es realmente importante para nosotros. Cuando lo aceptamos y lo integramos como una parte más de nuestra vida, es cuando le quitamos peso, dejan de interrumpirnos o bloquearnos el camino y podemos seguir avanzando y dedicando el tiempo a lo que realmente nos interesa y nos aporta.

21. EJERCICIO DE REPETIR MUCHAS VECES UNA PALABRA

Terapeuta: Vamos a hacer un pequeño ejercicio. Le voy a pedir que diga una palabra. Entonces me dice lo que le viene a la mente. Le voy a decir la palabra “leche”, dígala ahora. Cliente: Leche. Terapeuta: Bien, ahora dígame lo que se le ocurra cuando la dice. Cliente: Tengo leche en el frigorífico. Terapeuta: Bien, ¿qué más?, ¿qué aparece cuando dice “leche”? Cliente: Una imagen de la leche Terapeuta: Bien, ¿qué más? Cliente: ¿Qué más? Que puedo saborearla Terapeuta: Exactamente. ¿Puede sentir como si realmente estuviese

tomando un vaso? Caliente, cremosa, ¿es así? Cliente: Sí, eso es Terapeuta: Bien, ahora deje ya de verlo. Lo que acudió a su mente fueron cosas relacionadas con la leche y su experiencia con la leche Todo lo que pasó fue que hicimos un extraño sonido –una palabra- y afloraron un montón de cosas. Note que aquí no hay leche en ningún lado. Pero la leche estaba presente en un sentido psicológico. Vd y yo estábamos viéndola, paladeándola, sintiéndola y sin embargo, sólo la palabra era la que estaba presente. Ahora vamos a hacer un pequeño ejercicio, si desea intentarlo. Es un poco tonto, y podría sentirse un poco avergonzado haciéndolo, pero yo voy a hacerlo junto con Vd y así nos sentiremos los dos un poco tontos juntos. Lo que le pido es que diga la palabra “leche” en voz alta, rápidamente, una y otra vez, y que note lo que pasa. ¿Quiere

intentarlo? Cliente: Bueno. Terapeuta: Bien. Hágalo, diga: "leche" una y otra vez. (Cuando el cliente comienza a hacerlo, el terapeuta lo hace también, le dice: "Tan rápido como pueda, hasta que le diga que pare. Más rápido, Más todavía, Más rápido. Durante esto, el terapeuta continúa repitiendo y diciendo en voz alta la palabra. Esto dura al menos dos o tres minutos). Terapeuta: Muy bien, pare ahora. ¿Ha notado lo que ha sucedido con los aspectos psicológicos de la "leche" que estaban hace unos pocos minutos?, ¿qué pasó con la leche? Cliente: Después de 40 veces desapareció. Sonaba extraño, parecía un sonido más que una palabra. No me trae nada a la mente. Terapeuta: Claro. La cremosidad, el calor, han desaparecido. La primera vez que lo dijo, parecía como si la leche estuviera aquí realmente. Pero lo único que sucedió fue que dijo una palabra. La primera vez que lo dijo tenía significado, casi parecía algo sólido. Pero cuando lo ha dicho una y otra vez, comenzó a perder significado y las palabras comenzaron a sonar sólo como sonidos. Cliente: Eso es. Terapeuta: Bueno, cuando Vd se dice cosas a sí mismo, además de cualquier significado que haya tras esas palabras, ¿no es cierto que esas palabras sólo son palabras? Las palabras son como humo. No hay nada sólido en ellas. ¿Es diferente "leche" a "soy despreciable"?

22. EJERCICIO DEL LIMÓN

Te voy a pedir ahora mismo que no pienses en un limón. Por favor, NO pienses en un limón grande y amarillo. El resultado es que nadie puede sacárselo de la mente. No se puede evitar pensar en algo de forma activa. Si lo pruebas, se producirá el efecto contrario. Eso mismo sucede con las emociones negativas: los nervios, la vergüenza, la tristeza y demás.

