



**Universidad
Europea** MADRID

Trabajando con los valores: conceptualización e intervención en un caso de depresión severa desde ACT.

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Loreto Sauqué Escartín

Tutor clínico: Fernando Vegue

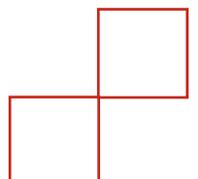
Tutora académica: Dra. Valeria Moriconi

Fecha de realización del trabajo: 27/02/2023

Nº palabras: 12.739

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a mi tutor clínico del centro de prácticas, Fernando Vegue su profesionalidad, dedicación y disponibilidad en la tutorización y apoyo durante estos meses, así como, su valiosa transmisión de aprendizajes experienciales en terapias contextuales con trastornos del estado de ánimo. Igualmente, al centro en el que he realizado mis prácticas, Luria Psicología, por facilitarme este caso y poder ser participe de la intervención y discusiones clínicas del equipo de forma tan directa y libre.

También quiero hacer explícito mi agradecimiento a mi tutora académica de la Universidad, a la Doctora Valeria Moriconi por su disponibilidad y feedback académico a lo largo de todo el proceso de elaboración de este TFM.

Resumen

En este trabajo se describe un estudio de caso único desde el abordaje de la ACT de un varón de 52 años diagnosticado de trastorno depresivo mayor (TDM) bajo tratamiento psiquiátrico y que presentaba en el momento de consulta sintomatología depresiva con ideación autolítica y una significativa pérdida de identidad y sentido vital. La evaluación ha sido guiada por el análisis funcional y orientada a evaluar los 6 procesos del Hexaflex según el modelo de Hayes (Hayes et al., 1999) empleando diferentes instrumentos de evaluación a fin de establecer los objetivos terapéuticos. Se recogen 22 sesiones presenciales de terapia de las cuales 3 han sido sesiones de terapia de familia utilizadas como control estimular para generar mayor adherencia terapéutica en el paciente. Los principales objetivos han consistido en mejorar el estado emocional e implementar un patrón de conductas más flexibles, aplicando para ello diferentes estrategias y técnicas terapéuticas de la ACT tales como uso de metáforas, ejercicios experienciales y práctica de mindfulness. La intervención no ha finalizado, si bien tras estas 22 sesiones existe una significativa mejoría del paciente en su estado de ánimo, relación consigo mismo y con los demás, así como, una significativa recuperación de funcionalidad y realización de actividades coherentes con sus direcciones de valor.

Palabras clave

ACT, adherencia terapéutica, flexibilidad psicológica, ideación autolítica, TDM.

Abstract

This paper describes a case study from the ACT approach of a 52-year-old man diagnosed with major depressive disorder (MDD) under psychiatric treatment and who presented depressive symptoms with suicidal ideation and significant loss in his identity and sense of life. The evaluation has been guided by the functional analysis and oriented to evaluate the 6 processes of the Hexaflex according to the Hayes model (Hayes et al., 1999) using different evaluation instruments to establish the therapeutic objectives. Twenty-two therapy sessions are described, of which 3 have been family therapy sessions, used as a stimulus control to generate greater therapeutic adherence in the patient. The main objectives have been to improve the emotional state and implement a more flexible behavior pattern, applying different ACT therapeutic strategies and techniques such as the use of metaphors, experiential exercises, and mindfulness practice. The intervention has not finished, although after these 22 sessions there is a significant improvement in the patient's emotional state, relationship with himself and others, as well as a significant recovery of functionality and performance in his life, according to his direction of values.

Keywords

ACT, autolytic ideation, psychological flexibility, TDD, therapeutic adherence.

Índice

1.	Introducción	5
	1.1. Conceptualización de la depresión	5
	1.2. Relevancia y prevalencia.....	7
	1.3. Tratamientos más relevantes.....	8
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	11
	2.1. Datos personales.....	11
	2.2. Motivo de consulta	11
3.	Estrategias de evaluación	13
4.	Formulación clínica del caso	17
	4.1. Análisis psicológico del problema	17
	4.2. Análisis funcional del problema	18
	4.3. Operativización de conductas problema y objetivos	21
5.	Tratamiento.....	22
6.	Valoración del tratamiento.....	31
	6.1. Adherencia al tratamiento.....	31
	6.2. Cumplimiento de objetivos	32
7.	Conclusiones y valoración personal.....	36
	7.1. Discusión	36
	7.2. Limitaciones al caso	38
	7.3. Conclusiones y valoración personal	39
8.	Referencias bibliográficas.....	41
9.	Anexos.....	47

Índice de figuras

Figura 1	15
Figura 2	20
Figura 3	22
Figura 4	33

Índice de tablas

Tabla 1	14
Tabla 2	23
Tabla 3	24
Tabla 4	29

1. Introducción

1.1. Conceptualización de la depresión

La depresión es la principal causa de falta de bienestar psicológico y en los últimos años el incremento de casos en el mundo se sitúa en un 28% (Herrman et al., 2022). A continuación, se profundiza en su comprensión teórica, relevancia y prevalencia, así como, en los tratamientos existentes más eficaces a fin de contextualizar el presente estudio de caso en base a la literatura científica existente y trabajos previos.

La depresión es un problema multifactorial y no todas las depresiones obedecen a las mismas casuísticas. Existen un amplio número de teorías que intentan explicar su etiología. Están las teorías conductuales clásicas con varios modelos de depresión (véase Antonuccio et al., 1989; 1995; Beckham y Leber, 1995; Beutler et al., 2000; Docherty y Streeter, 1993): modelo de la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el modelo de Nezu (1987). El más relevante de todos ellos es el modelo de la disminución de refuerzo positivo de Lewinsohn que explica la causa de la depresión como una pérdida o falta de reforzadores que son contingentes a la conducta en las principales áreas vitales que los producían. La depresión es una situación en la que se han dado un aumento de eventos aversivos y una pérdida de reforzadores (Lewinsohn et al, 1985). Las respuestas de evitación y escape de esos eventos aversivos contribuyen al mantenimiento del problema.

Por otro lado, están los modelos cognitivos de la depresión cuya teoría explicativa hace énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a una depresión. Los estudios apoyan que las personas deprimidas tienen una tendencia a la evaluación negativa, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (Vázquez, 2000). Estos estilos cognitivos tienen una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con depresión. La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que obtienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión (Vázquez, 2000).

Volviendo a los modelos conductuales y como una parte de ellos, están las teorías contextuales que sitúan la causa de la depresión en un proceso de interacción continua entre el sujeto y el ambiente, dando importancia a los procesos de aprendizaje en la adquisición de conductas y esquemas mentales que determinan la forma en la que las personas percibimos el mundo (Álvaro et al., 2010). Señalan que la prevalencia y aparición de las alteraciones de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales.

La asociación entre estresores psicosociales y ambientales con los trastornos psicopatológicos se ha demostrado en números estudios (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Beckham & Leber, 1997; Clark, Beck & Alford, 1999; Dobson & Kendall, 1993). Autores como Ferreira y Tourinho (2011) hablan de los factores que constituyen la depresión y las variables culturales relacionadas con el fenómeno: las sensaciones de “aprensión por el futuro” y de “incompetencia y fracaso” pueden estar relacionadas con las experiencias emocionales de la niñez y la adolescencia (Ferreira y Tourinho, 2011).

Otro factor cultural que presumiblemente produce un sentimiento de “incompetencia y fracaso” son las demandas sociales (Ferreira y Tourinho 2011) que atribuyen al individuo la responsabilidad de su propio éxito o fracaso. Es más, atendiendo a la variable de género, autores concluyen que los hombres se deprimen de forma significativamente diferente de las mujeres (Londoño et al, 2017) explicando que los hombres, ante emociones con un valor evolutivo como la tristeza que permite disminuir la evaluación para favorecer la reevaluación (Clore, Colcombe, 2003; Niemeyer, 2006), pierden, en parte, esa capacidad al hacer un procesamiento sesgado por sus esquemas de pensamiento referidos al rol social (de autonomía, liderazgo, productividad, invulnerabilidad, fortaleza y protección) y a los valores sociales que median los juicios acerca de la valía personal. Estos sesgos llevan al hombre a actuar de inmediato, sin dar espacio y lugar a la experiencia sensible necesaria para generar conciencia del problema y las emociones asociadas, ya que eso le resta estatus (Ordaz y Luna, 2012).

Ante esos valores socioculturales aprendidos, el proceso psicológico atributivo de no poder responder a esas demandas sociales (Jahromi, Naziri, Barzegar, 2012) hace que aumente la percepción de amenaza que, a su vez, disminuye su confianza personal (Juárez, Guerra, 2011) y facilita la aparición de cuadros depresivos. En un estudio de Veage, Ciarrochi, Andresen y Oades (2014) se analizó la congruencia entre los valores vitales en general y los valores asociados al trabajo y su relación con el bienestar psicológico llegando a la conclusión que la congruencia entre los valores personales y los laborales se relaciona con la autoaceptación y la percepción de logro personal en el trabajo.

Estos referentes teóricos constituyen la base teórica y explicativa del presente trabajo en el que se demuestra esa relación causal existente entre *estresores psicosociales- ambientales* (pérdida del trabajo del paciente) y *desencadenamiento del trastorno depresivo*. Son necesarias más investigaciones que destaquen la importancia de los valores que el sistema socioeconómico impone sobre las personas, pudiendo analizar cómo la salud mental refleja, en muchos casos, la respuesta emocional que las personas dan ante dichas pérdidas.

1.2. Relevancia y prevalencia de la depresión

Existen innumerables publicaciones acerca de la depresión en la literatura científica e igualmente existen diferentes clasificaciones de los síndromes depresivos. Las más importantes son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), ambas basadas en la clasificación de síntomas que buscan consenso en favor de una aplicación práctica y de un lenguaje común que facilite el trabajo científico entre investigadores y clínicos. En el manual DSM-V, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En la CIE-10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos).

Respecto a la epidemiología de la depresión y según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021), la depresión es un trastorno mental común que afecta al 3.8%, afectando a más de 280 millones de personas. El 75% de las personas que padecen depresión en países de ingresos medios y bajos, no reciben tratamiento oportuno y adecuado (Evans et al. 2018; Cuijpers et al. 2020). La prevalencia de la depresión continúa aumentando y supone un considerable deterioro en la salud con graves consecuencias a nivel socioeconómico y en los sistemas de salud de muchos países.

En España, según el informe de BDCAP (Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud dependiente del Ministerio de Sanidad) publicado en 2021, el trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población (5,9% en mujeres y 2,3% en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12% de las mujeres y el 5% de los hombres de 75 a 84 años (BDCAP, 2021). Es casi tres veces más frecuente en la mujer (58,5‰) que en el hombre (23,3‰). Se observa que esta diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta. Se aprecia además que la prevalencia crece con la edad, disminuyendo ligeramente en los últimos años de la vida (BDCAP, 2021). Según los resultados publicados en la encuesta ENSE 2017, la prevalencia de la depresión es 2,5 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) que en quienes trabajan (3,1%), y alcanza el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar (Ministerio de Sanidad, 2019). La depresión es una enfermedad recurrente, que requiere en muchos casos de tratamientos a largo plazo y que puede conducir al suicidio en casos graves. Según el INE, 3.941 personas se suicidaron en España en 2020 (INE, 2022) y la evolución en el mundo de este tipo de muertes según la OMS es calificada como epidemia del siglo XXI (OMS, 2022) estando bien documentado el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales, en particular, la depresión y el consumo de alcohol (OMS, 2021).

1.3. Tratamientos psicológicos más relevantes en depresión

Hallazgos encontrados en los distintos metaanálisis y revisiones indican que la farmacoterapia, la psicoterapia o la combinación de ambas son alternativas viables para el TDM y su posterior prevención de las recaídas (Cuijpers et al., 2020). Los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad ante la depresión son la Terapia Cognitiva Conductual, la Terapia Interpersonal, la Terapia de Solución de Problemas, la Activación Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Cuijpers, Andersson et al., 2011; Echeburúa et al., 2010; Bohlmeijer et al., 2011).