23. LLEVA TU MENTE A DAR UN PASEO

El objetivo del cliente consiste en caminar a pesar del flujo continuo de verbalizaciones negativas. Si el cliente se para o intenta replicar a la mente, el terapeuta inmediatamente dice "¡pasa de tu mente!" como señal de que el cliente ha sido absorbido por el contenido negativo y necesita de fusionarse de él para seguir andando. En este ejercicio, como en el resto del recorrido terapéutico, utilizamos un lenguaje que sirva para contactar con la actividad del cliente. Es un lenguaje que puede parecer dualista, pero aquí no se trata de realizar análisis conceptuales sobre la naturaleza humana, sino de generar las condiciones para que el cliente aprenda, en este caso, a tomar la dirección de su vida, y ello implica que aprenda a detectar lo que

su sistema verbal —diremos también su mente— le proporciona en cada circunstancia como producto de su historia individual. Le decimos que en este ejercicio vamos a tratar de notar nuestra mente, cada uno la suya. Se trata de que gastemos un tiempo en apreciar lo que nuestro sistema verbal, nuestra mente, no dice, como el consejero que todos tenemos, ese consejero que cada uno tiene, que lleva tanto tiempo con uno y que siempre estará con nosotros de un modo u otro. Le decimos: entonces, aquí estamos ahora cuatro. tú y tu mente y yo y mi mente. Llamamos a este ejercicio «Llevemos la mente a dar un paseo», y tiene tres partes. Lo que importa en este ejercicio es que tu elija la trayectoria y forma de tu paseo mientras que, a la par, tu mente le seguirá por donde usted vaya. Nota todo lo que tu mente te dice y simplemente no le hagas caso. En la primera parte, iras a pasear y yo haré como si fuera tu mente, me pondré a su lado y haré lo que las mentes saben hacer (decir cosas que a veces gustan y otras no, criticar, analizar, juzgar, opinar, aconsejar, decir lo que hay que hacer, reganar, engatusar, animar, etc.). Sabe que tu mente no tiene pies, de modo que yo iré detrás, muy cerca de tu oreja para que me oigas, a donde vayas. Durante cinco minutos, yo seré tu mente. Después, por otros cinco minutos, tu serás mi mente e iras a mi lado, cerca de mi oreja diciendo lo que sea. Será mi paseo. Después, por otros cinco minutos, cada uno de nosotros tomará su paseo individualmente con su mente familiar, oyéndola, pero sin hacerle caso, como habremos hecho en los cinco minutos previos. Notaremos lo que nuestra mente nos diga sin hacerle caso y haremos lo que cada uno de nosotros en cada momento elija hacer. ¿Preparado? (En los cinco minutos en los que el terapeuta actuará de mente del cliente, dirá contenidos positivos y otros que sabe que son particularmente problemáticos para el cliente en tanto que actúan como si fueran barreras físicas para actuar en dirección valiosa.) Terapeuta y cliente salen a pasear, Al concluir el ejercicio, terapeuta y cliente comentan sobre lo activa que ha sido su mente durante el ejercicio. Se le plantea si ha escuchado lo que su mente le decía sin más o si se ha visto «atrapado» por lo que le decía, atrapado por las palabras, y eso ha afectado a la dirección de su paseo.

24. EJERCICIO DE LAS CARTAS CON CONTENIDOS

Se le van lanzando cartas por la cabeza y se le dice que las aparte los más rápidamente posible mientras tiene la tarea de contar de cien a diez hacia atrás. El ejercicio ilustra la posibilidad de una relación distinta con las experiencias internas para que éstas no se conviertan en un obstáculo para los valores personales:

*¿qué posibilidades se abren cuando no luchamos ni nos enredamos con nuestras emociones pensamientos?
¿qué pasaría si pudiéramos hacerles espacio a esas experiencias y pusiéramos nuestras energías en lo que
queremos que sea importante en nuestra vida?*