• **Terapia Cognitivo Conductual (TCC):** Es la psicoterapia más empleada en pacientes con depresión y una de las que mayor validez empírica aporta. Igualmente, la TCC es más eficaz previniendo las recaídas y recurrencias de la depresión que el tratamiento agudo con medicación y, cuanto menos, es igual de eficaz que el tratamiento continuado con medicación (Sanz, 2017). Está basada en el análisis de las distorsiones cognitivas, ya que asumen que el trastorno depresivo se desarrolla a partir de pensamientos erróneos automáticos que desencadenan emociones y comportamientos negativos (Cebolla, 2007). Los objetivos principales de TCC en la depresión son: *disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas, mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales.*

• **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** Forma parte de las terapias mencionadas como “Terapias de Tercera Generación”, incluida por Hayes y Stroschal (2004) con base teórica el contextualismo funcional. El objetivo general de la ACT es aumentar la flexibilidad psicológica en las personas (Hayes et al., 1999), pero no reduciendo o eliminando los síntomas ni los eventos privados, sino alterando su función, de modo que la reacción a estos pensamientos, sensaciones o recuerdos desagradables sea más flexible (Álvarez, 2014). Trata de conseguir que el comportamiento sea regulado por valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos (Luciano et al., 2006). Es un modelo de intervención psicológica diseñado para el tratamiento del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), caracterizado por un patrón inflexible y rígido de comportamientos dirigidos a disminuir el malestar (Hayes et al., 2006). El compromiso con acciones valiosas se considera un aspecto especialmente relevante en la ACT (Páez-Blarrina et al., 2006) por cuanto la ACT establece un concepto de salud psicológica entendida como el mantenimiento de patrones de comportamiento valiosos y la asunción de que los “problemas psicológicos” no surgen como causa de la presencia de un contenido privado determinado, sino como consecuencia de que dicho contenido se convierta en el centro de la vida y del comportamiento de una persona en detrimento de sus valores personales (Hayes, 2019).

En cuanto a la eficacia, la American Psychological Association ([APA], 2021) en su última revisión la califica de modesta. Estudios recientes apoyan esta idea como la revisión sistemática de Bai et al., (2020), los ensayos clínicos de Ataide et al., (2015) y Kohlata et al., (2015), si bien concluyen que ACT resulta más efectiva que no tener ningún tratamiento. En contraposición, otros autores como Losada et al., (2015) y A-Tjak et al., (2015) al realizar una comparación entre la ACT y la TCC confirman que poseen la misma eficacia ambas intervenciones. Estudios aleatorizados han evaluado los efectos de ACT sobre la depresión y de momento se ha concluido que es tan efectiva como la TCC porque desarrolla la flexibilidad psicológica que permite enfocar con mayor claridad los objetivos inmediatos de cambio (Hayes, 2019). La depresión es una de las patologías que está más relacionada con el patrón de conducta evitativa. Así lo demuestran en sus estudios Yela et al., (2021), Browning et al., (2021) y Cookson et al., (2020), en los que concluyen a través de ensayos clínicos que al intervenir sobre la variable evitación experiencial, se observa una disminución de los niveles de depresión. Igualmente, la rumiación es otro de los principales factores de riesgo para la depresión al ser un medio para evitar emociones dolorosas. Existen investigaciones que demuestran que combinar la ACT con la Activación Conductual (AC) ofrece resultados con significación clínica (Hayes, 2019) y se publican cada vez más trabajos prácticos que avalan dicha afirmación.

- **Terapia interpersonal (PIP):** Este tipo de terapia asume que las relaciones familiares y sociales disfuncionales actúan como precipitantes o mantenedores del trastorno depresivo, por lo que su objetivo de intervención es que el paciente encuentre la relación entre las relaciones interpersonales y los episodios depresivos para intentar mejorar la problemática (Klerman et al., 1984). Su efectividad es similar a la terapia cognitivo conductual y es estandarizada y limitada en el tiempo (Álvarez- Mon et al., 2017). Los problemas de funcionamiento social pueden ser disputas o déficits interpersonales, transición de roles y pérdida tras la muerte (Alcántara-Castro, 2016).

- **Terapia de Activación Conductual (AC):** está considerada como uno de los mejores abordajes de la depresión (Carlbring et al., 2013). La AC entiende la depresión en términos contextuales y trata de ayudar a las personas deprimidas a reengancharse en sus vidas (Pérez, 2007). Defiende que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión. En la terapia de AC, la persona ha dejado de recibir refuerzos que ha llevado a la sintomatología depresiva. La AC propone al paciente realizar conductas observables que probablemente le llevarán a un entorno que le refuerce y que produzca mejorías en los pensamientos, estado de ánimo y calidad de vida (Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009). La activación conductual ha demostrado ser tan eficaz como la medicación en la depresión mayor (Dimidjian et al., 2006).

• **Terapia de Solución de Problemas (TSP)**

Es una terapia que se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: las personas reaccionan y mantienen el control de su vida en base a la valoración que realizan de las situaciones sociales y a las habilidades de afrontamiento que poseen para manejar dichas situaciones (Areán, 2000). Por ello, tiene como objetivo dotar a las personas de unas habilidades de afrontamiento más adaptativas. Nezu (1986) y Perri (1989) demostraron que la reducción de la sintomatología depresiva estaba unida al incremento en las habilidades de solución de problemas.

• **Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT)**

No es una de las terapias que forme parte del grupo de los tratamientos con alta validez, si bien su utilización en los tratamientos de depresión es una realidad que va en aumento en los sistemas de salud mental (Muñoz-San José et al., 2019). Estos autores evidencian en los estudios realizados que la práctica de mindfulness y compasión se asocia con menos estados negativos como la depresión. La autoobservación promovida desde el *mindfulness* es terapéutica porque se fija en lo que ocurre en el presente, no compara el estado actual con el ideal, no juzga lo que observa y acepta la no permanencia de la experiencia (Watkins y Teasdale, 2004). La práctica continuada es un elemento esencial para conseguir resultados y mantenerlos a lo largo del tiempo (Miró y Simón, 2012).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Identificación del paciente

Los datos personales que se informan cumplen con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPDGDD, 3/2018) garantizando la no posible identificación del paciente que acude a sesión en el centro de psicología (ver Anexo C).

L.A. es un varón de 52 años natural y residente en Madrid, ingeniero de formación, casado (mujer, 51 años e ingeniera de profesión) y con 3 hijos de 24, 22 y 20 años respectivamente con los que convive. Su hijo mayor trabaja y sus otras dos hijas están estudiando en la Universidad. El nivel socioeconómico del paciente y su familia es medio. En la actualidad trabaja a tiempo parcial como profesor en una universidad.

2.2. Motivo de consulta

El paciente L.A. acude a consulta por depresión severa desde hace aproximadamente 3 años agravada en los últimos 3 meses por la presencia de ideación autolítica sin intentos previos y coincidente con el inicio del tratamiento psiquiátrico- farmacológico consistente en Fluoxetina y ansiolítico. A los 4 meses deja de tomar la medicación por decisión propia refiriendo que se encontraba mejor, hecho que le produce una grave recaída, motivo de la 2ª consulta en el Centro de Psicología, 3 meses y medio después de la primera entrevista y tras la cual no se decidió a iniciar la terapia. Diagnóstico de trastorno depresivo mayor en seguimiento de tratamiento psiquiátrico y medicación pautada consistente en Veniafaxina, Mirtazapina y Loracepan.

El paciente narra como desencadenante de su depresión la pérdida de su trabajo como Ingeniero al entrar su empresa en concurso de acreedores. El paciente refiere desesperanza, anhedonia, pesimismo, cansancio físico, vergüenza, baja autoestima y sentirse *“una carga para su familia y amigos”*. Todo esto le lleva a desarrollar una clinofilia marcada, con pensamientos negativos invalidantes, aislarse socialmente, rechazar la ayuda de familiares y rumiar con quitarse la vida. Presenta temblor distal en manos consecuencia de la medicación y un visible enlentecimiento motor. Estas dificultades le generan mayor sensación de incapacidad y rechazo de sí mismo. Verbaliza no creer en los psicólogos y muestra rechazo inicial a cualquier tipo de tratamiento.

Antecedentes de salud física y psicológica: el paciente señala haber tenido una depresión a los 36 años a raíz de una hernia discal que le dejó un tiempo prologado en la cama.

Ámbito profesional: trabajaba como Ingeniero en una empresa en la que ha desarrollado su carrera profesional hasta la quiebra de esta. Actualmente trabaja a tiempo parcial como profesor para una Universidad, si bien, ha tenido que coger temporalmente la baja médica por su empeoramiento.

Ámbito social: refiere tener una buena red social, aunque en la actualidad evita los contactos con amigos y tiende a aislarse de su familia.

Ocio: correr, tenis, bicicleta y ajedrez. En los últimos 3 años no ha practicado con regularidad ninguna actividad deportiva. Juega frecuentemente al ajedrez en línea con la intención de dejar *“la mente en blanco”*.

3. Estrategias de Evaluación

Las estrategias que se han seguido para la evaluación y valoración del caso han consistido en:

- **Análisis funcional (AF):**

El análisis funcional consiste en la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo (Haynes y O'Brien, 1990, 2000). Esta herramienta nos ayuda a identificar las relaciones existentes entre las respuestas de L.A. y las variables de sus contextos, así como, la función que tienen en el contexto en el que se producen. Nos permite operativizar los comportamientos que se quieren modificar/eliminar/instaurar y explicar por qué se mantienen, así como, establecer los objetivos de tratamiento más adecuados y las técnicas de intervención pertinentes para lograrlos. El AF ha guiado la evaluación e intervención y representa un puente necesario entre ambas en este trabajo, pudiendo ser revisado siempre que se ha necesitado.

- **Entrevista clínica inicial:**

Permitió la adquisición de información biográfica relevante del paciente, de su tratamiento psiquiátrico en curso, antecedentes de salud física y psicológica, así como, sobre el inicio, desarrollo y mantenimiento de la depresión en L.A. Es importante reseñar que L.A. realizó dos entrevistas clínicas iniciales separadas en el tiempo con 3 meses y medio, lo cual nos dio información relevante acerca de su baja adherencia al tratamiento farmacológico y su poca confianza inicial en el tratamiento psicológico.

- **Entrevista semiestructurada:**

La entrevista semiestructurada (Troncoso Pantoja y Amaya Placencia, 2017) es una de las estrategias de evaluación más utilizadas en cualquier proceso psicoterapéutico. Mediante la entrevista hemos podido adaptar el diálogo y extraer información relevante para el caso. Esta herramienta se ha empleado especialmente en las tres primeras sesiones para poder conocer en profundidad la problemática en palabras del propio paciente.

Como parte de esta entrevista se realizó una evaluación del riesgo actual de suicidio del paciente mediante entrevista siguiendo el *Protocolo de Ideación suicida y manejo de la conducta suicida* (Guía del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, 2013) consistente en:

1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales.
2. Evaluación del riesgo actual: se evaluó ideación autolítica, inmediatez de los planes, modo/letalidad, nivel de malestar emocional, intentos previos y factores de protección
3. Valoración de riesgo de suicidio

Tabla 1

Valoración del nivel de riesgo de suicidio

-Si cumple con seis o más factores de riesgo principales -Cualquier caso con planificación suicida y método específico -Si estado de ánimo depresivo “grave”	Riesgo Alto (4)
- Si cumple menos de seis factores de riesgo -Cualquier caso con planificación suicida sin método específico - Si estado de ánimo depresivo “severo”	Riesgo medio-alto (3)
- Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo - No hay planificación suicida - Si estado de ánimo depresivo “bajo-moderado”	Riesgo medio (2)
- Si cumple un factor de riesgo -No hay planificación suicida pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden -Si dos o más síntomas de ánimo depresivo “bajo-moderado”	Riesgo bajo (1)
-Si no presenta ningún factor de riesgo -No hay planificación suicida -Aparecen como máximo 2 o 3 síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo bajo-moderado.	Sin riesgo (0)

Nota. Tabla tomada del Protocolo de Ideación suicida y manejo de la conducta suicida (CAP de la Universidad Autónoma de Madrid, 2013).

• **Observación en sesión:**

Este es un método de evaluación muy valioso y rico en información aportada. Proporciona información sobre la conducta problema y los actores que la rodean como son los eventos que la anteceden, los que sucede después o las relaciones funcionales que estos factores tengan entre sí (Vallejo y Ruiz, 1993). En este caso la observación nos aportó información muy valiosa al ser un paciente visionado en espejo con las subsiguientes informaciones aportadas por cada observador a las sesiones clínicas de equipo en las que se analizaba el caso.

• **Autorregistro:**

Es una herramienta que permite operativizar la conducta problema gracias al registro de situaciones que acontecen fuera de sesión (Fernández Ballesteros, 1988). Al igual que pasaba con la observación,

obtenemos información acerca de lo que sucede antes, mediante y después de la conducta problema, pero en este caso las situaciones registradas suceden en un contexto natural. Además, resulta importante que el paciente comprenda el procedimiento del autorregistro y el hecho de que debe ser exhaustivo y aportar datos reales (Fernández Ballesteros, 1988).

Figura 1

Autorregistro

Situación	¿Qué pienso y siento?	¿Qué haces?	Consecuencias inmediatas	Consecuencias a largo plazo

Nota. La figura muestra un autorregistro de las situaciones de malestar emocional del paciente que fue mandado por el terapeuta como tarea (ver Anexo A). Elaboración propia.