25. EJERCICIO DE LA POLARIDAD MENTAL

La técnica de la polaridad consiste en que el terapeuta detecte una afirmación verbal del sujeto en la que dos aspectos de la misma se hallen en oposición – normalmente va acompañada de algún indicador verbal o paralingüístico que la persona expresa y a la vez experimenta con una sensación de conflicto o coerción entre las partes- o bien, una posición en la que la persona está rígidamente aferrada a un polo del continuum y no es capaz de moverse ligeramente hacia el otro polo. En estos casos, se trata de posicionarla en el polo en que le cuesta situarse y centrarla en las sensaciones, las emociones y los pensamientos que le provoca estar ahí. El trabajo con las polaridades tiene como objetivo darse cuenta de las incongruencias entre los diferentes niveles del ciclo de la experiencia y, por tanto, darse cuenta del conflicto. Se trata de ayudar a encontrar un punto en el continuo de las polarizaciones que haga más fácil moverse adaptativamente en la situación conflictiva, e integrar estos dos polos del continuum como propios (el asumido ya como propio y el negado).

26. EJERCICIO DEL OBSERVADOR

Objetivo: Tomar posición del yo como contexto.

Con el fin de que la persona experimente que él no es equivalente a sus conductas también se puede realizar el ejercicio del observador de sí mismo. Este ejercicio consiste, básicamente, en hacer que el cliente haga contacto con la variedad de pensamientos, emociones, sentimientos, roles, apariencias, etc. que ha tenido a lo largo de su vida. Toda esta variedad no ha mermado su identidad personal. Cada uno de nosotros ha seguido siendo él mismo a pesar de estar a veces triste y otras alegre, a veces ilusionado y otro desesperado, a veces ser hijo y a veces ser padre, a veces ser un niño y otras un adulto, etc. Hay algo que permanece constante en cualquier experiencia que uno tiene. Así, el ejercicio que a continuación se detallará tiene como propósito el que la persona haga contacto con esa experiencia de trascendencia comportamental. Para ello se solicita al cliente que se siente en una silla cómoda y cierre los ojos. A continuación, se le pide que haga

contacto con la situación que se presenta en ese momento. Que note el contacto de su cuerpo con la silla y con sus ropas, con el suelo, su respiración, los ruidos de la habitación, etc. Una vez hecho esto se van presentando distintas situaciones. Por ejemplo, se pide que recuerde un momento en que él era un niño de pocos años, y también otro en que fuera mayor. O un momento en que hubiera estado feliz y otro muy triste, etc. Lo importante es que, a medida que realiza el ejercicio, el terapeuta insista en que el cliente tendría que hacer contacto con el hecho de que hay algo que en todas las situaciones (por contradictorias que sean) ha permanecido constante: Este «algo» es «el observador de sí mismo». A pesar de que los sentimientos, pensamientos o roles desempeñados por el cliente han sido muy diversos, el observador ha sido siempre el mismo: él mismo. Se ha de insistir que no se trata de una «creencia» racional, sino de una experiencia. El cliente ha de experimentar, realmente, que a pesar de haber hecho cosas muy distintas ha seguido siempre manteniendo un aspecto que es común a todas estas conductas: el observador. No soy mis papeles (roles), soy algo más: vamos a examinar un cierto número de áreas diferentes de su vida. Empecemos por notar sus facetas. Considérese a usted mismo en el trabajo, intente visualizar una imagen de usted mismo en su trabajo. Advierta que mientras está trabajando interactúa con otras personas y advierta también que cuando está allí, está en su papel de trabajador. Ahora imagínese en casa: advierta cómo funciona como compañero y como padre. Note que puede haber una cierta superposición, pero que también hay papeles distintos que usted desempeña como padre, como marido. Ahora piense acerca de su pasado por un momento. Cuando era un niño y estaba con sus padres en el papel de hijo. Algunas veces usted desempeñaba el papel de hijo “bueno”; otras, de hijo travieso. Cuando iba al colegio desempeñaba el papel de estudiante. Advierta que, ahora mismo, está interpretando el papel de PACIENTE. Ahora note que, aunque ha desempeñado diversos papeles, hay un yo en usted que es consistente a través de todos ellos. Caiga en la cuenta de que sus papeles cambian en el transcurso del día y que han cambiado también en el curso de su vida, pero que en todas esas ocasiones estaba ese “yo”, una persona, un sí mismo que permanecía siempre idéntico. Esa persona que desempeñaba todos esos papeles allí, es la misma persona que está aquí y ahora en este lugar. Sólo por un momento, permítase a sí mismo notar este hecho central: “aunque tengo diversos papeles, yo no soy mis papeles”. No soy sólo mi cuerpo, soy algo más: examinemos ahora su cuerpo. Considere su cuerpo tal y como es ahora mismo. Intente visualizar una imagen de su cuerpo