• **Instrumento Tiro al blanco / Bull's Eye Value Survey (BEVS)** (Lundgren et al., 2012):

Es un ejercicio de clarificación de valores que evalúa el comportamiento congruente con el valor en 4 dominios: (a) salud, (b) actividades de ocio, (c) familia y (d) trabajo/educación. Se colocan marcas separadas en una imagen de un tablero de dardos que indican el grado en que el paciente se comporta de manera consistente con cada dominio. La colocación de marcas más cerca de la diana da como resultado puntajes más altos que reflejan mayores niveles de logro de valores autodefinidos. El BEVS ha mostrado una buena estabilidad temporal y tiene muchas propiedades que respaldan su validez de construcción (Lundgren et al., 2012). Se comenzó explicando a L.A. en qué consiste el instrumento y se fue escribiendo conjuntamente los valores que el paciente describe para cada dominio. Se comparan las marcas en la diana en diferentes momentos (fase evaluación vs fase inter-tratamiento) a fin de valorar la evolución del comportamiento congruente del paciente con sus valores (ver Anexo B). En numerosas sesiones se ha recurrido al ejercicio, con el objetivo trabajar en la dirección en valores del paciente y las acciones comprometidas acordes con esos valores.

• **Adherencia terapéutica:**

La adherencia terapéutica es una variable que vertebra cada una de las estrategias inmersas en la intervención y que a su vez garantiza su eficacia y alianza necesaria. Una buena adherencia ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable, a modificar los regímenes alimentarios, a aumentar la actividad física, entre otros y de las intervenciones farmacológicas para la reducción de riesgos (OMS, 2004). Evaluar y valorar los factores relacionados con

la adherencia terapéutica en el paciente se determinó como un pilar fundamental y necesario desde el inicio por las resistencias internas del paciente hacia los tratamientos, además de ser uno de los objetivos fundamentales a conseguir en la terapia.

4. Formulación clínica del caso

4.1. Análisis psicológico del problema

Tiene como base el análisis conductual aplicado, estudiando las relaciones entre el repertorio conductual del paciente y las variables ambientales que son relevantes. Para poder analizar correctamente el caso se elaboran dos hipótesis: la hipótesis de origen y la de mantenimiento. La hipótesis de origen trata de explicar cómo surgió la conducta problema, teniendo en cuenta todos los factores que han podido influir en su aparición. Por otro lado, la hipótesis de mantenimiento nos da información de por qué se está manteniendo la conducta problema hoy en día, qué elementos son los que la están reforzando y por qué aún no se ha extinguido (Keawe'aimoku et al., 2013).

Tras la evaluación del caso se propone como hipótesis de origen la pérdida del trabajo en el paciente que le supone una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta en una de las esferas vitales de más valor para él (el trabajo). A más, esta pérdida se produce en un contexto laboral especialmente estresante como es, un concurso de acreedores, que conlleva un largo periodo con alto nivel de estrés (empeoramiento de las relaciones y el clima laboral, gran incertidumbre por el desenlace de cierre total de la empresa, etc.). Factores todos ellos, sobre los cuales L.A. no tiene ningún control.

L.A. pierde los refuerzos positivos que obtenía en el contexto profesional y sobre el cual ha construido gran parte de su valía personal e identidad *“soy lo que hago, por lo tanto, cuando no tengo un contexto profesional en el que hacer, en el que ser productivo y ocuparme ... → ¿quién soy?”*. Ante esta pérdida L.A. siente vergüenza, bloqueo, desesperanza y se va aislando socialmente cada vez más. Se va fusionando con pensamientos reduccionistas del tipo *“soy lo que hago”* donde el Ser = Hacer. Su repertorio conductual son conductas de evitación y escape (meterse en la cama, rumiar, desconexión emocional, etc.) y no se muestra receptivo a la ayuda externa.

La hipótesis de mantenimiento es que todas estas respuestas de escape y evitación (quedarse en la cama, poner la mente en blanco, evitar la comunicación, no aceptar ayuda externa, etc.) contribuyen precisamente al mantenimiento del problema. L.A. no es capaz de ponerse en contacto con sus experiencias privadas particulares (sus emociones, sus pensamientos, sus sensaciones corporales). Intenta alterar la forma o frecuencia de estos eventos y el contexto que los ocasiona con el objetivo de sentir alivio y cierto control sobre su vida; si bien esta estrategia, que le funciona en el corto plazo se instaura como patrón conductual de evitación en L.A., que perpetua su malestar emocional y desesperanza. La gran desesperanza que siente le lleva a conductas como rumiar con quitarse la vida que a su vez retroalimentan el bucle o *“trampa de la depresión”*.

Como variables moduladoras que pueden haber contribuido a la aparición y mantenimiento de la problemática en L.A. pero no se observan de manera directa destacan:

Variables moduladoras biológicas u orgánicas: alteración estructural por lumbalgia y disquectomía L5-S1 que sufrió a los 36 años y cuya inmovilidad física le llevo a desarrollar un episodio depresivo. Se dan en L.A. respuestas de malestar psicológico cuando hay una pérdida (de movilidad en este caso) que le llevan a una infravaloración de sí mismo y al desarrollo de sintomatología depresiva.

-Variables moduladoras psicológicas/conductuales:

→ Autoexigencia y perfeccionismo en forma de pensamientos autocríticos e interacciones muy rígidas consigo mismo y con los demás *“ser profesor no es un trabajo de verdad” “así no soy interesante”, “no soy productivo”*.

→ Creencias y esquemas mentales disfuncionales en forma de rígidas normas verbales cuya existencia en el paciente se pueden explicar por aprendizaje sociocultural *“...si no tengo un trabajo de verdad soy una carga para mi familia”*.

→ Creencia limitante acerca de su edad avanzada (52 años) para conseguir otro proyecto profesional digno dentro del mercado laboral.

→ déficit en su expresividad emocional que le dificulta en las interacciones con sus hijos y su mujer.

- Variables moduladoras del entorno/ambientales: concurso de acreedores de su empresa, mujer ingeniera también con un puesto de trabajo con alto nivel de exigencia y dedicación, presión de los roles de género y valores sociales asociados al trabajo como la meritocracia, etc.

4.2 Análisis funcional del caso

El análisis topográfico de las conductas problemas nos permite realizar el análisis funcional de caso:

- Análisis funcional de la conducta quedarse en la cama:

Variables disposicionales: estar solo en casa, percepción de no tener obligaciones, tener televisión en la habitación.

SITUACIÓN	EVENTOS PRIVADOS	CONDUCTA	CONSECUENCIA
- Levantarse por la mañana.	- <i>“No tiene sentido levantarme”</i> . - <i>“No voy a hacer nada que merezca la pena”</i>	-Justificar y racionalizar no salir de la cama. -Mirar la televisión para distraerse.	R+: Sensación de tener la razón. R-: Alivio

- Análisis funcional de la conducta pensar en quitarse la vida:

Variables disposicionales: haber procrastinado la tarea, tener mucho tiempo desocupado.

SITUACIÓN	EVENTOS PRIVADOS	CONDUCTA	CONSECUENCIA
- Tener que hacer alguna obligación: preparar clases, responder correos.	Anticipación a fracasos futuros: - <i>"Debo ser productivo"</i> - <i>"No soy buen profesor"</i> . - <i>"No lo voy a hacer bien"</i> . Vergüenza, bloqueo	-Pienso que me voy a quitar de en medio - Fusión con las reglas verbales	R -: Alivio

-Análisis funcional de la conducta jugar al ajedrez:

Variables disposicionales: estar solo en su casa.

SITUACIÓN	EVENTOS PRIVADOS	CONDUCTA	CONSECUENCIA
- Estoy en casa sin tener nada que hacer	Aburrimiento Ansiedad - <i>"Soy un fracaso"</i> - <i>"Mis hijos estarían mejor sin mi"</i>	-Jugar al ajedrez en línea para mantener la mente en blanco para evadirme de mis problemas	R+: Sensación de control R-: Alivio

-Análisis funcional de la conducta preocupación por su temblor de manos:

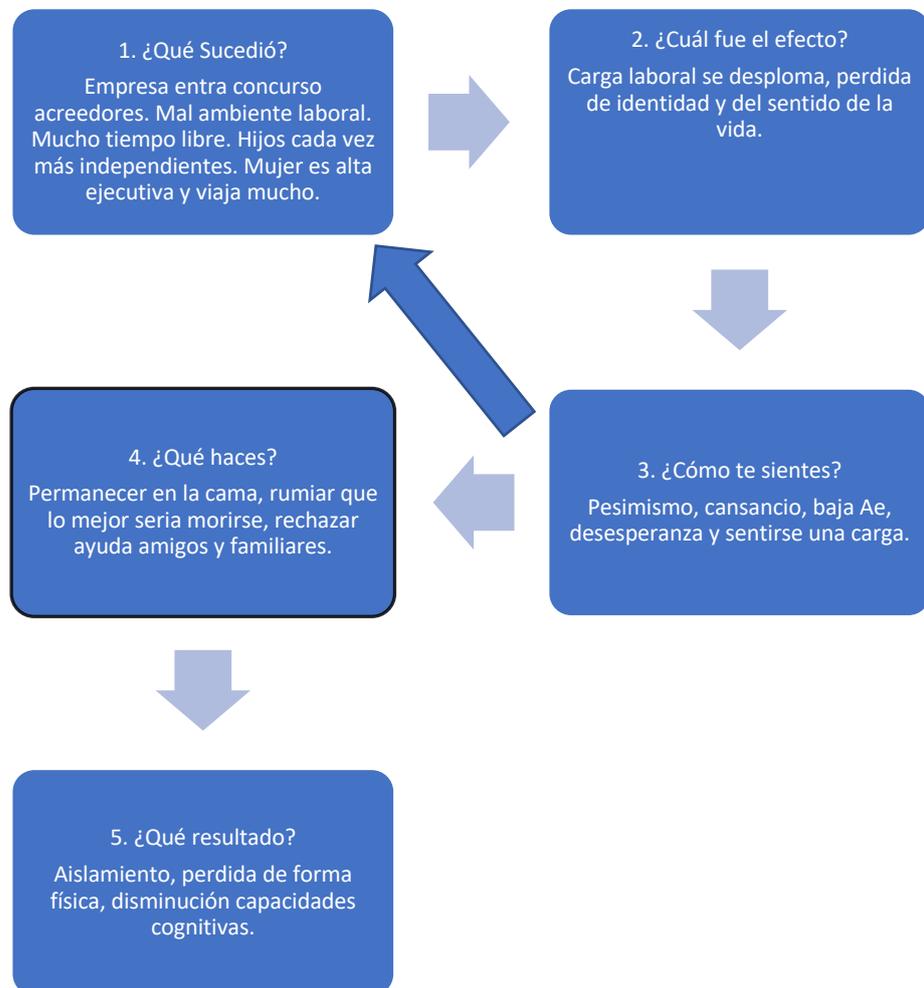
Variables disposicionales: autoexigencia y perfeccionismo.

SITUACIÓN	EVENTOS PRIVADOS	CONDUCTA	CONSECUENCIA
- Estoy con gente y noto que me tiemblan las manos	-Pensamientos de infravaloración <i>"La gente va a pensar que soy un enfermo"</i> -Hipervigilancia y autoobservación	- Escapar - Evitar estar con gente - Preocupación por la evaluación negativa de los demás <i>"qué van a pensar de mi"</i>	R+: sensación de control R-: alivio

Las funciones que cumplen las conductas problema en L.A. nos permiten ver su patrón conductual, qué está manteniendo las respuestas de evitación y escape, los factores que han influido en el aprendizaje de esas conductas de evitación experiencial y escape y los costes que están teniendo el mantenimiento de este repertorio de evitación experiencial.

Figura 2:

Conceptualización desde el análisis funcional (AF)



Su patrón se construye como vemos en el AF a partir de las múltiples interacciones funcionales que se dan desde su historia de aprendizaje y que van determinando un modo de funcionar hecho de múltiples reacciones cuya función común es disminuir o erradicar su malestar psicológico.

Este modo de funcionar está conformado por múltiples reglas verbales en L.A., a través de las cuales “sentir malestar está en relación opuesta a vivir”, y seguir dichas reglas le garantizan alivio de forma puntual y a corto plazo. No tener una ocupación o un rol productivo en la familia, en la sociedad (trabajo) lo vivencia como no estar completo, falta de sentido identitario y pérdida a la larga de su orientación y sentido de vivir (conducta → ideación autolítica). Estas respuestas sostenidas en el tiempo le llevan a una gran insatisfacción por cuanto no se consigue lo que busca y no camina hacia lo que es valioso para él. Las principales barreras con las que se encuentra son:

- Fusión con pensamiento de infravaloración personal, el yo contenido como identitario, las anticipaciones a fracasos futuros y sus pensamientos acerca de que sus hijos estarían mejor sin él.
- Miedo a que la gente se dé cuenta de sus temblores de manos y piensen que es un enfermo.
- Falta de hábitos y de rutinas desde hace 3 años.