como adolescente, permítase deslizarse dentro de la piel de ese adolescente. Imagine que, desde el interior de aquel cuerpo, se mira a sí mismo. Advierta que su cuerpo de entonces es diferente del que tiene ahora. Ahora representese a sí mismo como un niño. De nuevo, déjese deslizar dentro de la piel de ese niño por un momento. De nuevo, mire hacia ese cuerpo. Mire esas pequeñas manos. Imagine que, al mirarse, mueve las manos delante de sus ojos. Advierta la diferencia entre esas manos pequeñas de entonces y sus manos actuales. Ahora, quisiera que se representara a sí mismo en aquella ocasión en que estuvo enfermo. Note cómo se siente ese cuerpo. Quizá tuviera náuseas o fiebre, quizá le doliera la cabeza o los músculos. Ahora imagine una ocasión en la que estuviera inmerso en alguna actividad física muy vigorosa. Permítase notar la sensación de la sangre corriendo por sus venas, la sensación del aire entrando y saliendo de sus pulmones. Ahora quiero que note que su cuerpo cambia constantemente. Ha sido pequeño y grande, ha estado sano y enfermo, activo e inactivo. Advierta que, a través de todos esos cambios, la persona que estaba cuando era pequeño es la misma persona que se hizo más grande. El sí mismo que estuvo enfermo es el mismo sí mismo que ha estado sano. Caiga en la cuenta de que, incluso si hubiera perdido un brazo, aún serías TU, sólo que habrías perdido un brazo. Tan sólo por un momento, advierta que, aunque tiene un cuerpo, usted no es su cuerpo. Note que, aunque su cuerpo ha cambiado en el transcurso de su vida, todo ese tiempo había un “persona” que permanecía siempre el mismo. La persona que tenía ese cuerpo es la misma persona que está ahora aquí SENTADO. Por un segundo, permítase notar este hecho fundamental: “aunque tengo un cuerpo, no soy mi cuerpo”. No soy mis emociones, soy algo más: ahora examinemos sus emociones. Piense en aquel momento en el que usted estaba tan triste como no ha vuelto a estar nunca más. Déjese deslizar en esa experiencia por un instante.

Ahora imagine aquel momento en que estuvo más feliz que nunca. Imagine un ejemplo concreto. Cuando lo tenga en mente, permítase deslizarse en esa situación. Permítase sentir lo que sentía al estar allí...al sentir aquello. Ahora piense en alguna ocasión en la que estuviera aburrido. Representese esa situación y sumérgase en ella. Recuerde ahora alguna vez en que estuviera contrariado, indeciso. Imagínela. Imagine estar en aquella situación Ahora representese una ocasión en que estuviera enamorado. Sienta como sentía aquello. Las mariposas del estomago.bn Quiero que note que, a través de todos esos cambios, el “yo” que estaba triste es el mismo “yo” que estaba feliz. La persona que estaba enamorado es la misma que estaba

aburrida. Advierta que, aunque sus emociones han cambiado constantemente, había una persona que tenía todas esas emociones. Sólo por un momento, caiga en la cuenta de que, aunque tenga emociones, usted no es sus emociones. Note que, aunque sus emociones han cambiado a lo largo de su vida, en todo momento había una “persona” que permanecía siempre. El usted que tenía esas emociones es el mismo usted que está aquí ahora. Por un momento tan sólo, déjese notar este hecho fundamental: “aunque tengo emociones, yo no soy mis emociones”. No soy mis pensamientos soy algo más: examinemos ahora un área en verdad muy peliaguda. Examinemos sus pensamientos. Piense en cuando era estudiante y note que usted pensaba un montón de cosas acerca de ser estudiante. Advierta que usted puede no haber pensado nada en absoluto de eso en los últimos años. Caiga en la cuenta de que, en ese tiempo, usted podía tener pensamientos acerca de sus amigos de la escuela. Ahora recapacite cuándo fue la última vez que pensó en ellos. Quizá no haya pensado en ellos durante años. Vea si puede recordar alguna ocasión en la que usted pensaba que algo era verdadero y que ahora no piensa que sea verdad. Puede que cuando era niño pensara que existían los Reyes Magos, pero ahora no lo piensa así. Puede que alguna vez usted pensara que se casaría y que viviría feliz para siempre, pero ahora no lo piensa así. Tal vez usted pueda recordar un tiempo en el que pensaba mucho en la política, pero ahora quizá no lo haga. O puede que sea justo, al contrario, que ahora piense en cosas en las que entonces no pensaba. Note

que antes de esta sesión usted podría haber estado pensando sobre qué hablaríamos hoy. Quizá justo ahora esté pensando acerca de este ejercicio. Intente recordar en qué estaba pensando ayer a la misma hora que hoy. Trate de recordar qué estaba pensando la semana pasada, a esta misma hora. Ahora, advierta que la persona que estaba pensando acerca de eso la semana pasada es la misma persona que está aquí, ahora mismo, pensando en esto. Note que esa persona que una vez creía en ciertas cosas es la misma persona que ahora piensa de forma diferente. Esa persona que siempre ha estado ahí eres TU. Caiga en la cuenta de que, aunque sus pensamientos hayan cambiado constantemente, había un “YO” que tenía todos esos pensamientos. Por un solo instante, note que, aunque usted tenga pensamientos, usted no es sus pensamientos. Note que, aunque sus pensamientos han cambiado en el transcurso de su vida, todo ese tiempo había un “YO” que permanecía INMODIFICABLE. El usted que tenía esos pensamientos es el mismo usted que está aquí ahora. Sólo por un momento, permítase notar este hecho fundamental: “aunque tengo

pensamientos, yo no soy mis pensamientos”. Ahora, recapacite en lo que hemos revisado, roles, cuerpo, emociones, pensamientos, en que hay una corriente de cosas que han cambiado y que, sin embargo, usted podía notar un usted que permanecía constante. Desde esta perspectiva, advierta todas las cosas con las que ha estado luchando (poner ejemplos concretos de los eventos psicológicos –pensamientos, emociones, etc.- con los cuales el cliente ha estado luchando). Advierta que no importa cómo sean eso pensamientos, ya que hay un usted que permanecerá a través de ellos. No importa cómo se desarrolle la lucha, pues usted estará allí al final, siempre, detrás de todos esos pensamientos, emociones, etc. Note que, aunque esas cosas parecen amenazarle, usted es mucho más quedádselas, hay una parte de usted mismo que no está, y no ha estado nunca, realmente amenazado. Hay un usted que persiste a todos los pensamientos, sensaciones, recuerdos. Y ahora, en este momento, advierta ese usted que está aquí y ahora, que está advirtiendo todo esto.