4.3. Operativización de conductas y objetivos

La operativización en conductas problema o disfuncionales tras el análisis funcional de conducta son:

- Aislamiento social.
- No expresarse emocionalmente, no hablar con su familia.
- Se pasa la mayor parte del día en la cama.
- Procrastina las tareas laborales que tiene.
- Juega al ajedrez con el móvil con la mente en blanco.
- Rumia con suicidarse.
- Se compara con su yo del pasado.
- Picoteos y atracones cuando su familia duerme.

Los objetivos que conseguir con la intervención son:

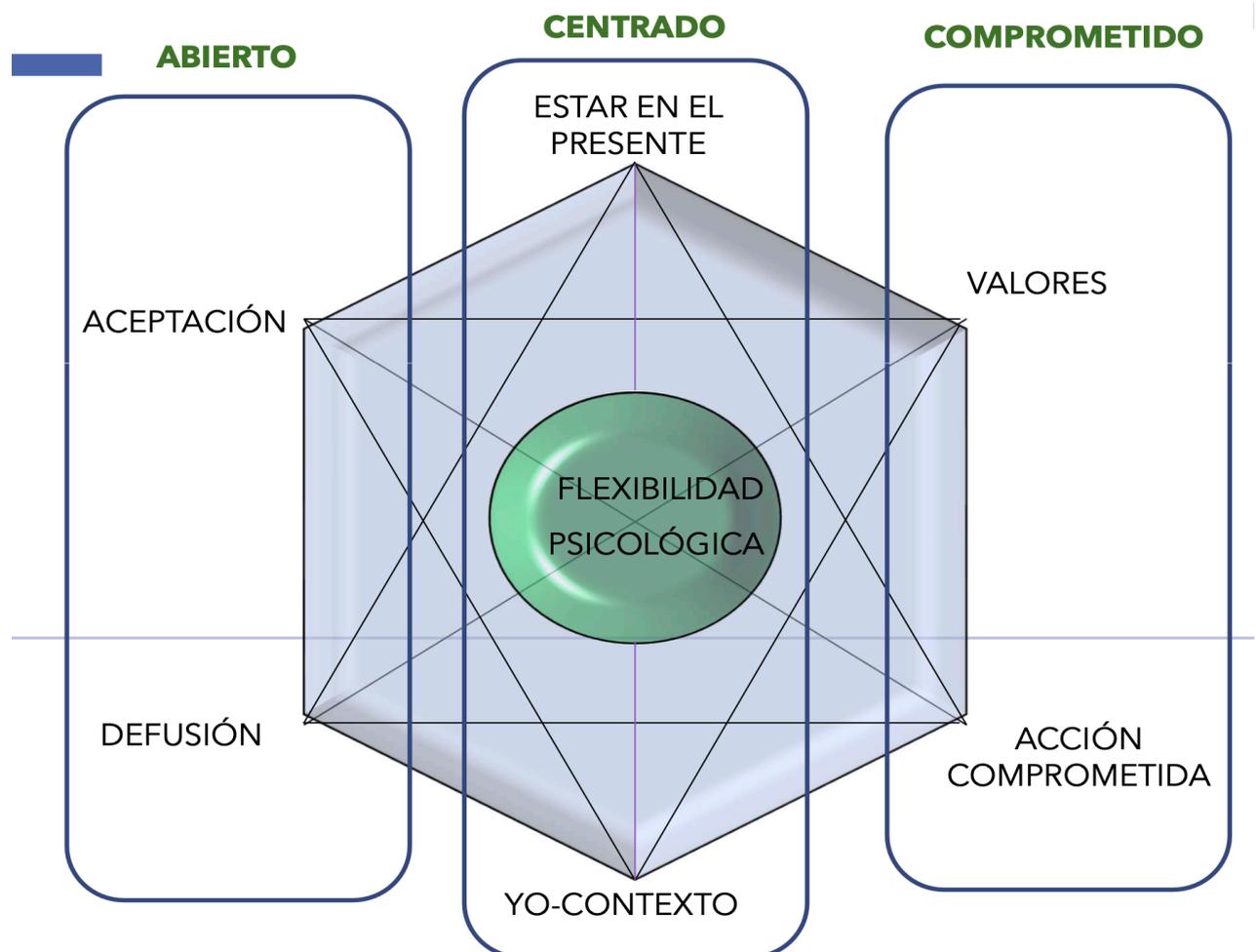
- Adherencia terapéutica.
- Defusión cognitiva de sus pensamientos autolíticos e infravaloración personal.
- Mejora de su estado de ánimo.
- Mejora de su relación consigo mismo.
- Mejorar la comunicación y relación con su familia.
- Compromiso con un nuevo proyecto profesional.
- Retomar actividades saludables y de ocio.

5. Tratamiento

El tratamiento se aplica desde el enfoque de la terapia ACT. La elección de este tratamiento atiende a dos razones; la primera de ellas por estar al frente a un caso de depresión severa con un patrón conductual marcado por la evitación y pérdida de dirección vital (valores). Como hemos visto al inicio de este estudio de caso, la ACT es una de las terapias que más evidencia de eficacia recogía (Bai et al., 2020). La segunda razón responde al hecho de que el terapeuta que dirige el caso está especializado en terapias contextuales y más concretamente en ACT. Este tratamiento contempla el malestar como válido e inherente al paciente, centrado en flexibilizar sus patrones rígidos de conducta, aceptando las situaciones, emociones y pensamientos desagradables en lugar de evitarlos o escapar de ellos (Hayes, 2006). Para conseguir los objetivos terapéuticos se ha trabajado sobre los 6 procesos del Modelo Hexaflex que se detalla en la figura.

Figura 3

Modelo Hexaflex de flexibilidad psicológica (Hayes, 2006)



Nota. Material didáctico-formativo de intervención en Terapias Contextuales tomado de Luria Psicología.

Para ello se ha trabajado con el uso de metáforas, meditaciones guiadas, ejercicios experienciales, tareas a realizar fuera de sesión, etc. Lo importante no son las técnicas en sí mismas, sino el fin que persiguen: generar flexibilidad en el comportamiento (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006; Luciano et al., 2006). El compromiso con acciones valiosas se considera un aspecto relevante en la ACT (Páez-Blarrina et al., 2006) y en el caso que nos ocupa trabajar lo que es valioso para el paciente y traducirlo en conductas a activar en L.A. ha sido clave en su recuperación. A modo de resumen los objetivos y el plan de tratamiento es el siguiente:

Tabla 2

Resumen objetivos y técnicas de intervención

OBJETIVOS	PLAN DE TRATAMIENTO
Adherencia terapéutica	-Psicoeducación sobre la importancia de la psicoterapia en el tratamiento. -Validación emocional y sufrimiento.
Defusión cognitiva de pensamientos autolíticos	-Mindfulness atención focalizada (awareness) y distanciamiento (decentring). -Uso de metáforas.
Mejorar la comunicación y relación con su familia y expresividad emocional	-Realización de sesiones de psicoterapia familiares. -Técnicas de definición de valores como padre, traducirlos en conductas y activar conductualmente para aumentar congruencia de su conducta con respecto a valores (<i>ejercicio de tiro al blanco y ejercicios de valores</i>).
Mejora del estado de ánimo	-Técnica de punto de elección. - Activación conductual. - Uso de metáforas.
Mejora de su relación consigo mismo	-Técnicas Defusión cognitiva. - Técnicas de Mindfulness. -Ejercicios experienciales.
Compromiso con un nuevo proyecto profesional	- Explorar la reconversión profesional hacia profesor. -Realización de ejercicios experienciales.
Retomar actividades saludables y de ocio	-Activación conductual en actividades deportivas y sociales. -Creación de rutinas y hábitos saludables en coherencia con las acciones valiosas.

En el presente trabajo se describen 22 sesiones presenciales de 1h de duración con una periodicidad semanal de una intervención terapéutica todavía no finalizada e interrumpida durante 3

meses de verano al final de los cuales el paciente tuvo un intento de suicidio y se retomó la terapia. En el tratamiento se intercalan sesiones de terapia de familia que, como se ha indicado anteriormente cumplen una función de control estimular muy importante para generar adhesión del paciente al tratamiento. A continuación, se detalla de manera cronológica las sesiones realizadas y las técnicas terapéuticas que se utilizaron:

Tabla 3

Resumen cronograma de sesiones, objetivos y técnicas de intervención

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> -Crear alianza terapéutica -Evaluación -Devolución AF -Explicación tratamiento 	Entrevista semiestructurada y valoración riesgo conducta suicida. Autorregistros. Análisis funcional. Validación emocional. Psicoeducación sobre depresión. Uso de metáforas (la tortuga). Inicio ejercicio tiro al blanco.
5, 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir tendencia al control de los pensamientos y emociones -Favorecer rutinas y compromiso con nuevas acciones 	Ejercicios experienciales de defusión. Técnica ACT: contar la historia. Uso de Metáforas (la fiebre, la trampa de la depresión y el dique seco). Mindfulness distanciamiento de los pensamientos (decentring) AC
8 y 9	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo en valores: Compromiso con nuevo proyecto profesional 	Ejercicio “Mi fiesta de jubilación”.
10	<ul style="list-style-type: none"> -Continuación trabajo en valores -Retomar actividades saludables 	Acciones comprometidas. Planificación acción: salir a pasear (AC).

11	-Comprensión del AF de la conducta suicida	Psicoeducación curso de la depresión. Devolución AF conducta suicida y validación.
12	-Sesión familiar: favorecer las narrativas intrafamiliares sobre el intento suicida -Trabajar la aceptación y el estigma en relación con el intento suicida	Narrativas de los familiares acerca propias dudas y dificultades relativas al intento autolítico. Trabajar con las devoluciones de la familia al paciente: amor incondicional.
13, 14	-Disminuir rigidez psicológica: autoexigencia y perfeccionismo -Trabajar en su dirección valiosa acorde a su valor profesional (compromiso con su nuevo trabajo).	Retomar Ejercicio “Mi fiesta de jubilación”. Metáfora del Tablero de Ajedrez. Ejercicios de agradecimiento (escribir 3 agradecimientos durante 21 días y enviárselo al terapeuta por email).
15	-Relación consigo mismo: autoexigencia y perfeccionismo	Psicoeducación sobre la función que cumplen dichas conductas en el paciente. Entrenamiento en focalización de lo positivo. Metáfora del caballo.
16	-Sesión Familiar: favorecer la comunicación emocional y desarrollo de la empatía	Petición de feedback a cada miembro de la familia. Acciones comprometidas en la dirección de cambio que se le solicita a nivel familiar.
17	-Aceptación -Revisión feedback familiar	Mindfulness. Ejercicio Tiro al blanco.
18	-Trabajo en dirección en Valores	Continuación ejercicio Tiro al blanco.
19	-Acciones comprometidas con valores	Evaluación ejercicio Tiro al blanco. Análisis de resistencias internas.
20	-Acción comprometida esfera laboral	Mindfulness de observación. Metáfora del barco (dirección valiosa).

		Psicoeducación sobre los miedos.
21	-Sesión familiar: Feedback del sistema familiar -Favorecer y promover la escucha y comunicación afectiva	Rueda de feedback del sistema familiar mediado por el terapeuta. R+ del terapeuta por los avances conseguidos y comunicación a la familia.
22	-Integración de emociones difíciles tras la sesión familiar -Regulación emocional	Psicoeducación en la emoción del enfado: funciones, reconocimiento, aceptación y gestión. Entrenamiento en técnicas de regulación y responsabilidad emocional.

Sesiones 1,2,3 y 4: se dedican al motivo de consulta, encuadre, evaluación y a la devolución del análisis funcional de una forma sencilla utilizando los autorregistros que había cumplimentado L.A., además de ir creando la alianza terapéutica. Se evaluó el riesgo de conducta suicida al existir ideación autolítica y se determinó riesgo medio (no hay planificación suicida pero sí presencia de desesperanza y sí cumple un factor de riesgo como es la depresión). En estas primeras sesiones la observación directa respecto a su enlentecimiento y temblores y la escucha del paciente sobre cómo se sentía con ello, fue especialmente importante para validar sus emociones de enfado y preocupación. Se le fue devolviendo de manera sencilla el análisis funcional y se realizó psicoeducación sobre la depresión y su tratamiento en cuanto a fases, recaídas y recurrencia utilizando metáforas como la del hoyo y la del caballo. En la sesión 4 se inicia el trabajo con el ejercicio de Tiro al Blanco, explicando a L.A. en qué consiste y realizando una primera diana de puntuaciones en cada cuadrante (ver Anexo B).