27. METÁFORA DEL INVITADO INDESEADO

Imagina que un día decides dar una fiesta para todos tus amigos. Coges tu teléfono y empiezas a invitar gente. Quieres que sea una gran fiesta, así que dices “todos estáis invitados” Cuando llega el gran día, preparas el lugar para la fiesta. Estas realmente contento. Pronto los invitados comienzan a llegar. Después de un rato, todos han llegado y te lo estas pasando realmente bien. Entonces suena el timbre, y piensas ¿Quién podrá ser? Seguramente me debo haber olvidado de alguien. Ahí está una persona, que definitivamente no querías en tu fiesta, es tu vecino Brian. Brian, debe de ser una de las personas más molestas que conoces. Es rudo, gruñón, se queja mucho y no es muy dado a la higiene personal. Es la última persona que querrías en tu fiesta. Pero antes de que te des cuenta entra en tu casa, sin ni siquiera saludar. Se acerca a tus huéspedes y es mal educado. Se sirve por sí mismo comida y bebida, y en general actúa de una forma extraña con tus amigos. Y de una forma comprensible, te sientes molesto, avergonzado y enfadado. Y antes de que pase mucho tiempo te acercas a Brian y le dices “ya está, quiero que te vayas”. Una vez que se va te sientes aliviado, vuelves a la fiesta y empiezas a pasártelo bien, pero después de un rato se escucha el timbre de nuevo. Y cuando vas a ver quién es, te das cuenta de que Brian ha regresado. Antes de que puedas detenerlo, abre la puerta y entra corriendo a la fiesta nuevamente. De modo que lo buscas, lo encuentras y lo hechas nuevamente. En esta ocasión, sin embargo, decides que te vas a asegurar

de que no vuelva a entrar. Así que optas por quedarte en la puerta y asegurarte de que no vuelva a entrar. Y esto funciona. Brian no puede entrar y te sientes bien que así sea. El problema es que te das cuenta, que te estas perdiendo la fiesta. Puedes escuchar a todos afuera, divirtiéndose. Y tú también quieres estar allí con ellos. Pero como no soportas a Brian, no te puedes arriesgar a entrar nuevamente. Realmente quieres disfrutar de la fiesta y no sabes que hacer, pero el pensamiento de que Brian podría volver te incomoda.

Después de un tiempo caes en la cuenta, que de hecho esta fiesta es muy importante para ti, y quieres estar con tus amigos, al menos asegurarte de que están bien. Así que decides entrar nuevamente, y te dices a ti mismo. Si Brian entra, que entre. Brian entra y empieza a ser molesto nuevamente. Pero esta vez algo es distinto. No lo ignoras, porque es bastante difícil ignorarlo, Pero decides seguir adelante con la fiesta, hablando con tus amigos Y empiezas a notar cosas interesantes. En primer lugar, te das cuenta de que, aunque Brian este ahí, lo estas pasando bien. Por supuesto sería mejor si se fuera, pero al menos no estas atascado en la puerta, perdiéndote la fiesta. En segundo lugar, percibes que cuando no estas intentando librarte de él, se calma un poco, sigue siendo molesto, sigue siendo mal oliente, pero no es tan malhumorado. Después empiezas a notar otras cosas, que no habías visto antes, como que tiene un extraño sentido del humor, aunque esté enterrado bastante profundo en él. Incluso contemplas que hace un par de amigos. Y te preguntas que voy a hacer la próxima vez que organice una fiesta...

28. METÁFORA DE LOS PASAJEROS Y EL AUTOBÚS

Imagínate que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido, etc., incluso te insultan y desaniman, eres un mal conductor, un fracasado, nadie te quiere... Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquilo.

Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes y discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y

ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos del autobús. Así que resignado vuelves a su asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos. De esta forma, para que no le molesten y no sentirse mal empiezas a hacer todo lo que le dicen y a dirigir el autobús por dónde le dicen para no tener que discutir con ellos ni verlos. Haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida. Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle “gire a la izquierda”, sino que girarás a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen. Así, sin tardar mucho, empezarás a justificar sus decisiones de modo que casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que está llevando el autobús por la única dirección posible. El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo “si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”. Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos pasajeros, pensamientos y sentimientos muy negativos, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso aceptas el trato y haces lo que le dicen para que le dejen tranquilo y se vayan al final del autobús donde no los puedas ver. ¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús! Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. El conductor eres tú. Esta metáfora permite tomar perspectiva de cómo nuestros pensamientos negativos pueden llegar a inundarlo todo y ponerse al frente de nuestro camino, planes e incluso haciendo que nos detengamos. Perder el trabajo, o incluso temer que uno lo vaya a perder, genera ansiedad, baja autoestima, incluso depresión y sobre todo, una enorme infelicidad. Para muchos, perder el trabajo es perder la identidad, pero como indican los expertos, una sociedad no es más feliz por ser más rica. Siempre habrá personas buscando trabajo. Y siempre habrá personas que encontrarán trabajo. Las cifras son alarmantes y nos pueden hundir más, ya que nos provocan desánimo y baja autoestima y hacen que se apodere de nosotros un sentimiento de desánimo, pero ¿puedes cambiar estas cifras?, ¿te ayuda o sirve esa información para seguir adelante? Si la respuesta es “No”, ¿para qué invertir tu energía en eso? Tenemos una energía limitada, y sobre todo, en estos momentos, debemos saber gestionarla, ya que ni dormirás igual de bien, ni te levantarás al día siguiente con ganas o una actitud positiva.

29. METÁFORA DEL PANTANO

Imagina que tu propósito en la vida es conquistar la cumbre de una hermosa montaña. Ahora bien, cuando

inicias tu viaje hasta ese mágico destino te encuentras de pronto con un obstáculo: un pantano. Caes en él, tus pies se hunden, intenta avanzar, pero a cada paso notas como profundizas más en ese frío fango. Reflexión ⇒ En el viaje de la vida estamos obligados a sortear obstáculos.

30. EJERCICIO DE LLEVARTE LAS LLAVES CONTIGO

Pregúntale al cliente si lleva unas llaves consigo y pídele que te las deje. Coloca las llaves sobre la mesa y dile: “Bien, suponte que estas llaves representan las cosas que has estado evitando. ¿Ves esta llave? Es tu ansiedad. ¿Ves esta otra? Es el rencor que sientes hacia tu madre” [el terapeuta sigue asociando los principales problemas del cliente con cada una de las llaves]. De este modo, las

llaves están colocadas delante del cliente. Pregúntale, entonces, al cliente: “¿Qué vas a hacer para evitar las llaves?”. Si el cliente dice: “Dejarlas ahí”, contéstale: “Entonces, van a pasar dos cosas. Primero, que, en vez de dejarlas ahí, vas a volver una y otra vez a comprobar que siguen ahí, de manera que no vas a poder ir a ninguna parte. Y, segundo, es difícil vivir sin las llaves; algunas puertas no se van a abrir sin ellas. Entonces, ¿qué vas a hacer con tus llaves?”. El proceso continúa, a la espera de que el cliente haga algo. La mayoría de los clientes se sienten un poco incómodos cuando, realmente, recogen las llaves. Por una parte, el ejercicio parece un poco absurdo (lo que, en sí mismo, es otra “llave”) y, además, las llaves son símbolos de cosas “malas”. En tal contexto, hacerse cargo de las llaves, en la realidad, constituye un paso adelante y el terapeuta sigue ofreciéndoselas hasta que las recoja. Si el cliente dice: “Me siento un poco ridículo cogiéndolas”, señalar una de las llaves y decirle: “¿Ese sentimiento? ¡Ah, sí! Es esta llave de aquí. Entonces, ¿qué vas a hacer con las llaves?”. Cuando, finalmente, las recoja decirle algo como: “Muy bien; ahora, la pregunta es: ¿A dónde vas a ir?”. Y hacerle ver que puede ir en cualquier dirección que elija y tener consigo las llaves. Hacerle observar también que le van a seguir apareciendo otras llaves, que responder afirmativamente a una pregunta no significa que la vida no le vaya a volver plantear esa cuestión una vez y otra, y otra, y otra. Una buena tarea para realizar entre sesiones es que el cliente asocie la utilización de una llave con “abandonar” la lucha con sus vivencias internas.

31. METÁFORA DEL COCHE EN LA RUTA

Durante nuestro viaje puede ser que el coche se averíe, pero no por eso lo vamos a dejar tirado en la carretera. Buscaremos soluciones y seguiremos nuestra ruta.