Sesiones 5, 6 y 7: se dedicaron a trabajar los pensamientos autolíticos y rumia utilizando técnicas de mindfulness y defusión cognitiva. Se realizaron meditaciones guiadas por el terapeuta centradas en atención al entorno, aceptación del momento presente y atención a los pensamientos y emociones. Se trabajaron los pensamientos haciendo ejercicios experienciales de defusión con el objetivo de aprender a observar los pensamientos y recuerdos (las hojas en el río, escribir pensamientos comenzando por *“estoy teniendo el pensamiento ...,”* el ejercicio *“agradece a tu mente lo que te dice”*). Posteriormente se trabajó en mejorar su estado de ánimo realizando AC. Se empezó con psicoeducación sobre la importancia de hábitos y rutinas y se le explico la lógica de la AC con metáforas como la de la fiebre y la metáfora de

la trampa de la depresión. Se comenzó por actividades que tenían un reforzamiento natural para L.A., como era salir a pasear todos los días.

Sesiones 8 y 9: se dedicaron inicialmente a valorar la mejoría auto percibida en L.A. que verbaliza sentirse mucho mejor. No tiene ideación autolítica y su estado de ánimo ha mejorado no percibiéndose “desesperanzado”, ni “apático”. Se empieza a trabajar en el objetivo de compromiso con su nuevo proyecto profesional como profesor. Se realiza en sesión el ejercicio experiencial “Mi fiesta de jubilación”.

Sesión 10: se continúa trabajando con la AC en las áreas del ejercicio físico. Se materializa en conductas concretas su compromiso y objetivo de salir a pasear todos los días media hora. Se continúa trabajando en su compromiso de su proyecto profesional como profesor.

Sesión 11: se reanuda el tratamiento dedicando una parte a la adherencia terapéutica: psicoeducación sobre la depresión y sus fases, riesgos de dejar la terapia y conveniencia de intercalar sesiones de terapia familiar. Se trabaja con L.A. los desencadenantes de la conducta suicida: juicios negativos respecto a su capacidad para dar clase, no enfrentamiento a las situaciones que le generaban ansiedad, reglas verbales rígidas, etc.

Sesión 12: primera de las sesiones familiares a la que acuden sus 3 hijos y su mujer. Se trabaja con las narrativas de la familia acerca del suceso autolítico de L.A. abordando las creencias y reglas rígidas “...*ya no apporto nada a mi familia, estarían mejor sin mí*”. Se dan verbalizaciones del sistema familiar alrededor del amor incondicional hacia al padre independientemente de lo que hace a nivel laboral.

Sesiones 13 y 14: se dedicaron a trabajar la autoexigencia, perfeccionismo y reglas verbales rígidas del paciente aprovechando la narrativa con la que acudió a las sesiones (*yo como contenido vs yo como contexto*). Se utiliza la metáfora del tablero de ajedrez. Para trabajar el foco atencional a fin de centrarse en los aspectos más positivos de su vida y unido a lo trabajado al inicio de la sesión se fijan como tarea a realizar durante 21 días seguidos el enviarle al terapeuta cada día 3 agradecimientos que escriba cada día.

Sesión 15: se recoge una discusión con hijo que trae a la sesión L.A., se trabaja la exigencia del paciente con sus hijos y los inconvenientes de la exigencia para consigo mismo y con los demás. Igualmente se trabaja la vulnerabilidad desde la ansiedad que L.A. relata que siente cuando se da cuenta que le tiemblan las manos al estar dando clase: normalización de la vulnerabilidad y aceptación de la ansiedad. Por último, L.A. reflexiona sobre su toma de consciencia en el momento actual de las consecuencias que hubiera tenido para su familia su intento autolítico se hubiera consumado. Manifiesta que le gustaría poder abordar en la sesión de familia cómo se han sentido sus hijos.

Sesión 16: sesión familiar en la que se trabaja con las devoluciones familiares que hacen a L.A. enmarcándolas en el modelo de ganar en flexibilidad y vincular con su familia no desde la exigencia sino

desde la empatía y desarrollando una mirada más comprensiva. L.A. se compromete en poner en prácticas acciones que le acerquen al objetivo fijado en la sesión que es no hacer ningún comentario crítico u hostil a fin de tolerar su frustración y decir 3 cosas positivas a cada miembro de la familia. El incumplimiento de no hacer ningún comentario desde la crítica implicaba para L.A. el tener que depositar un euro por cada crítica.

Sesión 17: se comienza con las tareas a realizar fruto de la sesión familiar y cómo se sintió. Se continúa trabajando las dificultades relacionales que su patrón de exigencia le generan. Se recuerda la metáfora del caballo y sus propias reflexiones “... *que no hay que fustigar al caballo, que también corre sin fustigarle todo el tiempo*”. Se realiza una meditación guiada para trabajar aceptación de los temblores y para que de manera experiencial pueda ir cambiando su relación con ellos “*cuando ves que estás luchando, obsérvalos y deja de luchar*”. Se retoma el ejercicio del Tiro al Blanco (ver Anexo B) abordando en para cada esfera de la diana dos preguntas: *¿Cómo quieres ser en ...? ¿Qué cualidades personales te gustaría ...? ¿Qué habilidades/cualidades personales te gustaría desarrollar...?*

Sesión 18: se retoma el ejercicio de tiro al blanco preguntando a L.A. que podría hacer de aquí a la próxima sesión en cuanto a acciones comprometidas concretas en cada cuadrante de la diana y valorando de 0 a 10 como se ve de capaz de hacerlo. L.A. establece 4 acciones comprometidas, una para cada cuadrante de la diana.

Sesión 19: se realiza la evaluación respecto al grado de realización de las acciones para cada cuadrante del Tiro al Blanco. Excepto en el cuadrante laboral, L.A. está más cerca del blanco y ha realizado las acciones a las que se había comprometido en la anterior sesión. Se trabaja en las resistencias internas y barreras que tuvo para realizar la acción comprometida de grabarse en video y visionarse. Se recoge este hecho para devolverle a L.A. como su exigencia/perfeccionismo (querer grabar la clase solo si se va a salir muy bien) le han alejado (evitación) de su objetivo. L.A. se compromete para la siguiente sesión tener la clase grabada y enviársela al terapeuta. Se valora cómo se está relacionando con sus temblores y enlentecimiento verbalizando que se sentirse mejor pues las estrategias trabajadas le han ayudado “*ahora no tengo miedo a dar clase por los temblores*”.

Sesión 20: se trabaja sobre la acción comprometida de la esfera laboral abordando los pensamientos y emociones incómodas que L.A. tuvo al verse así mismo en las grabaciones que realizó. Se trabaja con la metáfora del barco (su dirección valiosa = ser buen profesor a pesar de los obstáculos y dificultades = temblores manos e intentos de control) aprovechando que la semana siguiente comienza a dar clases. Se abordan los miedos y dificultades que L.A. anticipa. Psicoeducación acerca de la función de los pensamientos negativos en el ser humano como mecanismo de supervivencia (se trabajan realizando

ejercicio de mindfulness centrado en la observación y el aprender a convivir con los temblores → objetivo pasar de la hiper-observación → a la tolerancia).

Sesión 21: se lleva a cabo una rueda de feedback recogiendo las conductas y verbalizaciones clínicamente significativas para la terapia de los miembros de la familia. Se constata una mejora significativa respecto a la anterior sesión familiar a nivel de escucha sin juicio, comunicación afectiva y calidad emocional de las interacciones (expresión de los familiares de haber necesitado ayuda terapéutica tras el intento autolítico de L.A.). El terapeuta cierra reforzando a L.A. los avances conseguidos en terapia y recalcando la importancia de consolidarlos y afianzarlos.

Sesión 22: se dedica a la expresión de emociones que le produjo a L.A. el feedback recibido por su familia en la anterior sesión. Se trabaja sobre la emoción del enfado verbalizada por el paciente desde la psicoeducación, así como, el entrenamiento en regulación y responsabilidad emocional.

Final hipotético del tratamiento y seguimiento:

El trabajo que se está realizando es positivo, si bien, añadiría al plan inicial de tratamiento una serie de objetivos terapéuticos a conseguir con sus correspondientes técnicas que constituirían el final del tratamiento y la descripción de la fase de seguimiento. Se trataría de 2 sesiones más espaciadas en el tiempo (cada 15 días) enfocadas a conseguir el mantenimiento y consolidación de los cambios. A continuación, se muestran hipotéticamente los objetivos a tratar, así como, las técnicas:

Tabla 4

Final hipotético del tratamiento

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS
23	-Refuerzo de logros conseguidos -Cómo prevenir que un lapso único no se convierta en recaída	Árbol de logros. Técnica de señales de alarma. Mindfulness autocompasión.
24	-Anticipación y afrontamiento de posibles recaídas	Psicoeducación factores asociados a recaídas. Elaboración de un plan de prevención de recaídas (señales de alarma, situaciones precipitantes, recursos y estrategias de afrontamiento, autocompasión).

Por último, la fase de seguimiento del tratamiento se estructura en 2 etapas que se justifican por la historia clínica, idiosincrasia del caso y valoración terapéutica del tratamiento. En una 1ª fase, se realizaría una sesión mensual durante los 3 primeros meses tras el alta.

En una 2ª fase se realizaría una sesión de seguimiento cada tres meses y durante un año de duración. Transcurrido este periodo se fijaría de común acuerdo con el paciente las siguientes sesiones de seguimiento.

6. Valoración del tratamiento

La valoración se ha realizado atendiendo a la adherencia terapéutica y al grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos fijados en términos de efectividad y eficiencia hasta la sesión 22 del tratamiento anteriormente descrito.

6.1. Adherencia al tratamiento

L.A. inicio la terapia verbalizando su falta de confianza en los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, lo que constituyó desde el inicio una variable disposicional que dificultaba la adherencia. Acudió a consulta presionado por su mujer e hijos preocupados por su empeoramiento. Igualmente, y como antecedentes existía un abandono brusco de la medicación antidepressiva, coincidente dicho abandono voluntario con su percepción de mejoría en su estado de ánimo. Este patrón conductual de L.A. se refleja en el AF y se trabaja a lo largo de la intervención, ya que el posterior abandono voluntario de la terapia por parte de L.A., vuelve a coincidir en forma y explicación funcional: cuando se siente mejor anímicamente y hay menores demandas del entorno (vacaciones de verano, parón académico, etc.) → abandono de la terapia → recaída (aumento sintomatología depresiva) → intento autolítico (por intoxicación medicamentosa) → vuelta a terapia.

En consecuencia, atendiendo a la variable temporalidad la valoración de la adherencia al tratamiento hasta la sesión 10 es baja, al no darse la continuidad que el tratamiento requiere. Es importante señalar como reflejan diferentes autores entre patrones de conducta intencional y no intencional, ya que el paciente en algún momento de su tratamiento podría mostrar ambas (Sluijs, Vam Dulmen, Van Dijk, De Ridder, Heesdink y Bensing (2006). El abandono de L.A. se podría explicar desde el curso propio de la depresión, desde la fase en que remite la sintomatología grave y la mejoría auto percibida que le lleva a abandonar. Existen estudios que señalan que los pacientes que creen que su depresión es severa presentan niveles altos de adherencia al tratamiento, frente a aquellos que no consideran su depresión como severa (Edlund et al., 2008).

A partir de la sesión 11 se retoma la intervención semanalmente trabajando la adhesión mediante psicoeducación de la depresión, explicación desde el AF de las conductas autolíticas y validación emocional. A partir de dicha sesión el aumento de la adherencia se constata sesión a sesión en base a las siguientes variables:

- Asistencia y frecuencia de las sesiones: L.A. acude semanalmente a sesión no cancelando ninguna sesión.
- Compromiso y confianza: L.A. realiza siempre y de buen grado las tareas que el terapeuta fija como trabajo propio a realizar en casa, propone a su familia la realización de sesión con todos ellos y busca su

compromiso y asistencia presencial. Muestra un mayor nivel de confianza hacia el terapeuta y hacia el tratamiento que se traducen en conductas alineadas con ello.

- Sesiones familiares: el cambio de encuadre introduciendo las sesiones familiares ha tenido una función estratégica muy importante dentro de la terapia, ejerciendo como control estimular de la conducta del paciente para generar adherencia al tratamiento. Los beneficios de estas sesiones se han visto reflejados en su mayor compromiso y comprensión de sí mismo, mediados a través del feedback que recibe de su familia y que permite trabajar a nivel emocional y relacional incorporando dicha perspectiva. Así mismo, la alianza con el terapeuta se ha fortalecido al generarse otras interrelaciones con el terapeuta en las sesiones familiares que son distintas de las sesiones individuales.

- Verbalizaciones de mejora auto percibida: L.A. habla en pasado de su depresión y refiere “*sentirse mucho mejor*”, si bien, es consciente de la necesidad y conveniencia de continuar asistiendo a terapia. Se ha realizado mucha psicoeducación con L.A. sobre el curso habitual de la depresión, dando valor a la fase de mantenimiento y consolidación de los cambios conseguidos.

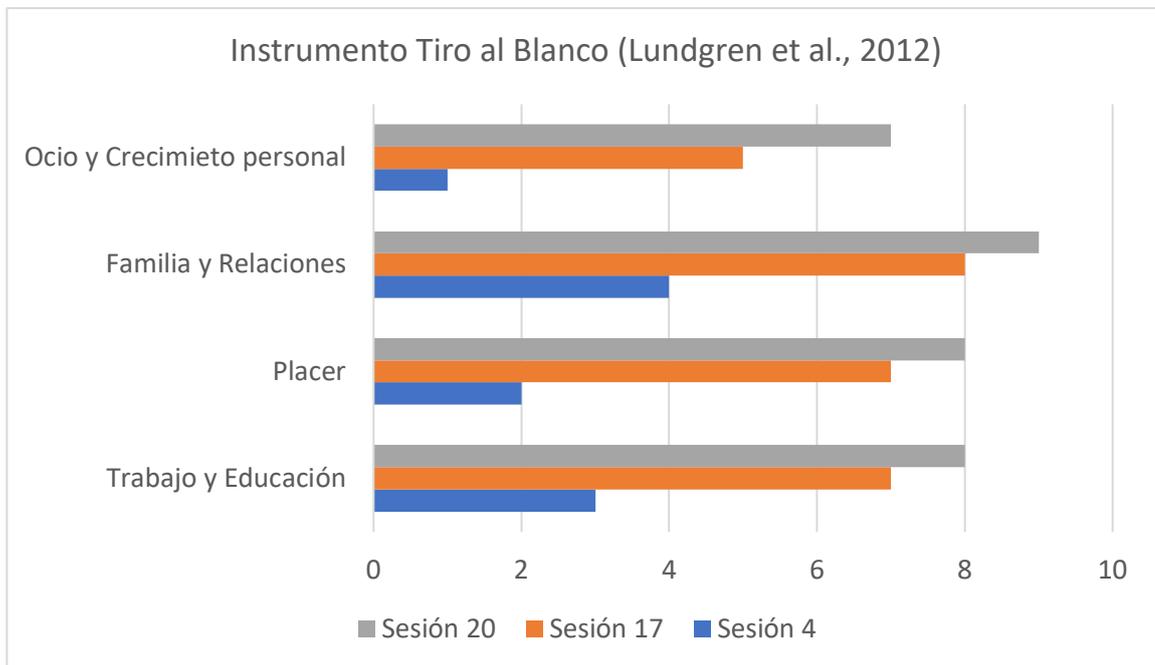
Atendiendo por tanto a las variables expuestas con anterioridad se puede concluir que se ha conseguido una buena adherencia terapéutica con una significación clínica de mejoría acorde.

6.2. Consecución de objetivos

La evolución en la consecución de los objetivos terapéuticos fijados está siendo muy positiva. A modo de resumen y basándonos en el instrumento de evaluación y valoración “El Tiro al blanco” (ver Anexo B) utilizado en fase de evaluación (sesión 4) y en fase inter-tratamiento (sesiones 17 y 20) L.A. se auto percibe más cerca del blanco (puntuación 10) en los 4 cuadrantes, siendo el área de Familia y Relaciones en la que se sitúa más cerca del blanco con una puntuación de 9. Es el área de Salud y Crecimiento Personal el área de la que más bajo se auto percibía al inicio con una puntuación de 1 (sesión 4) hasta situarse en un 7 (sesión 20). En el área de trabajo se aprecia una mejora auto percibida significativa clínicamente y sustentada con las pruebas de realidad de su vuelta al trabajo y ampliación incluso de sus horas de docencia. En el cuadrante Placer, L.A. manifiesta también un gran avance hasta una puntuación de 8 (sesión 20) con sus acciones comprometidas ya iniciadas como la práctica de deportes (pádel y bicicleta) y actividades de ocio con amigos y pareja.

Figura 4

Puntuaciones Instrumento Tiro al Blanco



Nota. La figura muestra las puntuaciones dadas en la diana por el paciente en las sesiones 4, 17 y 20 (ver Anexo B). Fuente: elaboración propia.

Detalladamente el cumplimiento por objetivos sería:

1) *Disminución pensamientos autolíticos y defusión de pensamiento*: El inicio de la intervención con L.A. se trabajaron con carácter prioritario sus pensamientos autolíticos con las técnicas anteriormente descritas. L.A. tuvo una evolución muy positiva en este objetivo, en la sesión 6 ya no presentaba rumia autolítica y la progresión ascendente en defusión de sus pensamientos se fue dando sesión a sesión. L.A. verbaliza haber sido capaz de superar “*el engancharse a sus pensamientos*”. El entrenamiento en técnicas de mindfulness y defusión, para aprender a relacionarse de otro modo con sus eventos privados ha sido fundamental para avanzar. L.A. ya no está fusionado con sus pensamientos negativos y demuestra no enredarse apenas con ellos, si bien, la práctica regular en defusión a través de mindfulness se recomienda como técnica a incorporar en el día a día.

2) *Mejora de su estado de ánimo*: han desaparecido en L.A. los síntomas depresivos de clinofilia, anhedonia, desesperanza, sentimientos de inutilidad y tristeza. L.A. informa sentirse mucho mejor, habla de su depresión en pasado y ha construido repertorios más amplios, efectivos y flexibles frente a su patrón de supresión de eventos privados aversivos. Ha vuelto a trabajar impartiendo docencia presencial, e

incluso ha aumentado sus horas docentes. Sus conductas están ahora más en coherencia con sus valores y con la vida de calidad que quiere recuperar a pesar de los obstáculos.

3) *Mejora comunicación y relaciones con su familia:* tanto en las sesiones individuales como en las familiares se ha trabajado en este objetivo y se puede afirmar que se ha dado una evolución muy positiva. L.A. verbaliza que los cambios en su conducta han redundado en un mejor clima familiar. Ha introducido conductas de actuación más adaptativas y alternativas a la situación familiar. Afirma que se comunica mejor con sus hijos desde la no exigencia, se dan menos situaciones de conflictividad y discusiones con los hijos. Ahora es capaz de propiciar conversaciones con sus hijos en lugar de evitar y rumiar “*qué pensarán sus hijos de tener un padre con depresión y que ha intentado quitarse la vida*”. Su cambio de conductas rígidas y sus acciones acordes a sus direcciones de valor como padre y marido son hechos tangibles que se deben mantener y seguir evaluando.

4) *Mejorar la relación consigo mismo:* L.A. ha remitido de manera significativa su patrón de perfeccionismo y autoexigencia desarrollando una mirada más compasiva consigo mismo. Ahora es capaz de detectar sus conductas problemáticas encaminadas a evitar sus eventos privados (su rumia, su autocrítica y exigencia consigo mismos y con su familia) y ser más flexible. Gracias al mindfulness y el trabajo en aceptación y regulación emocional L.A. verbaliza “*no sentir ese malestar consigo mismo que tenía al inicio*”. No obstante, en este objetivo se continúa trabajando y propiciando que L.A. discrimine “el producto” de su modo de funcionar problemático (análisis funcional del patrón de inflexibilidad psicológica y procrastinación) virando siempre hacia la flexibilidad.

5) *Compromiso con nuevo proyecto profesional:* L.A. inicio el tratamiento con mucha auto-invalidación y dudas acerca de sus competencias como profesor, así como, creencias limitantes e inflexibilidad sobre lo que era el “valor de éxito y desarrollo profesional social y personalmente esperable”. El trabajo en clarificación de valores y operativización en acciones comprometidas ha dado sus frutos: se ha comprometido en asumir más horas de docencia y quiere realizar el Doctorado (dirección valiosa) para poder optar en un futuro a una plaza de titular. Ahora L.A. tiene más recursos para afrontar la preparación de las clases manejando “su ansiedad y esquemas de pensamientos invalidantes”. Verbaliza que “*...con una buena preparación previa de las clases me veo capaz de impartir las clases e incluso olvidarme de mis temblores*”. Es capaz de incluir el seguimiento de reglas mucho más flexibles y ajustadas a su situación personal y profesional. Su viraje hacia la flexibilidad profesional también se constata con el ajuste de

expectativas respecto a su realidad actual y la no comparación con el L.A. del pasado, como realizaba de manera constante al inicio de la terapia. L.A. ha desarrollado la acción comprometida “al afrontarla en la línea de sus valores” a pesar (y sin enredarse en) de pensamientos desagradables, reglas disfuncionales u otros eventos verbales. Por todo ello, se puede concluir que este objetivo se ha conseguido en su totalidad y en la actualidad se trabaja en su mantenimiento y consolidación.

6) *Retomar actividades saludables y ocio:* se han ido creando a lo largo de las sesiones las condiciones para que L.A. pueda contactar y ampliar aquello que tiene sentido personal para él (explorar y amplificar valor), a la vez que la creación de rutinas y nuevos hábitos con la AC. Ha retomado el deporte, pádel una vez a la semana y bicicleta. Esta activación conductual está alineada con su valor de vida saludable y favorece que L.A. haya sido capaz de construir a su vez otros repertorios conductuales, como son, no picar después de cenar comprometiéndose a prepararse una infusión después de cenar. Igualmente, L.A. ha ido progresivamente incorporando actividades sociales con amigos informando que es capaz de disfrutarlas sin la anterior hiper vigilancia por sus temblores.

7. Discusión y conclusiones

7.1. Discusión

En este trabajo se ha abordado un caso de depresión severa. Las publicaciones científicas coinciden en señalar que los factores que potencian el riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo son difíciles de calcular, así como, difícil igualmente predecir el riesgo real de una persona a sufrir una depresión. Hemos expuesto el consenso amplio en la literatura científica respecto a la existencia de factores culturales, sociales, estructurales y psicológicos que se pueden asociar a la aparición y curso de la depresión, pudiendo realizar asociaciones causales entre factores estresores del entorno y desencadenamiento de sintomatología depresiva. Se puede concluir con los hallazgos del caso e hipótesis planteadas al inicio, que la salud mental es un reflejo de las respuestas emocionales que las personas dan en el contexto en el que están. La depresión conceptualizada como un problema de ajuste, que se puede entender y explicar en la secuenciación de conexiones causales: ante un acontecimiento/precipitante evocador de depresión (pérdida del trabajo) se da una disminución de la tasa de refuerzo positivo y un aumento de experiencias aversivas que conllevan a su vez a un aumento de la conciencia del paciente, de su autocrítica y expectativas negativas. Todo ello se traduce en un aumento de su disforia con consecuencias negativas de tipo conductual, cognitivas e interpersonales. Estas consecuencias negativas mantenidas en el tiempo llevaron al paciente a un estado de desesperanza y precisamente el “quedar aprisionado en esa profunda desesperanza” según autores puede llevar a una desconexión familiar y social que empeora la sintomatología depresógena causante de pensamientos vinculados a quitarse la vida (Azmeuca, 2021), que como el caso que nos ocupa también se dieron.

Ante el agravamiento, el paciente inició tratamiento farmacológico que es el más común y extendido. La efectividad y rapidez de los antidepresivos resulta en la mayoría de los casos necesaria en el corto plazo si bien y como hemos visto con L.A., los antidepresivos como único tratamiento no estaba funcionando en la remisión de su sintomatología depresiva e ideación autolítica, pues no se estaba trabajando en sus “procesos psicológicos”. Sabemos, que el efecto terapéutico de la psicoterapia es más lento en el tiempo que los psicofármacos, sin embargo, suponen un menor riesgo de recaída una vez se ha suspendido el tratamiento (Lemmens et al., 2015). Sin embargo, el porcentaje de población con problemas psicológicos que acude a psicoterapia hoy en día es bajo, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno (OMS, 2021). El estigma social asociado a los problemas de salud mental supone una barrera más a la que las personas afectadas por estos problemas deben hacer frente (González, 2021) con las consecuentes negativas repercusiones para su calidad de vida. Además, el propio auto-estigma que, como en el presente caso dificultó el tratamiento terapéutico. Estudios sobre las implicaciones del estigma concluyen que el auto estigma hacia los problemas de salud mental se asocia con un mayor riesgo de suicidio en población clínica

(Zamorano et al., 2022) y en el desarrollo del presente caso se han puesto de manifiesto ambas problemáticas.

Al hilo de esto y atendiendo al género, hemos expuesto en el apartado de prevalencia cómo la depresión es menos prevalente en hombres, si bien la mayoría de las publicaciones científicas indican que los hombres con depresión acuden con menor frecuencia a los servicios psiquiátricos y psicológicos, y estas diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria (Montero et al., 2004). Esta realidad se explica como hemos conceptualizado por el condicionamiento cultural de los hombres y la interiorización de esas variables culturales, creencias y expectativas referidas a ellos (Franchi, 2001) que los llevan a presentar más resistencias internas a la hora de pedir ayuda psicológica profesional (Ramos-Lira, 2014). La influencia de esta variable disposicional en el caso que nos ocupa ha sido una hipótesis (entre otras) que puede explicar la baja adherencia inicial del paciente y el papel que ha podido jugar en la adherencia y en la depresión de L.A. en sí misma.

Se desprende de todo ello la necesidad de trabajar “los procesos psicológicos” a través de los cuales los comportamientos impulsados por emociones mantienen el malestar, al no permitir el “enfrentamiento” ni el desarrollo de un “sentimiento de competencia” asociado al mismo. El trabajo en terapia de estos procesos en el caso ha resultado crucial y se han obtenido resultados positivos que se están manteniendo. Por otro lado, los efectos secundarios de la medicación consistentes en temblores en manos eran tremendamente invalidantes para L.A. e incrementaban su malestar emocional, rechazo y enfado. El trabajo terapéutico exitoso encaminado a mejorar su relación consigo mismo y de virar de la evitación a la aceptación, dan validez empírica a la intervención y a la terapia ACT como terapia indicada con pacientes con este patrón de evitación. Estos datos aportan valor científico a las numerosas investigaciones mencionadas previamente como las investigaciones de Hayes et al. (2004) que demuestran que la evitación experiencial es un mecanismo implicado en la sintomatología depresiva, y las investigaciones de Levin et al. (2014) que se basan en la idea de que los comportamientos de evitación a largo plazo se convierten en estrategias inflexibles y rígidas.

El análisis funcional del caso ha permitido comprender la función del repertorio conductual del paciente y saber sobre qué procesos psicológicos trabajar. Este enfoque basado en generar flexibilidad psicológica ha justificado el abordaje de la intervención terapéutica desde las terapias contextuales y más concretamente desde la ACT y la aplicación del modelo de flexibilidad psicológica Hexaflex explicado y fundamentado a lo largo del trabajo (Hayes, 2004). Los objetivos y el plan de tratamiento se han ido cumpliendo no sin las dificultades que la realidad de día a día imponía. Las características personales del paciente con respecto a su adherencia terapéutica han supuesto una intervención no lineal (atendiendo a la variable temporalidad) y que ha cursado con dos episodios depresivos que abordar. La integración de

todos estos factores y variables ha supuesto un ejercicio de flexibilidad del terapeuta importante en cuanto al manejo de la intervención. Prueba de esta integración, han sido la introducción de las sesiones familiares y consecuente cambio de encuadre a partir del intento de suicidio del paciente; se ha podido trabajar en ellas el estigma, la aceptación (tanto por parte de la familia como del paciente), las narrativas y diálogos de los familiares consigo mismos, con el paciente y con el entorno asistencial, así como, la expresión de las dificultades en reconocer ante el paciente y el terapeuta, sus propias dudas y necesidad de ayuda en algún momento del proceso. Precisamente estas interrelaciones de factores y variables dan mayor interés científico y relevancia al caso, pudiendo abrir una línea de investigación futura para este tipo de casos clínicos en los cuales al protocolo de la intervención con ACT se suma la intervención en terapia familiar como control estimular de la conducta del paciente y con resultados de mejoría clínica relevantes.

7.2. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del caso es la no existencia de datos cuantitativos obtenidos mediante cuestionarios psicométricos en la fase de evaluación que hubieran permitido cuantificar el nivel de mejoría terapéutica durante (inter-tratamiento) y al final de la intervención, dando mayor validez empírica al caso. Considero hubiera sido útil haber pasado el Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II (Bond et al., 2011) que mide la evitación e inflexibilidad psicológica, procesos ambos claves en este trabajo y sobre los que ha pivotado gran parte de la intervención. Dicho cuestionario posee buena validez de constructo, validez externa y validez discriminante (Ruiz et al., 2013).

Otra de las limitaciones y relacionada con la anterior es la dificultad para demostrar que hay un incremento de la flexibilidad psicológica en L.A. incluso aunque se sigan percibiendo eventos privados negativos sobre los cuales se continúa trabajando. A este respecto, hay que tener en cuenta las limitaciones metodológicas propias de los estudios de caso único que no permiten en ocasiones el establecimiento de relaciones causales directas, ni disponer de una muestra más heterogénea de conductas ni población amplia.

Una última limitación hace referencia a la adherencia terapéutica y las hipótesis sobre qué factores asociados con la recaída del paciente (tras el periodo de más de 3 meses sin terapia) podrían explicar funcionalmente el episodio subsecuente de depresión mayor en L.A. con intento autolítico. La metodología de estudio de caso de este trabajo no analiza el número de episodios previos en el paciente como posibles predictores clínicos, ni la relación entre el número de episodios previos de TDM y el riesgo de recurrencia a partir de la recuperación desde el episodio evaluado. Se retoma la terapia considerando el retorno de los síntomas depresivos y el cumplimiento de los criterios de TDM como una recaída. Existen en la literatura científica numerosos estudios y revisiones de estudios que han mostrado una relación

significativa positiva entre el número de episodios previos de TDM y el riesgo de recurrencia (Kessing y Andersen, 1999; Kessing, Andersen y Andersen, 2000; Maj et al., 1992; Mueller et al., 1999; Segal et al., 1992; Solomon et al., 2000). Las recaídas y las recurrencias son por tanto muy habituales en depresión como señalan diferentes autores, del orden del 50% en un año y del 75% en 5 años, siendo más probable que ocurran en los primeros meses de la recuperación (Hammen, 1997).

A pesar de las limitaciones, los resultados preliminares del tratamiento hasta la fecha son muy positivos y dan validez empírica externa de este proceso de intervención a partir de su puesta en práctica real. Contribuye, en consecuencia, el presente trabajo a dar respaldo experimental a la ACT y sus protocolos de intervención en depresión.

Como cuestiones para investigaciones futuras sería deseable nuevos estudios interdisciplinares que tengan en cuenta la interacción de los diferentes factores implicados (psicológicos, ambientales y psicosociales) que pudieran aportar más evidencias en la explicación y conceptualización de la depresión, así como, de la ACT como terapia eficaz para su tratamiento.

Por último, sería deseable futuras líneas de investigación cuyas conclusiones avalaran la importancia del desarrollo de acciones de sensibilización social respecto a la salud mental, así como de la eficacia de los tratamientos psicológicos para conseguir el deseado bienestar psicosocial y mayor normalización en la sociedad de la psicoterapia.

7.3. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo ha sido explorar y explicar desde la práctica clínica la eficacia de una intervención de corte contextual en un caso de depresión severa, conceptualizando la depresión no solo como un problema de salud mental, sino también como un problema social complejo y multifactorial cada vez más presente en nuestra sociedad. Se ha podido fundamentar mediante el AF como los valores culturales aprendidos y roles sociales se instauran en nuestros sistemas de creencias pudiendo llevar a personas a la falta de bienestar psicológico ante la pérdida de esos roles, desarrollando incluso una pérdida de identidad y sentido vital que dificultan y hacen más larga su recuperación, e incluso conduce a conductas suicidas.

El tratamiento y las técnicas de intervención orientadas a construir repertorios más funcionales en el paciente han funcionado y validado la efectividad de la ACT. Se ha ayudado al paciente a separarle de su patrón de inflexibilidad psicológica y evitación, así como, a identificar sus barreras y sus valores para comprometerse en el desarrollo de acciones coherentes con esos valores. La evidente reducción del malestar junto con la recuperación de funcionalidad y calidad de vida del paciente avalan con

“significación clínica” la intervención y permiten situar los hallazgos como relevantes para el área científica y clínica en el ámbito de depresión y su tratamiento psicológico.

Valoración personal:

Haber tenido la oportunidad de ver construirse la necesaria alianza terapéutica, analizar la evolución del paciente sesión a sesión y constatar los beneficios de las técnicas de intervención utilizadas, lo considero un aprendizaje enormemente valioso para mi futura práctica como psicoterapeuta. Así mismo, ver las dificultades y nuevas variables que se van incorporando a largo de la intervención es un ejercicio de flexibilidad profesional muy valioso, que me ha hecho más consciente de la realidad de la práctica clínica y del necesario y constante análisis funcional del caso para ir ajustando la intervención a las necesidades del paciente.

Destaco especialmente el aprendizaje y consecuente reflexión acerca de la importancia de la adherencia terapéutica que en un caso tan complejo como este, he podido vivenciar las diferentes fases del tratamiento, con recaídas y ver el manejo por parte del terapeuta y cómo trabajar también en el mantenimiento de logros y prevención de recaídas, donde la psicoeducación al paciente y a su entorno familiar ha sido un pilar muy importante y al que hay que recurrir siempre que se considere oportuno en el desarrollo de la intervención.

Considero un aprendizaje muy importante el constatar que el mecanismo mediador de “generar flexibilidad psicológica” estaba bien establecido para reducir sintomatología depresiva, y como la intervención basada en incrementar esa deseada flexibilidad ha seguido un protocolo que da estructura y solidez a la intervención sesión a sesión. Comprobar en primera línea que las técnicas utilizadas por el terapeuta tienen un por qué en términos de “tiempo, forma y objetivo a lograr” lo considero un aprendizaje experiencial valiosísimo y un verdadero privilegio las horas dedicadas en la tutoría del caso a analizar y compartir el caso bajo el liderazgo de un terapeuta experto en terapias contextuales.

8. Referencias bibliográficas

- Álvaro, J. L., Garrido, A., Pereira, C. R., Torres, A. R., & Barros, S. C. (2018). Unemployment, self-esteem, and depression: Differences between men and women. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. e1. [Doi:10.1017/sjp.2018.68](https://doi.org/10.1017/sjp.2018.68)
- Álvaro, J. L., Garrido, A., y Schweiger, I. (2010) Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68 (2). pp. 333-348. ISSN 0034-9712
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a edición). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Barbero-Rubio, A. (2022). Editorial. Monográfico sobre la Terapia Contextual: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Revista De Psicoterapia*, 33(122), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>
- Beilby, J. M., & Yaruss, J. S. (2018). Acceptance and commitment therapy for stuttering disorders. More than fluency: The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering, 111, 129.
- Cabezas-Rodríguez, A., Bacigalupe, A., & Martín, U. (2020). Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249232>
- Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez Fuentes, M. del C., Molero, M. del M., & Gázquez Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 331-337.

- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.
- Climent-Rodríguez, J. A., Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Gómez-Salgado, J., & García, M. E. A. (2019). Grieving for job loss and its relation to the employability of older jobseekers. *Frontiers in Psychology*, 10, 366.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., y Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies, and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit., L., & Ebert, D. (2020). The effects of fifteen evidence supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 279-293.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30036-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30036-5)
- De Pedro Cuesta, J., Ruiz, J. S., Roca, M., & Noguera, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría biológica*, 23(2), 67-73.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Doorley, D., Goodman, R., Kelso, C., & Kashdan, B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. Department of Psychology, George Mason University. USA. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99. Obtenido de <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., LLeixá-Fortuño, M., Albacar-Riobó, N., & Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159.
- Ford, S. A. (2017). Delivering Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mental health disorders across group and guided self-help formats: a meta-analysis and randomised controlled trial (Doctoral dissertation, University of Edinburgh).

- Gabilondo Cuéllar, A. (2011). Epidemiología del episodio depresivo mayor en España. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo. Proyecto Esemad-España [Universitat Pompeu Fabra, 2011.].
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J.F. y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165013>
- García-Haro, J. y González, M. (2019). Dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo de suicidio. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 109-115. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/809>
- Gómez Maquet, Y., Ángel, J. D., Cañizares, C., Lattig, M. C., Agudelo Vélez, D. M., Arenas, Á., & Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría [Edición Electrónica]*, 49(2), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.004>
- González Sanguino, C. (2021). *El estigma en la salud mental: estigma implícito y explícito*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid] <https://eprints.ucm.es/id/eprint/65806/1/T42587.pdf>
- Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms, Anxiety, Stress, Psychological Distress, and Quality of Life: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e39727.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. (2019). *Una mente liberada. La guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Barcelona: Paidós.
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119.

Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., ... & Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 399(10328), 957-1022. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02141-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02141-3)

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Las cifras de suicidio en España*.

<https://www.epdata.es/datos/cifras-suicidio-espana-datos-estadisticas/607>

Johnsen, T. J., y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747– 768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>

Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829-850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>

Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(10), 2095-2110.

Lescano, N. A. (2012). Predictores de recurrencias de Trastorno Depresivo Mayor. Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria, 15(3). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v15i3.6125>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Boletín Oficial del Estado, 294, de 6 de diciembre de 2018, 119788-119857. <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>

Londoño Pérez, C., Peñate Castro, W., & González Rodríguez, M. (2017). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh>

Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66).

Miguel-Álvaro, A., y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza y el resultado terapéuticos en el tratamiento de la depresión? *Análisis y revisión*. *Clínica Contemporánea*, 12(2). <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017* (Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL).

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria* (BDCAP-Serie2).

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J. A., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-16.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347>

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(suppl 1), 175-181.

Muñoz-Sanjosé, A., Liria, A. F., Vega, B. R., Tarrero, Á. P., Pérez, C. B., Sastre, B. A., & Pérez, A. M. (2019). Mindfulness y compasión en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(S1), 94-102.

Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 209-215.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research, and clinical guidelines*. John Wiley and Sons.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Pando, D. G. (2020). ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: una guía sesión a sesión para maximizar los resultados. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 17(1), 143-143.
- Pérez, M., y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. [Efficacious psychological treatments for depression] *Psicothema*, 13(3).
<https://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pérez Alvarez, M., (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281.
- Rogge, R.D., & Daks, J.S. (2021). Embracing the Intricacies of the Path Toward Mindfulness: Broadening Our Conceptualization of the Process of Cultivating Mindfulness in Day-to-Day Life by Developing the Unified Flexibility and Mindfulness Model. *Mindfulness*, 12, 701–721.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01537-w>
- Ruiloba, J. V. (2007). Situación actual del tratamiento a largo plazo de la depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(5), 285–299.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C. y Cardona-Betancourt, V. (2020). Una evaluación de base múltiple de la terapia de aceptación y compromiso centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión comórbidos. *Frontiers in psychology*, 11, 356.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Sanz, J. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 177-184.
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332-362. doi:10.1017/S1352465818000553

- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 254-272.
- Twohig, M., & Hayes, S. (2019). ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad. Una guía sesión a sesión para maximizar los resultados. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.
- Vrieze, E., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Hermans, D., Pizzagalli, D. A., Sienaert, P., ... & Claes, S. (2014). Dimensions in major depressive disorder and their relevance for treatment outcome. *Journal of affective disorders*, 155, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.020>
- Walser, R. D. y O'Connell, M. (2022). The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy [La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso]. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 5-20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1145>
- Wong, V. C. L., Benavides, D. H., & Martínez, M. P. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516-618.
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Abel, A., Görg, N., & Kuyken, W. (2020). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research*, 30(8), 983-997.
- Zamorano, S., Sanguino, C. G., & Muñoz, M. (2022). Implicaciones del estigma hacia los problemas de salud mental en el riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental: una revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 50(5), 216-225.
- Zettle, R. (2007). ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. New Harbinger Publications.

9. Anexos

A. Autorregistros

AUTORREGISTRO : L.A.

Registro de situaciones de Malestar

Situación	¿ Que pienso y siento?	¿Qué haces? (conductas observ. y no observ.)	Consecuencias inmediatas (corto plazo)	Consecuencias largo plazo
- Andando - tor-pi-	- 16 vx - gúter del pecho - miedo	- A... r... carne donde esta - Estudiar mi trabajo - Almorzar - Quedar en cama - coger el móvil (fotos)	- Alivio - Menor ansiedad - Alivio	- Tristeza - Ap... - G... - 5... - 16... - todo...
La semana -p deper todo ir -p simon sin	- 16 vx - gúter - 16 vx - gúter - 16 vx - gúter - 16 vx - gúter			

AUTOREGISTRO L.A.

(30)

Registro de situaciones de Malestar

Situación	¿Que pienso y siento?	¿Qué haces? (conductas observ. y no observ.)	Consecuencias inmediatas (corto plazo)	Consecuencias largo plazo
Ten - que Sir al comienzo de ar ejercicios	- Si lo hago, tarde mejor resultados	- Dejar y decir yo dentro de 7/ semana.	- Alivio =	- Regresión - Asociacion emocional

B. Instrumento de evaluación: Tiro al blanco

• PACIENTE : L. A.



Instituto Chileno de Terapia Contextual

Tiro al Blanco: Ejercitando Valores en ACT.

Bien en el fondo, ¿qué es importante para ti? ¿de qué quieres que se trate tu vida? ¿Qué cualidades te gustaría cultivar como persona? ¿Cómo te describirías en relación a otros? Los Valores son los deseos más profundos de nuestro corazón en relación a la forma en que queremos interactuar con el mundo y relacionarnos con él, con otras personas y con nosotros mismos. Hay principios gobernantes que pueden guiarnos y motivarnos a medida que nos movemos en nuestras vidas. Los Valores reflejan *qué* quieres hacer, y *cómo* quieres hacerlo. Son el cómo quieres comportarte para acercarte a tus amigos, tu familia, a ti mismo, tu ambiente, trabajo, etc.

Los valores no son lo mismo que las metas. Los Valores implican acciones que siempre están ocurriendo; son como direcciones hacia las cuales nos movemos, donde las metas son aquello que queremos lograr en el camino. Un Valor es como dirigirse al Oeste; una meta es como el río o montaña que debemos cruzar mientras viajamos en dirección al Oeste. Las metas pueden ser “alcanzadas” o “Superadas”, mientras que los valores son continuos. (No importa qué tan al Oeste vayas, nunca vas a llegar a un lugar que se llame “Oeste”!) Por ejemplo, si quieres ser una pareja amorosa, preocupada y apoyadora, eso es un valor: Involucra acciones continuas y constantes. En contraste, si te quieres casar, eso es una meta - puede ser alcanzada o superada. Si quieres un mejor trabajo, eso es una meta. Una vez que lo alcanzas - meta cumplida!. Pero si quieres aplicarte completamente en el trabajo, dar lo mejor de ti mismo y comprometerte totalmente en lo que estás haciendo, eso es un valor: Es un camino a seguir, no un destino.

Parte I: El Tiro al Blanco.

El Tiro al Blanco es un ejercicio de clarificación de Valores diseñado por un terapeuta ACT Sueco llamado Tobias Lundgren. El blanco en las siguientes páginas está dividido en cuatro dominios importantes de vida: Trabajo/Educación, placer, relaciones y crecimiento personal/salud. Para empezar, por favor escribe tus Valores en estas 4 áreas de tu vida. No todo el mundo tiene los mismo Valores, y esto no es una prueba para ver si tienes los valores “correctos”. Piensa en términos de líneas generales de vida, en vez de metas específicas. Hay valores que pueden corresponder a más de una categoría (por ejemplo si valoras estudiar en la universidad, eso puede corresponder a “Educación” y “Crecimiento Personal”). Escribe qué valorarías si no tuvieras obstáculos, nada que te detenga. ¿Qué es importante? ¿Qué te importa en la vida? ¿A qué te gustaría acercarte en la vida?. Tus valores no deberían ser metas específicas sino que deberían reflejar una

• PACIENTE : L.A.

forma en la cual te gustaría vivir tu vida a través del tiempo. Por ejemplo, llevar a tu hijo al cine puede ser una meta; ser un padre comprometido e interesado en la crianza puede ser el valor subyacente. Ojo! Asegúrate de escribir TUS valores, no los de alguien más. Son TUS valores personales los que importan!

1. **Trabajo/Educación:** Se refiere a tu empleo y carrera, educación y conocimientos, desarrollo de habilidades. (Esto puede incluir voluntariados y otro tipo de trabajos ad honorem). Cómo te gustaría ser con tus clientes, usuarios, colegas, empleados y/o compañeros de trabajo? Qué cualidades personales te gustaría llevar al trabajo? Qué habilidades te gustaría desarrollar?

Asegúre, cercano, riguroso, útil,
Amabilidad, inteligencia, Exigencia,
*Oportuna.

2. **Relaciones:** Se refiere a la intimidad, cercanía, amistad y vínculos en tu vida: incluye relaciones de pareja, hijos, padres, familiares, amigos, compañeros de trabajo y otros vínculos sociales. Qué tipo de relaciones quieres construir? Cómo quieres ser en esas relaciones? Qué habilidades personales quieres desarrollar?

Profundas, Sinceras, Altísimas,
Confiable, Recíprocidad,
Símpatica, vínculo seguro,

3. **Crecimiento Personal/Salud:** Se refiere a tu constante desarrollo como ser humano. Esto puede incluir religión, expresiones personales de espiritualidad, creatividad, desarrollo de habilidades para la vida, meditación, yoga, salir a la naturaleza, ejercicio físico, nutrición y hacerse cargo de riesgos para la salud como fumar.

Retorno ejercicio, Comer. No alcohol
dinero. Sol comiendo nocturno ?



• PACIENTE L.A.

Parte 2: Identifica tus Obstáculos.

Ahora escribe las cosas que se ponen en el camino a una vida valiosa para ti, las cuales ya mencionaste anteriormente. Cuando piensas en la vida que quieres vivir y en los valores que te gustaría poner en juego, ¿Qué cosas se meten en el camino y te impiden vivir esa vida? Describe cualquier obstáculo que puedas encontrar en las líneas de abajo.

- Cosas, peralza

Ahora evalúa hasta qué punto el obstáculo que describiste puede impedir que vivas la vida valiosa que quieres vivir. Encierra en un círculo un número de los que se encuentra a continuación que describa qué tan poderoso es este obstáculo(s) en tu vida.

1 2 3 4 5 6 7

No me impide(n) nada

Me impide(n) avanzar absolutamente

Parte 3: Mi plan de acción valiosa.

Piensa en las cosas que puedes hacer en tu vida diaria que te harían sentir que le apuntas al centro al blanco en cada área importante de tu vida. Estas acciones pueden ser pequeños pasos hacia una meta o simplemente pueden ser acciones que reflejen lo que quieres ser como persona. Usualmente dar un paso valioso implica estar dispuesto a encontrarse con los obstáculos que describiste anteriormente y hacer lo que quieres hacer de igual manera. **Trata de identificar al menos una acción basada en tus valores que estés dispuesto a realizar en cada una de las áreas nombradas a continuación.**

Trabajo/Educación:

- Gerson de 3 clases iniciales de los 3 siguientes. (10)

...PACIENTE: L.A.

Placer: 1. - la clase de pediatría y vicinas
(10)

Relaciones:
-> Preguntar a mi hijo que tal todo le
va (8).

Salud/Crecimiento Personal:

Tomarme una infusión después de
comer
(8)

- PACIENTE : L.A.
- EVALUACIÓN e INTER-TRATAMIENTO (TIRO AL BLANCO)

4. **Placer:** Se refiere a cómo juegas, te relajas, te estimulas o disfrutas; tus hobbies u otras actividades de descanso, recreación, entretención y creatividad.

Deportes colectivos, Cine,
Aprender Inglés.

El Blanco.

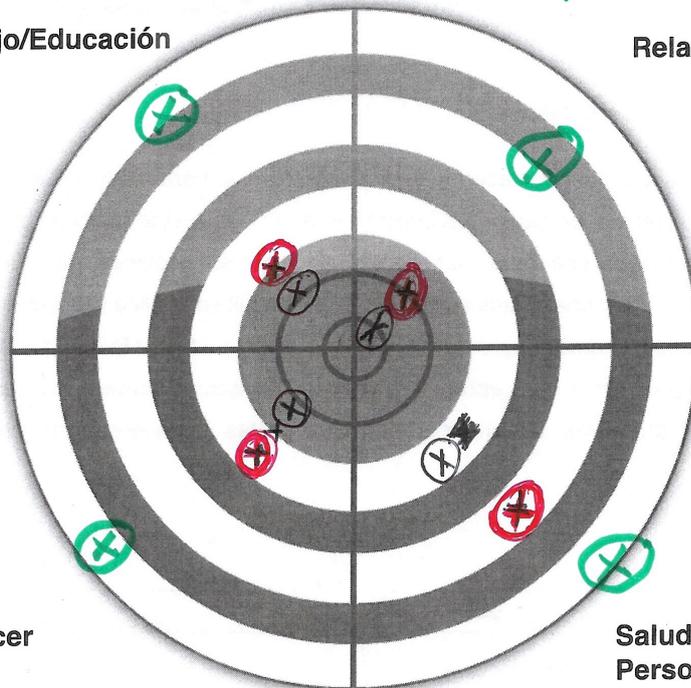
Lee tus valores, luego dibuja una X en cada área del blanco, que represente dónde estás hoydía. Una X en el centro significa que estás viviendo completamente en base a tus valores en esa área de tu vida. Una X lejos del blanco significa que estás muy alejado del centro en términos de tus valores en esa área.

Como son 4 áreas de vida valorizada, deberías dibujar 4 X en el blanco.

SESIÓN 4 (Evaluación)

Trabajo/Educación

Relaciones



Placer

Salud/Crecimiento Personal

- SESIÓN 17 (X)
- SESIÓN 20 (X)

C. Consentimiento informado para la utilización de datos de sesiones de psicoterapia



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde **LURIA PSICOLOGÍA** ubicado en **calle Zurbarán 14 (Madrid)** se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.



4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Madrid, ade de 2022

Firmado: