



**Universidad
Europea** MADRID

Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un ejemplo de evitación experiencial

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Elena Delgado Cano

Tutora: Marta San Antolín Gil

28 de febrero de 2022

Agradecimientos

Este proyecto, al igual que todo en mi vida, se lo dedico a mis padres, por ser mi apoyo incondicional. Gracias por hacer que todo parezca más fácil de conseguir, gracias por confiar en mí y enseñarme los mejores valores que se pueden enseñar. Siempre seréis el mejor ejemplo a seguir.

Resumen

En el presente trabajo se ofrece un estudio de caso único en el que se plantea la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una mujer de 26 años, que a raíz de mantener un patrón conductual evitativo experiencial, presenta como consecuencia síntomas depresivos. La intervención se lleva a cabo de manera online a lo largo de nueve sesiones de una hora aproximadamente. Los dos primeros encuentros son dedicados a la evaluación, donde con ayuda del análisis funcional, se extraen dos principales conductas problemas: la primera, es la de no aceptar las situaciones incontrolables que hay en su vida, y la segunda, es la de no expresar necesidades a su pareja, que se traduce en que haya mala comunicación entre ellos. En ambas se esconde la misma función, y es la de evitar entrar en contacto con el malestar que le suponen las situaciones desagradables o con un tono negativo. Se dedican entonces siete sesiones a tratar los objetivos que desde ACT se proponen según el modelo Hexaflex de Steven Hayes (Hayes et al., 1999), el creador de este abordaje. Para producir esos cambios en la paciente, los terapeutas se ayudan de un gran número de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales. Finalmente se terminan por confirmar las hipótesis propuestas desde un principio, que van en la línea de que al intervenir sobre la variable evitación experiencial, con ayuda del protocolo de ACT, se va a producir una disminución de los niveles de depresión.

Palabras clave: depresión, estudio de caso, evitación experiencial, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Abstract

In the present work, a single case study is offered in which the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is proposed in a 26-year-old woman, who, as a result of maintaining an experiential avoidance behavioral pattern, presents depressive symptoms. The intervention is carried out online over nine sessions of approximately one hour. The first two meetings are dedicated to the evaluation, where with the help of functional analysis, two main problem behaviors are extracted: the first is not accepting the uncontrollable situations that exist in her life, and the second is not expressing needs to their partner, which translates into poor communication between them. The same function is hidden in both, and it is to avoid coming into contact with the discomfort caused by unpleasant situations or with a negative tone. Seven sessions are then dedicated to dealing with the objectives that ACT proposes according to the Hexaflex model of Steven Hayes (Hayes et al., 1999), the creator of this approach. To produce these changes in the patient, therapists use a large number of metaphors, paradoxes and experiential exercises. Finally, the hypotheses proposed from the beginning are confirmed, which are in the line that when intervening on the experiential avoidance variable, with the help of the ACT protocol, a decrease in depression levels will occur.

Keywords: depression, case study, experiential avoidance, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Índice

1. Introducción	
1.1. El sufrimiento humano y la evitación experiencial.....	8
1.2. La relación entre la evitación experiencial y la depresión.....	9
1.3. La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	11
1.4. Tratamiento de la depresión con ACT.....	13
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	14
3. Estrategias de evaluación.....	15
4. Formulación clínica del caso	
4.1. Análisis psicológico del problema (Hipótesis de Origen y mantenimiento).....	19
4.2. Análisis funcional del problema.....	21
4.3. Resultados de las pruebas de evaluación.....	26
4.4. Objetivos terapéuticos.....	27
5. Tratamiento.....	27
6. Valoración del tratamiento	
6.1 Adherencia al tratamiento.....	34
6.2 Consecución de objetivos.....	35
7. Discusión y conclusión	
7.1 Cumplimiento de hipótesis.....	37
7.2 Limitaciones y hallazgos encontrados.....	39
7.2.1 Adherencia al tratamiento.....	39
7.2.2 Tiempos de terapia.....	39
7.2.3 Otras limitaciones del proceso general.....	40
7.3 Futuras líneas de investigación.....	40
7.4 Conclusión final.....	41
8. Referencias Bibliográficas.....	43
9. Anexos (Índice de Anexos).....	48

Índice de figuras

Figura 1. <i>Modelo Hexaflex: flexibilidad psicológica ACT</i>	12
Figura 2. <i>Autorregistro</i>	17
Figura 3. <i>Cadena conductual base de la conducta problema 1</i>	22
Figura 4. <i>Cadena conductual situación 1 de la conducta problema 1</i>	23
Figura 5. <i>Cadena conductual situación 2 de la conducta problema 1</i>	24
Figura 6. <i>Cadena conductual situación 3 de la conducta problema 1</i>	24
Figura 7. <i>Cadena conductual situación pensamientos anticipatorios</i>	25
Figura 8. <i>Cadena conductual de la conducta problema 2</i>	26

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Criterios de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5</i>	10
Tabla 2. <i>Técnicas empleadas durante la etapa de evaluación</i>	19
Tabla 3. <i>Plan de intervención: objetivos y técnicas</i>	28

Índice de Anexos

Anexo A. *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

Anexo B. *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

Anexo C. *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ II)*

Anexo D. *Consentimiento informado*

Anexo E. *Ficha de datos*

Anexo F. *Repertorio de metáforas ACT*

Anexo G. *Ejercicio experiencial: pasajeros del autobús*

Anexo H. *Técnica para las emociones RAIN*

Anexo I. *Ruleta de las emociones*

Anexo J. *Ejercicio experiencial: “Suelta la cuerda y abraza a la fiera”*

Anexo K. *Ejercicio experiencial: el coche de la vida*

1. Introducción

1.1 El sufrimiento humano y la evitación experiencial

Existe un motivo común muy recurrente en la demanda de todas las personas que se deciden a pedir ayuda psicológica, y es acabar con el sufrimiento que por una razón u otra está presente en sus vidas en ese momento (Luciano et al., 2005).

El sufrimiento lo sentimos como algo insoportable debido a que la sociedad ha instaurado un contexto lingüístico con una especie de leyes verbales en el que sentirse “fracasado”, “triste” o “miedoso” es negativo y lo aceptable y válido es precisamente lo contrario a eso, sentirse “feliz” o “satisfecho” (Hayes & Wilson, 1994; Valdivia y Luciano, 2006).

Esto quiere decir que el rechazo al sufrimiento ha sido un invento más de la humanidad, ya que se conoce que este constructo ha existido desde que el hombre es una especie verbal. Como ser verbal posee autoconocimiento, que es la capacidad que nos hace conscientes de nuestra propia experiencia y representa dos caras de la misma moneda: por un lado, nos permite admirar y valorar lo positivo de la vida, pero, por otro lado, nos condiciona a sufrir más que si no poseyéramos este mecanismo (Valdivia y Luciano, 2006). A diferencia de los seres humanos, los animales al ser no verbales, sufren las cosas negativas de la vida, pero sin reparar en ellas, es decir, sin la capacidad de dar cuenta de lo que sienten o piensan (Luciano et al., 2005).

Cuándo una persona acude a terapia, ha intentado antes durante mucho tiempo acabar con ese sufrimiento que le acecha. Estos intentos pueden representarse en formas muy distintas, como por ejemplo distraerse con el teléfono o comer compulsivamente, pero al final en todas ellas se esconde la misma intención o función: escapar del malestar (Luciano et al., 2005).

A esta función compartida Hayes et al., 1996 le dan el nombre de *Evitación Experiencial*, y la definen como un fenómeno que aparece cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con sus eventos privados, es decir, el conjunto de pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones, y hace todo lo posible para librarse de ellos (Hayes, 2013).

El rechazo natural al malestar de los humanos nos lleva a tratar a los eventos privados desagradables como un enemigo al que derrotar. Cuando lo vemos como tal, emprendemos acciones con la intención de ganar esta lucha contra el sufrimiento, que paradójicamente tiñe nuestra vida de guerra y nos aleja de esa paz que buscábamos conseguir al principio de la batalla. Por ello, también se conoce este patrón de conducta como *evitación experiencial destructiva* (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001).

Dentro del amplio repertorio de conductas evitativas, hay muchas que son fáciles de detectar porque la persona las emprende deliberadamente con esa intención, por ejemplo, beber alcohol cada vez que tiene un conflicto con su pareja. Pero hay otras, que son más difíciles de identificar porque la persona las emite con la creencia de que van a resultar positivas para él/ella. Estas son por ejemplo los comportamientos que van destinados a controlar la situación que genera sufrimiento. La forma de control más extendida es la de la *rumia* que es el fenómeno de darle vueltas a un pensamiento una y otra vez (Hayes et al., 1999; Hayes, 2013).

La mente humana nos ha dado muchas ventajas como especie permitiéndonos tener capacidades como la de organizar, planificar, inventar cosas, imaginar, aprender nuevas enseñanzas etc. Gracias a estas logramos controlar de forma eficaz el mundo material. El problema llega cuando intentamos usar estas mismas estrategias en la esfera del mundo interior (Hayes, 2013). Hayes et al., 1996 sugieren que es mucho más difícil controlar nuestros pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones físicas.

1.2 La relación entre la evitación experiencial y la depresión.

A raíz de este patrón del que hablábamos que tienen algunas personas, se ha conformado un trastorno: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Este puede que parezca efectivo a corto plazo, ya que justo después de emitir estas acciones evitativas, te ves reforzado positivamente al creer que estás haciendo lo correcto, y negativamente al experimentar un alivio del malestar que te producen los eventos privados molestos. El caso es que, si esta estrategia se vuelve crónica, puede suponer serias limitaciones para la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001; Hayes et al., 2014).

Estas limitaciones o consecuencias a largo plazo, tal como dice Luciano et al., 2005, se pueden corresponder con los trastornos que conforman las clasificaciones diagnósticas del DSM o el CIE: ansiedad, depresión, adicción a sustancias entre muchas otras. Por lo que, en este caso, el trastorno no sería la conducta problema en sí, sino el resultado de haber llevado a cabo comportamientos evitativos durante un largo periodo de tiempo (Luciano et al., 2005; Wilson y Luciano, 2002).

La depresión concretamente es una de las enfermedades psiquiátricas que está más relacionada con el patrón de conducta evitativo. 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.

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021), la depresión es un trastorno mental común que afecta al 3.8% de la población. Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo ahora mismo padecen esta enfermedad. En la Tabla 1 podemos observar con detalle los criterios diagnósticos que se corresponden con el episodio depresivo mayor de acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 1.

Criterios de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5

Criterios de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Nota. Tomado de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

Atendiendo a la guía creada por National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009), se conoce que los tratamientos más eficaces para combatir la depresión son el tratamiento farmacológico y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Esta terapia fue creada por Beck (Beck et al., 1979) y ha resultado ser la más estudiada y usada en el tratamiento de la depresión, al igual que en muchas otras enfermedades. En un primer momento se opta por aplicar TCC si la persona no está teniendo niveles de depresión graves. La eficacia resulta ser más elevada cuando se combina con antidepresivos (APA Div 12 SCP, 2019 y Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

A pesar de que estas intervenciones siguen siendo el tratamiento de elección para este trastorno, en las últimas décadas han cobrado mucha importancia las terapias de tercera generación. Entre ellas se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia conductual integrada de pareja, la Terapia de activación conductual y el Mindfulness (Álvarez, 2006).

La primera en aparecer y la más utilizada es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Álvarez, 2006). En cuanto a su eficacia en el tratamiento de la depresión, la American Psychological Association ([APA], 2021) en su última revisión la tacha de eficacia modesta, pero poco a poco se van recogiendo resultados prometedores (APA, 2021; Bai et al., 2020).

1.3 La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Esta intervención fue creada por Steven Hayes hace 30 años en el seno del conductismo radical, y se corona como una de las intervenciones más relevantes de las terapias de conducta de tercera generación (Álvarez, 2006). Se sustenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), una aproximación que analiza las funciones del lenguaje y la cognición humana (Barnes-Holmes et al., 2001; Álvarez, 2006).

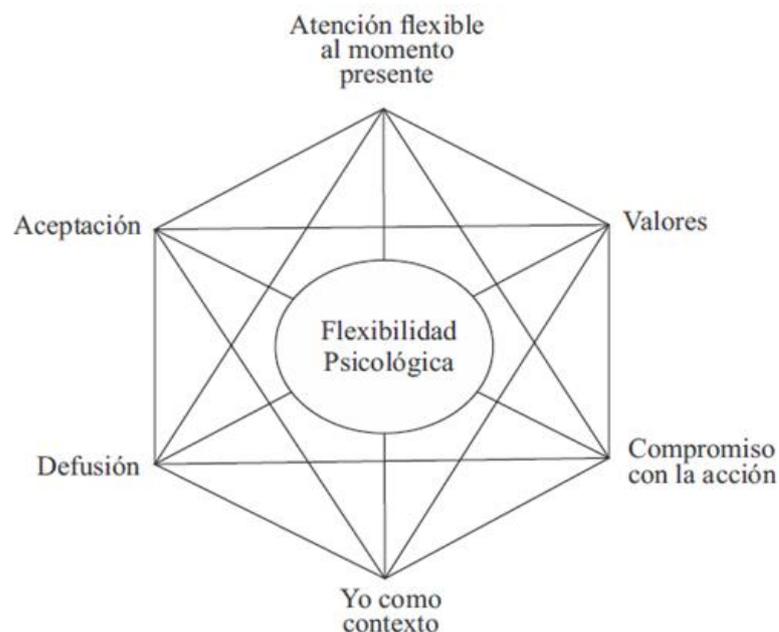
El nombre de la intervención es muy sugerente, ya que las siglas de esta terapia en inglés, ACT, significan *actuar*, que al fin y al cabo es la intención última de la intervención. Asimismo, los constructos que recoge el nombre tampoco suponen una casualidad. En primer lugar, con el concepto de *aceptación*, su autor pretende que la persona deje la lucha contra sus eventos privados y se enfrente a ellos, alterando su contexto y no su intensidad, frecuencia y duración como se hace en las terapias conductuales tradicionales. Por otro lado, con el concepto *compromiso*, quiere expresar que la persona no puede olvidar hacia dónde se quiere dirigir, es decir, debe tener presente sus valores, y conforme a ellos construir acciones comprometidas con la consecución de estos (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2014).

La terapia de Hayes rompe con todas las formas terapéuticas anteriores por dos razones principalmente: primero porque no se centra en estudiar la topografía de las conductas problema, sino que investiga la función que está teniendo el empleo de esa acción para la persona, y segundo porque el objetivo de sus tratamientos no es eliminar el malestar sino hacer que la persona emprenda acciones dirigidas a sus valores, independientemente del malestar por el que tenga que pasar para alcanzar sus metas (Páez- Blarrina et al., 2006).

Hayes et al., (1999) crean un modelo en forma de hexágono llamado Hexaflex (ver Figura 1), en los que cada punta de esta figura representa un principio de la terapia. Fundamentalmente, este autor pretende a través de metáforas, ejercicios experienciales y paradojas hacer que el paciente acepte los eventos internos que le perturban con ayuda de la defusión cognitiva, que es la desliteralización del lenguaje. Igualmente propone hacerlo en el momento presente, apoyándose en el Yo como contexto y diferenciándose del Yo contenido, y con unas metas claras acordes con los valores de la persona. Si se consigue tener en cuenta todos estos puntos, se va a obtener como resultado un aumento de *flexibilidad psicológica* que es lo contrario a la rigidez conductual que caracteriza el trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2002; Hayes et al., 2014).

Figura 1

Modelo Hexaflex: flexibilidad psicológica ACT.



Nota. La figura muestra el modelo propuesto por Hayes et al., (1999) en el cual propone seis objetivos a tratar en terapia para poder conseguir el fin último, la flexibilidad psicológica. Adaptado de Wilson y Luciano (2002).

1.4 Tratamiento de la depresión con ACT.

La última vez que fue revisada por la APA la eficacia de la ACT en el tratamiento de la depresión fue en el año 1998. En esta revisión se explica que esta terapia pretende que el paciente aprenda a reconceptualizar sus eventos privados evitados de una manera más adaptativa. Esto se lleva a cabo con dinámicas de aceptación y atención plena, que ayuda al cliente a vivir más en el ahora. Además, hace que la persona conecte con sus valores y se active emprendiendo acciones cargadas de sentido para poder llegar al futuro que él/ella quiera tener. Asimismo, apuestan porque el tratamiento se realice a lo largo de doce sesiones de una hora aproximadamente (APA, 2021).

Como se expone anteriormente, la APA (2021) concluye que esta terapia recoge una efectividad modesta. Estudios recientes apoyan esta idea, por ejemplo, el metaanálisis de A-Tjak et al., (2015), la revisión sistemática de Bai et al., (2020) y los ensayos clínicos de Ataie et al., (2015) y Kohlata et al., (2015) afirman que ACT resulta más efectiva que no tener ningún tratamiento. Además, algunos como Losada et al. (2015) y A-Tjak et al., (2015) al hacer una comparación con la Terapia Cognitivo Conductual confirman que poseen la misma eficacia ambas intervenciones.

Resulta interesante el hallazgo de Post et al., (2016) y Lappalainen et al., (2015), quienes dicen que la ACT puede ser aplicada de manera online, es decir, sin mantener contacto cara a cara entre terapeuta y paciente, y posee el mismo poder de mejora de la depresión que si se hiciera de forma presencial. Igualmente añaden que estos efectos se mantienen a lo largo del tiempo, concretamente después de haber pasado doce meses del inicio de la terapia.

Yendo más allá, algunos estudios como los de Niu et al., (2020) han podido comprobar que no solo tiene el poder esta terapia de paliar los síntomas depresivos, sino que puede prevenir la depresión en pacientes que acaban de sufrir un ictus, lo cual es muy común que aparezca en este tipo de personas.

Por último, autores como Hacker et al., (2016) a través de su estudio con técnicas de metanálisis secuencial exponen que no hay pruebas suficientes para concluir con seguridad la eficacia de ACT en comparación con otras terapias e invitan a los investigadores a que sigan estudiando estas variables. Asimismo, otro estudio aún más reciente, en concreto uno elaborado en 2020 por Bai et al., también invita a los investigadores a que sigan abordando el tratamiento de la depresión con ACT, ya que, aunque dice tener eficacia, añade la necesidad de conocer en qué grupos de personas es mejor aplicarla o en qué circunstancias.

En el presente trabajo, atendiendo a la llamada de atención de Hacker et al., (2016), se estudia la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de depresión. Las hipótesis que se plantean van en concordancia con los estudios que acabamos de revisar, esperando que después del tratamiento mejoren los niveles de depresión como consecuencia de la aplicación de técnicas que disminuyan la tendencia a la evitación experiencial, aumenten la flexibilidad psicológica y la atención plena de la paciente.

Se hace necesario entonces este estudio por tres razones principalmente. La primera de ellas es porque supone una prueba más que añadir a la próxima revisión de esta terapia en relación con el trastorno de la depresión. Además, al tratarse de una intervención online, se podrá comprobar de nuevo si Post et al., (2016) y Lappalainen et al., (2015) están en lo cierto y es igual de efectiva que la aplicación de ACT de manera presencial. Por último, al ser llevado a cabo el asesoramiento psicológico por alumnos en prácticas, podremos ver si lo que dice Kohtala et al., (2015) de que resulta igualmente potente la ACT que si fuera impartida por profesionales con años de experiencia es verdad.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Con el fin de respetar el código deontológico profesional y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos, se protegerá la identidad de la paciente, llamándola Ana, en vez de hacer referencia a su nombre real. Así lo haremos con sus familiares también, para impedir que pueda ser reconocida.

Ana es una mujer de 26 años que está realizando el último curso de Ingeniería de la Edificación en Madrid, grado que ha tardado siete años en sacarse. Actualmente solo le falta completar el Trabajo de Fin de Grado y dos asignaturas, y está trabajando en el mismo estudio en el que realizó las prácticas curriculares.

La paciente es hija única y vive en un municipio a escasos kilómetros de Madrid centro, con su padre y su madre, los cuales llevan seis años en proceso de divorcio, pero por razones legales no llegan a consumarlo definitivamente. Su padre lleva 15 años en paro y su madre es comercial, siendo ella la única que aporta dinero a la economía familiar. La relación de Ana con su padre hace tiempo que se deterioró, y ahora sólo intentan que sea cordial. Por el contrario, la relación con su madre es muy buena, diciendo que es como una amiga para ella.

Mantiene una relación sentimental con Ignacio desde hace ocho años. Él se dedica al mundo del fútbol y por este motivo los primeros cinco años de relación lo pasaron a distancia. Desde hace tres, Ignacio vive en el mismo municipio que Ana, al igual que muchos amigos de ella.

Motivo de consulta

Ana decide acudir a terapia porque lleva un año muy negativa, pensando más en el pasado y en el futuro que en el ahora. Se presenta como una chica muy extrovertida y alegre, tanto que llega a decir que para ella “un día sin reír es un día perdido”, y que hace un tiempo que esto le está pasando y quiere “volver a ser ella”.

La paciente no reconoce una causa concreta sino un cúmulo de cosas que le han hecho estar así. Lo primero es la mala relación de sus padres, que hace que en su casa se respire tensión en el ambiente. En segundo lugar, hace referencia a los conflictos con su pareja, que han aumentado debido a un acontecimiento clave, el ictus de la madre de Ignacio. Por último, dice que no puede evitar compararse con sus amigos, los cuales ya han terminado la carrera e incluso tienen planes de boda e hijos, se ve estancada, quiere conseguir independizarse cuanto antes, pero hay muchos impedimentos de por medio.

3. Estrategias de Evaluación

El asesoramiento psicológico llevado a cabo con la paciente cuenta con una fase de evaluación, que en este caso nos llevó hacerla dos sesiones, y la fase de intervención, desarrollada en siete sesiones.

En la fase de evaluación teníamos fundamentalmente tres objetivos. El primero de ellos era establecer una buena alianza terapéutica con la cliente, siendo esta importante mantenerla durante todo el proceso. Para ello fue indispensable hacer partícipe a Ana del modo de trabajo de los terapeutas, ayudándonos de la metáfora del escalador (Anexo F), además de las cuestiones de la confidencialidad que fueron explicadas con ayuda del consentimiento informado, firmado en ese momento también (Anexo D).

Asimismo, justo después de explicar estos asuntos, rellenamos conjuntamente una ficha con una serie de datos biográficos de Ana (Anexo E), que además ayudaba a romper el hielo y así que nos comenzara a hablar de ella.

En segundo lugar, pasamos a conocer más sobre lo que le había llevado a pedir ayuda psicológica. Pretendíamos detectar las conductas problemas de Ana, operativizarlas, y hacernos una idea exacta del curso evolutivo de estas conductas.

El último paso de la evaluación fue entender los objetivos que pretendía la cliente conseguir en terapia, para así después de haberle presentado los nuestros, llegar a un acuerdo conjunto sobre estos.

Las herramientas utilizadas durante esta fase fueron las siguientes:

- **Entrevista semiestructurada clínica.** La entrevista es la principal herramienta de evaluación que tienen los psicólogos. No solamente nos permite conocer el curso y desarrollo del problema, sino que es un medio de interacción tanto verbal como no verbal que se puede utilizar para el intercambio de refuerzos según los objetivos que tengamos (Fernández-Ballesteros, 1988). Elegimos basarnos en la guía de entrevista clínica general de Muñoz (2001) particularmente.
- **Observación en sesión.** Este es un método de evaluación muy valioso pero que está en desuso por la gran cantidad de tiempo que supone emplearlo. Proporciona información sobre la conducta problema y varios factores 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 nos aportó información en terapia de cómo se comporta en los demás contextos de su vida. El registro se llevó a cabo igualmente en el cuaderno de notas de la sesión.
- **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, al que los terapeutas no tienen acceso. Además, resulta importante que la paciente comprenda el procedimiento del autorregistro y el hecho de que debe ser exhaustiva y aportar datos reales (Fernández Ballesteros, 1988). Se le pidió a la paciente como tarea para casa en la primera sesión de evaluación, que durante una semana recogiera aquellas situaciones en las que apareciera este malestar emocional del que hablaba

en una tabla igual a la de la Figura 2. Asimismo, la invitamos a que se hiciera con un cuaderno de terapia. Esto ya fue una tarea en sí y le explicamos que ahí iba a apuntar notas durante la sesión e iba a escribir las tareas que le íbamos a mandar cada semana.

Figura 2.

Autorregistro

Fecha y hora	Situación	¿Qué siento? En una escala del 1 al 10, ¿cómo de molesto es lo que siento?	¿Qué pienso?	¿Qué hago?

Nota. La figura muestra un ejemplo del autorregistro de las situaciones de malestar emocional de la paciente que fue mandado por los terapeutas como tarea. Elaboración propia.

- **Cuestionarios.** Se pasaron tres cuestionarios en la segunda sesión de evaluación como medida pretratamiento, todos en su versión española:
 - ***Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).*** Es una de las herramientas más utilizadas para la detección de la gravedad de la depresión. Este autoinforme se compone de 21 ítems de tipo Likert. Cuánto más alto sea el resultado del test, mayor nivel de depresión tendrá la paciente. En el rango de 0 a 13 se encuentra la depresión mínima, de 14 a 19 estaríamos ante una depresión leve, de 20 a 28 correspondería a una depresión moderada y, por último, una puntuación en el rango 29-63 sería una depresión grave. Cuenta con una alta fiabilidad ($\alpha = 0,83$) (Sanz et al., 2003).

Nuestros objetivos con la cumplimentación de esta escala eran dos: en primer lugar, hacernos una idea exacta del grado de depresión del que partía Ana, es decir, establecer una línea base, y, por otro lado, contar con una medida pretratamiento que pudiéramos comparar con una posible posterior medida postratamiento (Ver Anexo A).

- ***Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)***. Es una escala que permite medir la capacidad de una persona de prestar atención plena en su vida cotidiana. El autoinforme está compuesto por 15 ítems. Se puede obtener una puntuación máxima de 90, que representa el valor máximo de la habilidad. Cuánto más alto sea el resultado significa que cuenta con más habilidad. El promedio de los pacientes no clínicos está en 65 puntos. Presenta buenos índices de fiabilidad ($\alpha = 0,89$) (Soler et al., 2012).

Quisimos pasarle este cuestionario a Ana para contrastar la hipótesis que teníamos de que estaba viviendo anclada a su pasado y preocupada por su futuro, más que conectando con su presente. Además, nos iba a servir luego para ver los beneficios de la intervención con prácticas de mindfulness (Ver Anexo B).

- ***Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ II)***. Es una escala usada para medir la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica. Consta de 10 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones sobre cómo responde la persona ante eventos privados desagradables. Los resultados se interpretan de manera que cuanto mayor es la puntuación directa, mayor evitación experiencial presenta la paciente. El valor máximo es un 70. Su traducción al español elaborada por Ruiz et al. (2013) demuestra una fiabilidad entre $\alpha=0.75$ y $\alpha=0.93$.

Este cuestionario es la principal medida de la evitación, por lo que era idóneo para establecer una línea base del nivel de esta variable en esta paciente en concreto. Asimismo, nos permite conocer a través de la comparación pretratamiento y post, los beneficios que obtiene Ana gracias a esta terapia basada en la aceptación (Ver Anexo C).

El orden en que fueron aplicadas estas herramientas durante la etapa de evaluación, lo podemos apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2

Técnicas empleadas durante la etapa de evaluación.

Sesiones de evaluación	Instrumentos y técnicas utilizadas
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> -Consentimiento informado (Anexo D) -Ficha de datos (Anexo E) -Metáfora del escalador (Anexo F) -Entrevista semiestructurada Muñoz (2001) -Observación -Tarea de agenciarse con un cuaderno de terapia -Autorregistro
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista semiestructurada Muñoz (2001) -Observación -Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Anexo A) -Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Anexo B) -Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Anexo C)

Nota. Se presenta el orden en que fueron empleadas las técnicas de evaluación en las sesiones 1 y 2. Elaboración propia.

4. Formulación clínica del caso.

4.1 Análisis psicológico del problema (Hipótesis de Origen e Hipótesis de Mantenimiento)

Para poder analizar correctamente un caso, debemos elaborar dos tipos de hipótesis: la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento. Por un lado, la hipótesis de origen trata de explicar cómo surgió la conducta problema, teniendo en cuenta todos los factores que han podido influir en su creación. Por otro lado, la hipótesis de mantenimiento, nos da información de por qué se está manteniendo la conducta problema a día de hoy, o más bien, qué elementos son los que la están reforzando y por qué aún no se ha extinguido (Keawe'aimoku et al. 2013).

Después de la evaluación se propone como **hipótesis de origen** la aparición de un cúmulo de sucesos relevantes en la vida de Ana que ocurren en un periodo corto de tiempo, específicamente entre octubre de 2019 y mayo de 2020.

Primeramente, en octubre de 2019 vuelve su pareja Ignacio a vivir a Madrid. Pasan de haber estado manteniendo una relación a distancia durante cinco años, desde que empezaron a salir, a de

repente vivir en el mismo municipio. En ese momento se dan cuenta de que llevan un ritmo de vida completamente distinto y aparecen conflictos a la hora de ponerse de acuerdo para verse. Ana reconoce esto como un punto de inflexión en la relación que aumentó la tensión entre ellos dos.

Además, en enero de 2020 sucede un acontecimiento que a pesar de que pueda parecer ajeno a la relación, la marca totalmente y es el ictus que padece la madre de Ignacio. De la noche a la mañana, su suegra pasa a ser dependiente e Ignacio se vuelca en ella totalmente. La señora pasa a tener un carácter complicado y a enfrentarse a Ana cuando demanda la atención de Ignacio, comienza a haber rivalidad entre las dos.

Por su parte, la situación en su casa se ponía aún más difícil. La relación de sus padres cada vez era peor, estaban metidos en temas legales de divorcio, pero no conseguían llevarlo a cabo. Había continuas peleas entre ellos, donde intentaban involucrar a su hija.

Llega marzo de 2020 y con ello una pandemia, la COVID-19, que obliga a todo el país, y al mundo entero, a confinarse en sus casas. Para Ana, la aparición de este virus no solo supuso un aumento del estrés debido al miedo que generaba infectarse, sino que también la dejaba sin poder usar su mejor estrategia de afrontamiento frente a la situación de sus padres: escapar de casa cada vez que empezaban a pelear. Fue ahí cuando comenzó a refugiarse en “su cueva” que es el nombre que usa para referirse a su habitación. Eso supuso un aumento en el nivel de aislamiento que se traduce en mayor pérdida de reforzadores.

Por último, algo que también se sumó a la lista de factores que han facilitado que la paciente esté ahora así, es el hecho de que, en junio de 2020, sus amigos de la universidad, pilar fundamental en la vida de Ana, terminaran definitivamente el grado y Ana fuera la única que no pudiera terminar, teniéndose que quedar un año más en la facultad sola. Eso supuso un bajón en la autoestima de Ana, además de no permitirle socializar en el día a día en clase como antes lo hacía.

En relación a la **hipótesis de mantenimiento**, se podría decir que lo que principalmente está haciendo que el problema siga existiendo a día de hoy son las conductas de evitación, que suponen un refuerzo a corto plazo. Las situaciones donde evita Ana junto con los comportamientos que lleva a cabo en ellas serán explicadas detalladamente en el apartado 4.2.

4.2 Análisis funcional del problema.

El análisis funcional es la herramienta principal del psicólogo conductual. Con él se explica las relaciones de causa y efecto entre la conducta y su contexto y se lleva a cabo después de la evaluación para establecer las líneas fundamentales del tratamiento. Para realizarlo hay que tener en cuenta tanto la conducta problema como los elementos que la anteceden y la siguen (Keawe'aimoku et al. 2013).

En primer lugar, para entender el patrón de conducta que está llevando a cabo la paciente, es necesario tener en cuenta una serie de variables antecedentes, denominadas *variables disposicionales* que son aquellas que facilitan la aparición del problema actual. Estas se suelen dividir en dos tipos: las remotas y las próximas (Keawe'aimoku et al. 2013).

Para dar con las disposicionales remotas, es lícito analizar su historia de aprendizaje. Observamos que la forma de ser de sus padres ha influido en la forma de ser de Ana. Por un lado, las dos figuras de referencia tienen bajo nivel de inteligencia emocional y poca conciencia de sus problemas. Inferimos esto al ver que mantienen una relación superficial durante 15 años, donde continúan juntos aun estando el matrimonio muy deteriorado. Además, Ana ha heredado el patrón relacional en la pareja de su madre. Ambas están con hombres que tienen grandes aspiraciones, pero pocas acciones dirigidas a conseguirlas. Asimismo, las dos ceden en pareja con tal de no generar conflictos.

Por otro lado, hay un factor muy importante que hemos de tener en cuenta, y es el lema de vida que la paciente tiene por bandera y repite continuamente: "un día sin reír es un día perdido" y "buena vibra". Además, Ana siempre ha sido premiada por sus seres queridos por ser una chica alegre. Esto claramente ha condicionado aversivamente las emociones negativas y los conflictos.

Existe otro rasgo de personalidad de Ana que está interfiriendo en el problema y es el ser extremadamente sociable. Esto lo percibimos en ella hasta el punto de que reconoce que ha terminado el grado en siete años por haber perdido mucho tiempo de estudio saliendo con amigos. Esto hace por un lado que durante el confinamiento pierda este reforzador tan valioso para ella y que, además, al no tener a sus amigos como fuente de distracción, no le quede más remedio que enfrentarse a la situación de su casa, y, por otro lado, que sea un profundo castigo el ir a la facultad sola, sin sus amigos.

Terminando de nombrar las disposicionales remotas, encontramos como variable organísmica el factor de ser hija única, que obliga a Ana a ser ella sola la que haga frente al problema de sus padres, y la única en la que recae la responsabilidad de hacer que estén bien.

Por su lado, como variables disposicionales próximas, volvemos a nombrar el conjunto de eventos ocurridos en un tiempo limitado próximo a la aparición de los síntomas:

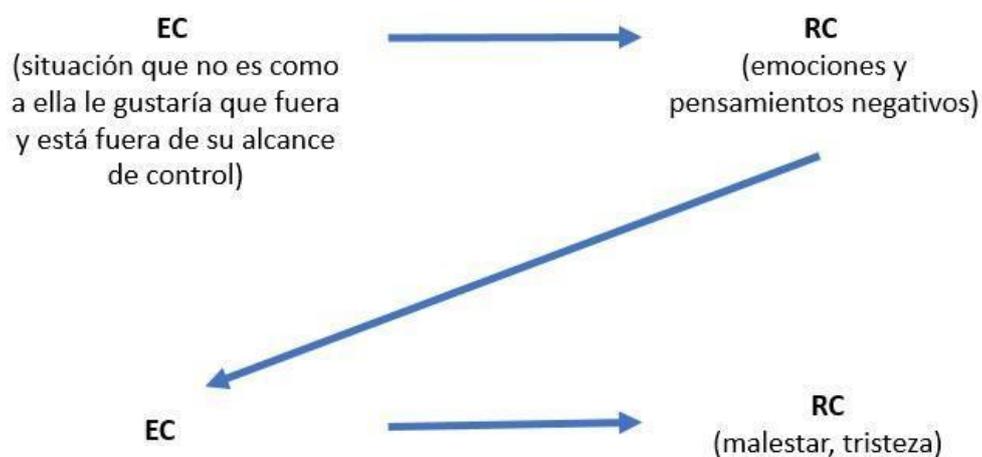
- La relación de pareja pasa de ser a distancia, a estar viviendo en el mismo municipio.
- El ictus de la madre de Ignacio.
- El confinamiento Covid.
- Todos sus amigos de la universidad terminan el grado menos ella, quedándose sola.

Se pueden detectar fundamentalmente dos conductas problema en Ana: la primera es la de no aceptar las situaciones que no están siendo como a ella le gustaría que fueran y que además no tiene control sobre ellas, y la segunda es la de mantener una mala comunicación con su pareja.

La primera conducta problema se explica en bases generales con una cadena conductual (Ver Figura 3) donde las situaciones en las que las cosas no salen como a ella le gustaría y no tiene control sobre ellas (EC), le provocan una serie de emociones y pensamientos negativos (RC). Esta respuesta condicionada se convierte a su vez en el estímulo condicionado que produce en Ana un intenso malestar y tristeza (RC).

Figura 3

Cadena conductual base de la conducta problema 1.



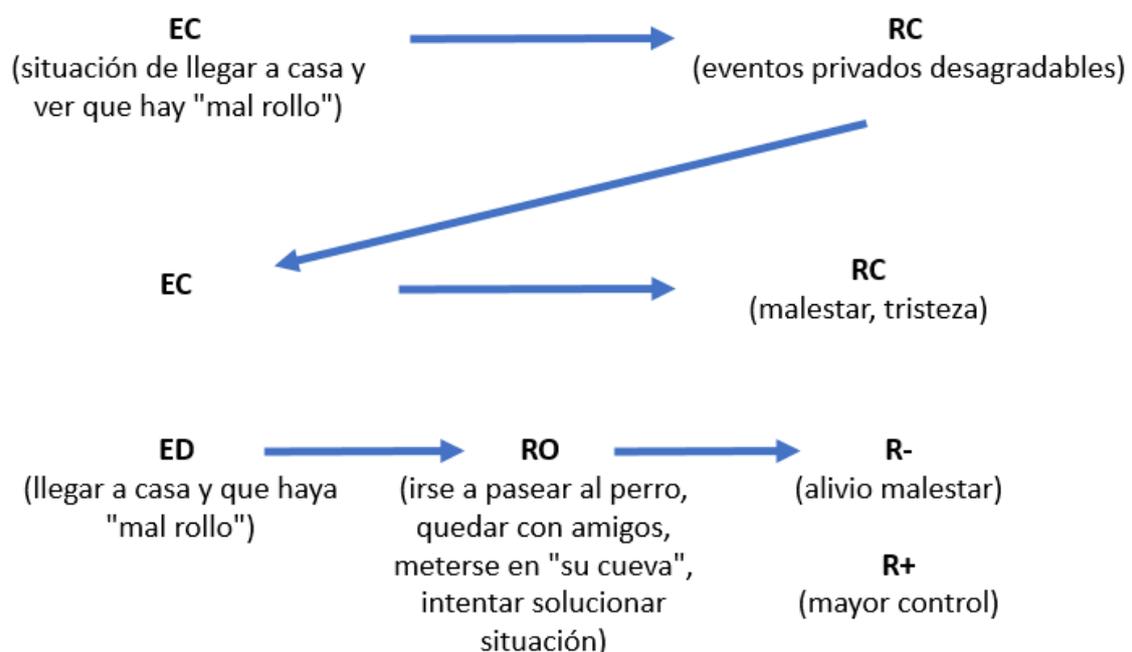
Nota. Esta figura muestra la base que subyace a la conducta problema 1. Elaboración propia.

Esta cadena (Figura 3) es la base que subyace a muchas situaciones de la vida de Ana debido a que ha habido un proceso de generalización. Los tres momentos más destacables donde sucede esto, y por lo tanto se convierten en estímulos discriminativos (ED) de la conducta problema son:

1. *Situación de llegar a casa y que haya "mal rollo"*. Este sería el ED que hace que Ana lleve a cabo una respuesta operante (RO) evitativa o de escape. Inmediatamente después de realizar estas acciones, Ana obtiene un reforzador negativo (R-) que es el alivio del malestar que le estaban causando las emociones y los pensamientos. Otras veces, también ante este ED, lleva a cabo una RO de intentar controlar la situación, pensando compulsivamente en algún plan para cambiar lo que sucede, a lo que le sigue un aumento de control que le produce placer (R+) (Ver Figura 4).

Figura 4

Cadena conductual situación 1 de la conducta problema 1.

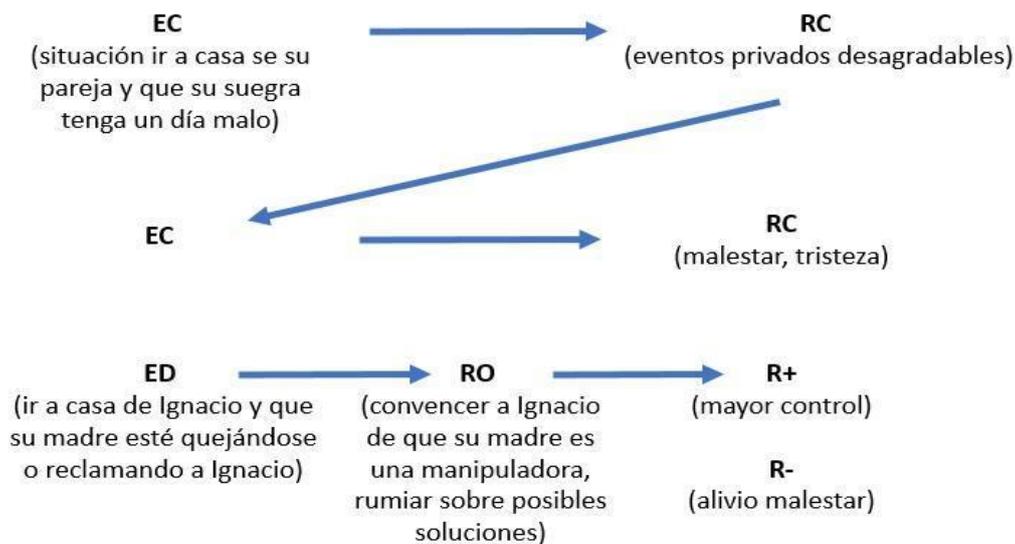


Nota. Esta figura explica la cadena conductual de la situación 1 de la conducta problema 1. Elaboración propia.

2. *Situación de ir a casa de su pareja y ver a su suegra en uno de sus días malos.* Como podemos ver en la Figura 5, ante este ED Ana se comporta de nuevo con respuestas operantes con función evitativa, ya sea por intentar controlar la situación o escapar de ella. Todos estos intentos claramente no están dando resultado a largo plazo, pero hacen que se alivie el malestar (R-) de la paciente en ese momento y aumente su percepción de control (C+).

Figura 5

Cadena conductual situación 2 de la conducta problema 1.

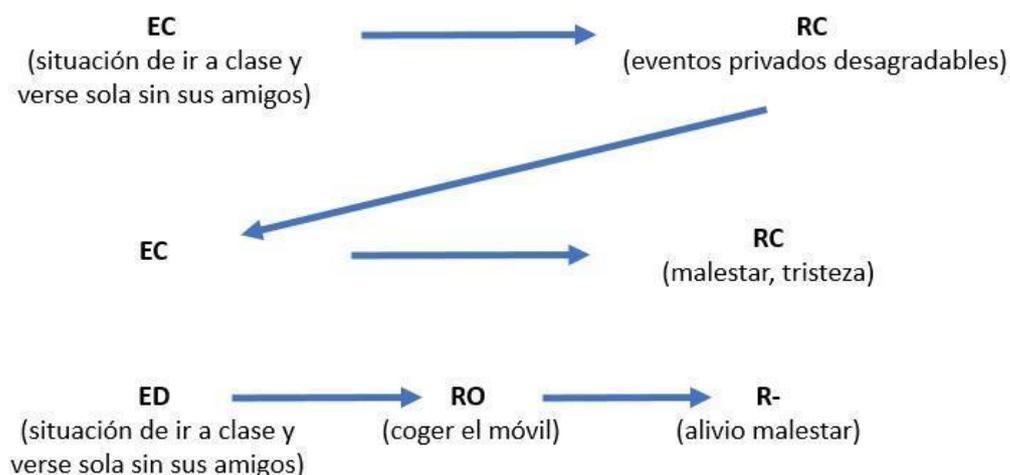


Nota. Esta figura muestra la cadena conductual de la situación 2 de la conducta problema 1. Elaboración propia.

3. *Situación de ir a clase y verse sola sin sus amigos.* Esto es un ED que hace que emita conductas (RO) de distracción en clase como coger el móvil, de nuevo para evitar el malestar (R-) (Ver Figura 6).

Figura 6

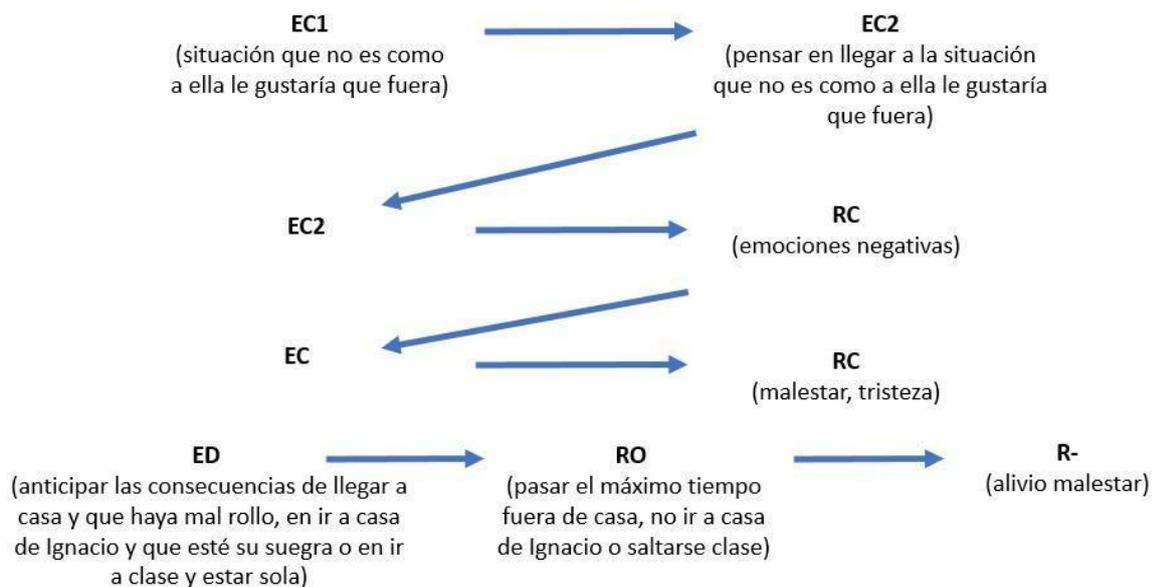
Cadena conductual situación 3 de la conducta problema 1.



Pero esto no se queda aquí, sino que el problema se empieza a agravar más cuando aparece un condicionamiento de segundo orden (Ver Figura 7), en el que ya no es la situación que no es como a ella le gustaría (EC1) ante lo que aparece el malestar, sino que ahora el simple hecho de pensar en esa situación e imaginarla (EC2) provoca la misma cadena conductual.

Figura 7

Cadena conductual situación pensamientos anticipatorios.



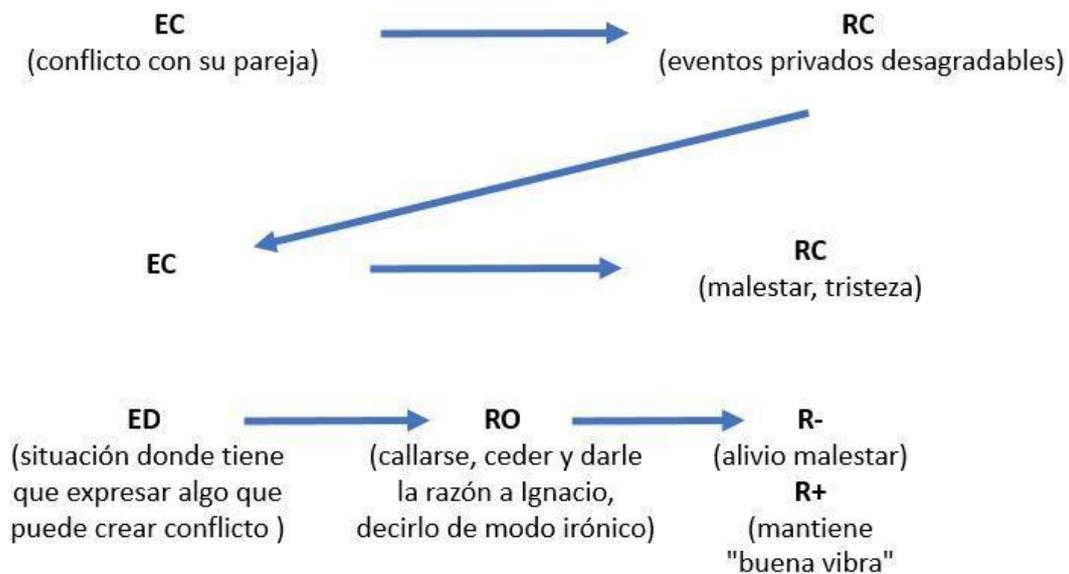
Nota. Esta figura muestra la cadena conductual que subyace a los pensamientos anticipatorios. Elaboración propia.

Por otro lado, la segunda conducta problema de Ana (ver figura 8), es la mala comunicación que mantiene con su pareja. Se explica primero con una cadena de condicionamiento clásico donde se condicionan el conflicto con su pareja (EC) a la aparición de emociones y pensamientos desagradables (RC). A su vez ese RC es un EC que provoca la RC de malestar en Ana.

Entonces, cuando se le presenta a la paciente situaciones en las que tiene que decir algo que puede crear conflicto (ED), realiza conductas (RO) variadas de evitación. De esta manera, se rebaja el malestar que le genera el conflicto (R-) y mantiene la “buena vibra” que tan importante es para ella (R+).

Figura 8

Cadena conductual de la conducta problema 2.



Nota. Esta figura muestra la cadena conductual de la conducta problema 2. Elaboración propia.

4.3 Resultados de las pruebas de evaluación.

Hasta ahora hemos podido apreciar las consecuencias a corto plazo de las conductas. A continuación, se exponen los resultados de los tres cuestionarios pasados en la fase pretratamiento a la paciente que nos muestran las limitaciones que han aparecido en ella a largo plazo:

- En el *BDI-II* la paciente obtuvo una puntuación de 27, que significa que tenía síntomas que concordaban con una depresión moderada (Ver Anexo A).
- En el *MAAS* puntuó un 34, que se corresponde con un nivel muy bajo de atención plena. (Ver Anexo B).
- En el *AAQ II* obtuvo una puntuación directa de 54. Siendo 70 el valor máximo, podemos afirmar que la cliente posee un grado elevado de evitación experiencial (Ver Anexo C).

4.4. Objetivos terapéuticos.

Una vez finalizada la evaluación y escuchados los objetivos de la paciente, pasamos a establecer una serie de objetivos terapéuticos:

- Hacer consciente a Ana de su estilo de comunicación con Ignacio y mejorarla.
- Ayudar a la paciente a reconocer la lucha que mantiene con las situaciones incontrolables de su vida.
- Aprender a identificar los eventos privados molestos (pensamientos y emociones) que aparecen en ella y abrirse a experimentarlos.
- Aceptar su realidad tal y como es.
- Conseguir que viva más el presente, dejando de pensar tanto en el pasado y en su futuro.
- Descubrir qué es lo que quiere realmente en su vida y emprender acciones comprometidas con esas metas valiosas.

5. Tratamiento

En el presente trabajo, se van a revisar un total de nueve sesiones con la paciente, que fueron las disponibles hasta la fecha de finalización de las prácticas. Estas sesiones se hicieron semanalmente, tuvieron una duración de una hora aproximadamente y todas ellas se mantuvieron de forma online.

El enfoque predominante de la intervención fue de corte contextual, aplicando la terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes (Hayes et al., 1999). Fue ese el tratamiento de elección por dos razones, la primera de ella es que, al estar frente a un caso de evitación experiencial, como hemos visto al inicio de esta investigación, esta terapia era la que más evidencia de eficacia recogía (APA, 2021; Bai et al., 2020), y, por otro lado, uno de los dos terapeutas que dirigían el caso está especializado en terapias de tercera generación y es el abordaje que suele seguir.

En la tabla 3 podemos apreciar las técnicas utilizadas según los objetivos que se perseguían en cada caso.

Tabla 3
Plan de intervención: objetivos y técnicas

Objetivos	Técnicas utilizadas
Establecer el contexto terapéutico	-Metáfora de los escaladores (Anexo F) -Metáfora del dentista(Anexo F)
Hacer consciente a Ana de su estilo de comunicación con Ignacio y mejorarlo	-Reconocimiento de patrones de conducta a través de la explicación del AF -Psicoeducación sobre la importancia del lenguaje -Metáfora del vaso de agua (Anexo F) -Role Playing “ponerse en el lugar del otro” -Técnicas comunicación asertiva
Ayudar a la paciente a reconocer la lucha que mantiene con las situaciones incontrolables de su vida	-Reconocimiento de patrón de conducta a través de la explicación del AF -Desesperanza creativa con metáforas como “el monstruo y la cuerda” (Anexo F)
Aprender a identificar los eventos privados molestos que aparecen en ella y abrirse a experimentarlos	-Metáfora del “oso blanco” (Anexo F) -El control como problema: metáfora de “arenas movedizas” (Anexo F) -Regla del 95%: “no todo son problemas que resolver” -Metáfora del autobús (Anexo G) -Metáfora del “polígrafo” (Anexo F) -Técnica RAIN (Anexo H) -Ruleta de las emociones (Anexo I) -Ejercicios de mindfulness (mindful eating, “30sec”, “en el día a día” etc)
Aceptar su realidad tal y como es	-Ejercicio experiencial de exposición en imaginación “suelta la cuerda y abraza a la fiera” (Anexo J)
Conseguir que viva más el presente, dejando de pensar tanto en el pasado y en el futuro.	-Ejercicio “el coche de la vida” (Anexo K)
Descubrir qué es lo que quiere realmente en su vida y emprender acciones comprometidas con esas metas valiosas.	-Ejercicio “el coche de la vida” (Anexo K)

Nota. En esta tabla se puede observar una correspondencia entre los objetivos perseguidos y las técnicas utilizadas para conseguirlos. Se aporta la reseña de algunos Anexos donde están explicadas detenidamente varias de esas herramientas. Elaboración propia.

Además, a continuación, se narra el orden en el que fueron aplicadas las técnicas a lo largo de las dos sesiones de evaluación y las siete de intervención:

Sesiones 1 y 2

Recordamos que estas sesiones fueron dedicadas a la fase de evaluación, aunque no dejan de tener también un fin terapéutico en sí mismas. Podemos apreciar lo que se hizo en ellas en el apartado 3 de este trabajo.

Sesión 3

En nuestro tercer encuentro con Ana realizamos la devolución de información, le explicamos las conclusiones que habíamos extraído de la evaluación y nos cercioramos a través de su feedback de que estábamos en lo cierto. A continuación, tanto ella como nosotros pasamos a comentar los objetivos terapéuticos y llegamos a un acuerdo sobre estos.

Revisando el autorregistro que le habíamos mandado sobre las situaciones frustrantes de las que nos había hablado en las sesiones de evaluación, vimos que Ana se había centrado sobre todo ese fin de semana en registrar conflictos con Ignacio, por ello decidimos empezar a intervenir sobre esa conducta problema.

Primeramente, le expusimos de forma sencilla el análisis funcional, explicándole que, por querer evitar conflictos, lo único que hacía era prorrogarlos, y que cuando explotaban más tarde eran de mayor magnitud. Se lo ejemplificamos con la metáfora del “vaso de agua” (ver Anexo F).

Cuando se dio cuenta de esto, hicimos un role playing de una situación real que había registrado en la cual ella felicitaba por su comportamiento a su pareja, pero en un tono irónico. Quisimos que Ana se metiera en el papel de Ignacio y el terapeuta hiciera de ella para que se diera cuenta de lo que realmente transmitía ese mensaje y cómo hacía sentir a su pareja, en definitiva, que pudiera empatizar con su novio.

Por último, le enseñamos algunas técnicas de comunicación asertiva e insistimos en la importancia del lenguaje y cómo lo usamos. Como tarea para casa le dijimos que tratara de estar pendiente de si expresaba sus necesidades con Ignacio y en caso de que lo hiciera (a lo cual la invitamos, pero sin presionarla) que fuera consciente de qué quería decir ella realmente y escogiera las palabras y el tono correcto. La invitamos a que registrara estas situaciones en su cuaderno de terapia.

Sesión 4

En esta ocasión, Ana comenzó contándonos un evento que había tenido lugar en su casa esa misma mañana que la había perturbado. Se trataba de una discusión que habían tenido sus padres, en la que ella trató como siempre de poner paz entre ambos sin éxito. Esto nos ayudó a sacar a la luz la primera conducta problema, siguiendo el mismo formato que en la anterior sesión y ayudándonos del análisis funcional.

Le hicimos ver que por su forma de ser y la historia que había vivido, le costaba pasar por malos momentos, y siempre quería mantener la “buena vibra”, al fin y al cabo, le explicamos de forma sencilla su análisis funcional. Ana reconoció que había malgastado mucha energía intentando que sus padres se volvieran a juntar algún día, pero que en el fondo ella sabía que esto era imposible.

Este malgasto de tiempo y recursos lo asemejamos a la metáfora de la lucha contra el monstruo (Anexo F). No le costó demasiado enumerar todos estos intentos sin solución, y esto, desde el punto de vista de los psicólogos, era porque estaba en una fase en la que ya estaba muy cansada de su situación, y toda teoría que pudiera justificar sus síntomas la iba a aceptar. Con lo que no se quedó muy contenta fue con el final de la metáfora: “algunas batallas se ganan soltando”.

De repente expresó que tenía mucho miedo, que no sabíamos cómo eran esos monstruos, refiriéndose al daño que le hacían esas situaciones incontrolables, a lo cual le respondimos con lo que menos se esperaba: ¿pero tú realmente sí que has estado con esas fieras? ¿o solo las has visto desde tu vértice de la cuerda?

Terminamos exponiendo que, si había intentado todo eso y no había funcionado, la alternativa que quedaba era la aceptación. Aceptar que al fin y al cabo esa no era ni su lucha, estaba fuera de su alcance el cambiar las tres situaciones perturbadoras de su vida, y que podía respirar ya, que estaba a punto de soltar la cuerda y poder descansar por fin.

Sesión 5

En esta sesión le quisimos hacer ver con ayuda otra vez de los autorregistros y de verbalizaciones que expresaba, que lo que realmente no podía soportar de esas situaciones era entrar en contacto con sus eventos privados, en este caso con los pensamientos y las emociones.

Dedicamos toda la hora a tratar los pensamientos que aparecían en cada situación incontrolable. Muchos de ellos tenían la intención de buscar soluciones a los “problemas”. Fue ahí cuando le dijimos una frase muy tranquilizadora “no todo en la vida son problemas que resolver”, lo

que se traducían en, hay algunas cosas que son así y por mucho que hagas no van a cambiar. Y seguimos la frase con un “si no se pueden resolver, quizás la alternativa que queda es contemplarlos”.

Nos ayudamos también de la metáfora de las arenas movedizas (ver Anexo F) para ejemplificar el control como problema.

Por otro lado, le dijimos que los pensamientos por mucho que quisiéramos no los podíamos modificar a nuestro antojo ni controlar. Se lo demostramos con la metáfora del “oso blanco” (ver Anexo F). Y seguimos con esta idea haciendo el ejercicio experiencial de los pasajeros del autobús (ver Anexo G).

Sesión 6

Siguiendo con el tratamiento de los eventos privados, pasamos a gestionar las emociones. Al igual que le demostramos que los pensamientos no los podíamos modificar a nuestro antojo, le hicimos ver que las emociones tampoco, con ayuda de la metáfora del “polígrafo” (ver Anexo F).

Verificamos que Ana hubiera entendido bien que no debía tapar estas emociones porque iban a terminar saliendo por otro lado, y pasamos a enseñarle una técnica que podría usar a partir de ahora como procedimiento para sentir emociones. Esta es la técnica R.A.I.N (Anexo H), cuyas iniciales indican que sentir una emoción se basa en cuatro pasos: reconocer, aceptar, investigar y no identificarse con ella.

En el primer momento de reconocer la emoción, le enseñamos que era muy positivo realizar un ejercicio de mindfulness de 30 segundos con el que conectara con ella misma y dejara a un lado toda la activación y el ajetreo en el que estamos sumergidos en nuestro día a día. Hicimos psicoeducación de mindfulness y le enseñamos lo que se siente a través del ejercicio experiencial de mindful eating con una galleta.

A partir de ahí le dimos claves de inteligencia emocional sobre cómo reconocer la emoción y le dimos el recurso de la ruleta de las emociones (ver Anexo I) para que entrenara el ponerles nombre a estas.

Quisimos ensayar por primera vez en terapia con la emoción de la frustración que es la que predominaba en las situaciones no controlables, y para eso creamos un ambiente tranquilo, en el que pedimos a Ana que estuviera en silencio y escuchando y haciendo todo lo que le pedíamos, como si de una meditación guiada se tratase.

El ejercicio que le propusimos hacer en casa fue precisamente hacer esto una vez al día, es decir, que se sentara en un sitio tranquilo 30 segundos y aprendiera a detectar qué estaba sintiendo

con ayuda de la ruleta de las emociones para nombrarlas. Además, le invitamos a que probara realizar mindfulness en su día a día en actividades cotidianas como ducharse, dar un paseo, comer algo rico etc.

Sesión 7

Ese día percibimos que Ana estaba preparada para ir un paso más allá y enfrentarse no sólo a los pensamientos por un lado y las emociones por otro, sino a toda la experiencia desagradable en sí. Le advertimos de que no iba a ser fácil y que le iba a remover muchos sentimientos.

Aprovechamos la metáfora del monstruo que usábamos constantemente para denominar su lucha con los eventos incontrolables, para crear un ejercicio experiencial con exposición en imaginación en el que iba a soltar la cuerda y si lo permitía, iba a abrazar a la fiera (ver Anexo J).

Nos hizo saber que lo había pasado mal pero que, a la vez, no sabía por qué, pero se sentía aliviada. Usamos la metáfora del dentista (ver Anexo F) para explicarle que al fin y al cabo el psicólogo es como el dentista, no es agradable a veces lo que te hacen en él, pero es necesario y se agradece a largo plazo.

Sesión 8

En nuestra octava sesión con Ana, vimos que teníamos ya suficiente confianza como para que nos contara todo lo que llevaba arrastrando del pasado y que le pesaba tanto en el presente. Por eso, quisimos hacer con ella un ejercicio experiencial en el que se hace repaso de toda su vida. Esta dinámica se llama “el coche de la vida” (ver Anexo K). Le venía muy bien específicamente a esta paciente también porque se trata de dibujar y Ana es a lo que se dedica, al fin y al cabo, y lo que le gusta.

En el Anexo K se puede ver todo lo que tuvo que pintar Ana en su coche. Nos llevó toda la sesión realizar este ejercicio y no nos importó nada porque le sacamos mucho jugo. En primer lugar, sirvió para que la paciente pudiera poner en pie todo su pasado, ordenarlo y verbalizar muchas cosas que hacía tiempo que no decía, incluso algunas que nunca había dicho porque no sabía ni que las sentía.

Asimismo, hizo que Ana se diera cuenta de que a veces, aunque no fuera muy agradable, era necesario parar e investigar dentro de ella, en definitiva, descubrió el poder de la introspección. Además, nos ayudó a seguir recabando mucha información sobre su vida, como si de una línea de vida se tratase.

Las conclusiones a las que queríamos que llegara Ana, es que, aunque a veces intente pasar del tema y no acordarse de lo que ha vivido, eso siempre va a estar ahí. Por eso como tarea para casa le pedimos que escribiera en su cuaderno qué cosas de su pasado le han hecho ser ahora cómo es y quiere que sigan estando en su vida presente, y cuáles son un lastre que le gustaría soltar y no seguir arrastrando.

Sesión 9

Comenzamos preguntándole por la tarea que le habíamos propuesto hacer en la anterior sesión, para así poder ponerle el broche a su pasado, pero, para nuestra sorpresa, Ana no había traído hecha la tarea. Le reiteramos la importancia que tienen las tareas porque representa el trabajo que también hay que hacer fuera de la hora de sesión y que es tan necesario. Acto seguido le pedimos que las pensara rápidamente y nos lo comentara.

Una vez zanjado el pasado, nuestro objetivo era ahora movilizarla hacia el futuro. Para eso decidimos seguir con el ejercicio del coche de la vida (ver Anexo K) que tan bien nos había venido. La montamos otra vez en el coche y le hicimos dibujar los nuevos caminos que quería emprender, sus metas, y los obstáculos que podía encontrarse por el camino, las diferentes vías por las que podía ir y los esfuerzos que tenía que hacer para llegar.

Con todo esto lo que queríamos era que esos deseos abstractos que tenía, los pudiera materializar, descomponer en pequeñas acciones valiosas y que las fuera haciendo poco a poco. También tratamos el papel de las expectativas y lo importante que es ajustarlas para no llevarnos desilusiones, de ahí el pintar las diferentes vías y situaciones que se podía encontrar y no solo la meta ideal que quería conseguir.

Como deberes para casa le propusimos que realizara una pequeña acción comprometida que le rondaba la cabeza desde hace tiempo, pero no había tenido el valor para hacerlo por miedo a la respuesta, y es el hecho de hablar con Ignacio sobre sus verdaderos planes de futuro y todo lo relacionado con independizarse juntos.

6. Valoración del tratamiento

6.1 Adherencia al tratamiento.

El primer cambio a destacar que percibimos en la paciente es en la actitud que tiene frente a la terapia. En nuestro primer encuentro, vimos a una Ana que simplemente acudía al psicólogo para desahogarse con dos personas que no la iban a juzgar. Ese era un poco su objetivo y pudimos notarlo porque tuvo la sesión desde una cafetería, en la cual era difícil concentrarse por el ruido.

El cambio fue progresivo ya que la segunda sesión tampoco fue desde casa, pero eligió un lugar más tranquilo, y fue ya en la tercera sesión cuando le pidió a sus padres que le dejaran la casa para ella esa hora y que no la molestaran porque iba a tener terapia. Además, creemos que este cambio vino cuando se sentaron las bases del asesoramiento psicológico y se le dijo que era un proceso en el que era necesario trabajar y de ahí la importancia de hacerse con un cuaderno de terapia.

Algo muy llamativo que percibimos a medida que iba avanzando el proceso terapéutico era que la motivación de Ana al cambio y el esfuerzo que realiza de cara al proceso depende de su estado de ánimo. En los momentos en los que estaba triste y frustrada la veíamos más implicada, no le importaba que la sesión se extendiera un poco más en el tiempo y hacía las tareas con detalle. Por el contrario, cuando su estado de ánimo era mejor y había pasado unos días buenos, avisaba con antelación de que ese día había quedado y tenía que terminar la sesión puntual, decía que había estado tan bien que no se había acordado de hacer las tareas y no era capaz de conectar durante la sesión con todo lo que la atormentaba.

Además, esto fue más allá, porque cuando quisimos pasarle de nuevo los tres cuestionarios para contar con una medida que pudiéramos comparar con la línea base de Ana, a pesar de insistirle en muchas ocasiones, finalmente no los rellenó, hecho que vuelve a confirmar que la paciente se encontraba más desligada de la terapia en los últimos encuentros.

Esto no iba a suponer una medida post tratamiento en sí porque el proceso de Ana se seguía llevando a cabo, aunque la alumna de prácticas no pudiera acompañarle, pero sí que habría sido una medida cuantitativa que podría haber aportado más evidencia a la intervención y enriquecido las conclusiones.

6.2 Consecución de objetivos

Aún sin contar con la comparación pre y post de los test estandarizados, podemos a través de la observación, enumerar indicadores que aportan información sobre los cambios que se han dado en Ana desde el inicio de la intervención hasta la sesión 9.

Con respecto a los cambios en los síntomas depresivos, en primer lugar, podemos notar una diferencia en su aspecto físico. En los primeros encuentros con Ana, podíamos intuir que era una chica simpática y extrovertida, pero había algo que no la estaba dejando sonreír como le gustaría. Se presentaba con ropa cómoda, pelo descuidado y sin pintar, lo que denotaba sus ojeras. Pasadas unas cuantas sesiones, veíamos que iba recuperando esa sonrisa que la caracteriza, se reía más en sesión y venía con el pelo arreglado y maquillada.

Le hicimos llegar esta impresión que nos había dado sobre el cambio en su aspecto físico y nos confirmó que no era una impresión nuestra, y que, aunque es verdad que no había perdido autoestima en ningún momento, sí que nos dijo que antes no tenía ganas de arreglarse y ahora se estaba cuidando más.

Por otro lado, sabemos que estos síntomas depresivos habían remitido por las verbalizaciones de Ana. Lo primero que hacíamos al iniciar la sesión era preguntarle cómo se encontraba. Pudimos notar la mejora del estado de ánimo a partir de la sesión siete. Creemos que el haberse permitido aceptar sus eventos privados la había tranquilizado. Aunque es verdad que, al exponerle a eventos pasados, volvía a estar triste, nos comentaba que era tristeza y anhelo, pero no frustración, y que eso significaba que iba por el buen camino.

Podemos decir que esta mejora de los síntomas depresivos son el resultado de la consecución de los objetivos que proponíamos al principio del tratamiento o por lo menos de algunos de estos.

El primer objetivo estaba relacionado con la comunicación en pareja. Se consiguió que Ana se diera cuenta de la importancia de cómo decimos las cosas y de empatizar con el otro. Asimismo, aprendió a no reservarse las cosas porque sabía que esto le suponían gotitas de frustración que luego hacían colmar el vaso, reaccionando de peor forma. Lo que no sabemos si hemos conseguido es que pueda afrontar a tiempo los conflictos de gran magnitud, por este miedo condicionado que tiene a las situaciones desagradables y que dudamos que haya podido remitir en tan solo una sesión que le hemos dedicado.

En segundo lugar, el siguiente objetivo iba dirigido a crear desesperanza creativa en Ana y que fuera consciente de todos los intentos sin éxito de cambiar las situaciones no controlables de su vida.

Este sin duda fue el paso clave que hizo que la paciente se comprometiera con el proceso de terapia y empezara a colaborar cada vez más.

También hemos notado un aumento en el nivel de introspección de Ana. Por el hecho de ser una persona evitativa, no ha querido tomar contacto nunca con sus eventos privados, pero en el momento en el que se le dijo que mirarlos y afrontarlos era la única manera de empezar a salir de su situación, no dudó en comenzar a hacerlo. Podemos además demostrar este cambio por la cantidad de pensamientos y emociones que conseguía anotar en los autorregistros y también verbalizar a los terapeutas.

Por otro lado, el paso de aceptar su realidad tal y como es sí que podemos decir que al menos durante el tiempo que ha estado en terapia lo ha hecho. Hay una frase que repetía mucho la paciente y que demuestra la eficacia de este punto: “gracias por quitarme la venda de los ojos”. No le costaba reconocer que se estaba autoengañando con muchas cosas y que, aunque era duro reconocerlo, estaba más tranquila desde que lo había hecho.

El objetivo de hacer que Ana viviera más en el momento presente en lugar del pasado y el futuro pudimos notar que es algo que le cuesta mucho. Nuestra intención era mostrarle a través del mindfulness las sensaciones tan placenteras que provoca el disfrutar del ahora, pero esto fue difícil porque no lograba concentrarse. Además, vimos que esta actividad no le convencía porque hacía todas las tareas que le mandábamos menos las relacionadas con mindfulness.

Con respecto al último objetivo que nos marcamos, que era el de que emprendiera un camino con acciones comprometidas con lo que quería de verdad hacer en su vida, se consiguió que Ana pusiera en palabras todos estos deseos y los descompusiera en acciones realistas que debía realizar para conseguirlos. Fue un buen ejercicio porque nos verbalizó que es verdad que sabía a dónde quería llegar, pero no era consciente de todo lo que tenía que hacer para llegar.

La vimos motivada en cuanto a la consecución de estas metas a corto plazo, pero no pudimos ver si se quedó solo en esta motivación o es verdad que las materializó y las llevó a cabo porque terminó el periodo de prácticas y con ello el acompañamiento de los alumnos a Ana en su proceso terapéutico.

Como hemos mencionado anteriormente, aunque Ana siguiera siendo igual de simpática y educada con los terapeutas, hay ciertos indicadores que hacían ver a estos el desligamiento que estaba sufriendo Ana de la terapia. Por ello, se puede pensar que los objetivos que se pretendían

perseguir en las últimas sesiones no se consiguieron en parte debido a este cambio en la adherencia al tratamiento.

En la despedida de los terapeutas en la última sesión, se le pidió a Ana un feedback sobre la intervención que se había hecho hasta el momento. La paciente se mostró muy agradecida a ellos, diciendo que la habían ayudado a expresar y enfrentarse a cosas que nunca habría imaginado que haría y que se encontraba mucho mejor que cuando empezó, cambio que atribuía sin dudarle al asesoramiento psicológico.

En definitiva, pudimos observar que este tratamiento fue efectivo y ayudó a Ana en la parte de hacerla consciente de su realidad y abrirle paso a la aceptación, que hizo que se relajara y dejara de luchar. Por el contrario, tenemos serias dudas de si en tan poco tiempo estas sesiones le sirvieron para plantarle cara de verdad a las situaciones que le asustaban y mantener esto en el tiempo, sobre todo porque si este desligamiento de la terapia seguía en aumento de la sesión 9 en adelante, le iba a ser muy difícil sin esa voluntad del inicio, poder avanzar en las etapas del camino que le quedaban.

7. Discusión y conclusiones

7.1 Cumplimiento de hipótesis

Después de haber observado todo el proceso terapéutico de la paciente y su evolución en él, podemos apreciar que no nos equivocamos sobre todo en el momento de la evaluación. Es decir, en este caso fue crucial realizar un análisis funcional adecuado y en función a él elegir los objetivos terapéuticos y el abordaje con el que cumplirlos, la ACT. En todo momento pensamos que el gran talón de Aquiles de Ana era el hecho de evitar todo tipo de malestar, y que esto le había llevado sin darse cuenta a presentar síntomas depresivos.

Nunca sabremos si quizás habría funcionado de igual forma con la aplicación de otras terapias, como puede ser la Terapia Cognitivo Conductual, ya que autores como Losada et al. (2015) y A-Tjak et al., (2015) confirmaron que poseían la misma eficacia, el caso es que, al darnos cuenta del patrón conductual que dirigía la vida de Ana, la evitación, no dudamos en fijar como objetivo primordial intervenir sobre esta y que eso se viera traducido en una mejora de lo que creíamos nosotros consecuencia de eso, la depresión. Para nuestro agrado, así pasó, tal y como lo habían anticipado en sus estudios Yela et al., (2021), Browning et al., (2021) y Cookson et al., (2020).

Entonces, teniendo en cuenta las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo, podemos decir que la hipótesis principal de que aplicando la Terapia de Aceptación y Compromiso en un caso de depresión se podían conseguir resultados muy positivos como decían A-Tjak et al., (2015), Ataie et al., (2015), Kohlata et al., (2015), Losada et al. (2015) y Bai et al., (2020), se cumple.

Por otro lado, al haberse obtenido buenos resultados, podríamos decir que la terapia online, tal y como apuntaban Post et al., (2016) y Lappalainen et al., (2015), es igualmente eficaz que si se hubiera aplicado esta misma intervención de forma presencial. Ahora bien, eso no quiere decir que en algunos momentos de la terapia no hubiera sido más adecuado y enriquecedor estar cara a cara con la paciente.

Estos momentos son por ejemplo cuando se realizan los ejercicios experienciales. En primer lugar y más importante, la dinámica de los pasajeros del autobús sería más potente si se pudieran crear esas sensaciones desagradables que se asemejan a las de la mente, estando los terapeutas en consulta molestando a la paciente (tirándole objetos, diciéndole cosas al oído, provocando malos olores etc), además así también se podría apreciar las reacciones de la paciente con mayor realismo.

Igualmente, también se hizo más difícil el ejercicio “el coche de la vida”, ya que, aunque los terapeutas le pidieron a la paciente que enseñara el dibujo, suponía una pérdida de tiempo e influía en la calidad de la imagen. Asimismo, la intención de esta dinámica era también que fuera un espacio relajante en el que solo hablara el terapeuta y la otra persona estuviera consigo misma únicamente, pero al tener que el emisor estar explicando a ciegas, se hacía más complicado impedir que Ana interviniera para pedir aclaraciones.

Siguiendo con la revisión de las hipótesis, también podemos confirmar lo que decía Kohtala et al., (2015) de que podía ser aplicada por terapeutas principiantes e iba a ser igualmente satisfactoria que si lo hubieran hecho psicólogos pioneros. La experiencia personal de los terapeutas es que, al ser sesiones tan bien delimitadas, cada una con sus fases, objetivos a tratar, metáforas y ejercicios, resulta más difícil que se encuentren imprevistos o se cometan errores.

7.2 Limitaciones y hallazgos encontrados

7.2.1 Adherencia al tratamiento

Uno de los hallazgos que más sorprendió a los terapeutas porque no lo habían tenido en cuenta en el inicio, fue el hecho de que la adherencia al tratamiento de Ana y su colaboración en la terapia cambiara según el estado de ánimo que tuviese. Es decir, como hemos mencionado anteriormente, ella al principio cuando tenía niveles de depresión mayores se mostraba muy motivada, participativa y obediente, sin embargo, cuando fuimos empoderándola y se iba encontrando mejor, notábamos que se desapegaba de la terapia.

Una explicación a esto puede ser que como decía ella, acudir al psicólogo, aunque le estaba haciendo bien a largo plazo, era muy duro y se le removían muchos sentimientos, y tal vez los días que estaba mejor de ánimo no le apetecía encontrarse peor al implicarse demasiado en sesión, por eso prefería mantenerse al margen. Si estuviésemos en lo cierto con esta teoría no comprobada, estaríamos otra vez ante un ejemplo claro de evitación, resultado que supondría una recaída en el proceso de Ana.

El hecho de que en las últimas sesiones se mostrara menos comprometida, nos hace pensar que ese pudiera ser el motivo de que los objetivos tratados en esas sesiones, que eran principalmente enfocados a movilizarla a la acción hacia un futuro valioso, no se consiguieran o por lo menos no calaran tan fuerte como los que tratamos en sesiones anteriores, es decir, crear conciencia del problema y abrir paso a la aceptación.

7.2.2 Tiempos de terapia

Asimismo, en relación al punto anterior también puede entrar en juego el número de sesiones realizadas con la paciente. Según la última revisión de la APA, lo ideal es tener doce sesiones para aplicar ACT en casos de depresión (APA, 2021). Con Ana tuvimos solo nueve sesiones y dos de ellas dedicadas a la evaluación. Puede ser que haber tenido solo siete sesiones dedicadas a intervenir, haya disminuido la eficacia del tratamiento también. Habría que comprobar este indicio cuando se hayan tenido cinco sesiones más con ella.

Otra impresión ligada a los tiempos de terapia fue que, además de que no diera tiempo a seguir interviniendo en los últimos objetivos planteados de movilizar al futuro con acciones comprometidas por finalización de prácticas, llevamos un ritmo acelerado durante todo el proceso.

Es verdad que la primera fase de crear desesperanza creativa fue rápida también porque Ana estaba muy preparada para escuchar que su lucha estaba siendo en vano, pero de igual manera después de eso pasamos únicamente dos sesiones tratando eventos privados y directamente nos atrevimos a realizar la exposición en imaginación.

Como decimos, vemos estas sesiones dedicadas a eventos privados cargadas de ejercicios que, aunque en ese momento saliera natural, a día de hoy vemos quizás más conveniente dedicar más encuentros a tratarlos. Por ejemplo, en la sesión dedicada a las emociones, hicimos la técnica RAIN, a la cual se le puede sacar mucho partido y pasamos de puntillas por ella porque el tiempo de una hora era muy limitado.

Para nuestra sorpresa, estas fueron justamente las sesiones más potentes en el proceso de Ana. Fue lo que le hizo abrir los ojos y lo que más nos agradeció en el feedback final, por lo que, la velocidad apreciada en el proceso podría tratarse solo de una impresión de parte de los terapeutas, y que para la paciente resultase adecuado este ritmo.

7.2.3 Otras limitaciones del proceso general

Otra limitación que observamos en el tratamiento es el hecho de que hiciéramos el ejercicio experiencial de la técnica RAIN (Escuela Española de Desarrollo Transpersonal, s.f.) con el recuerdo de una emoción. Es decir, le dijimos a Ana que recordase esta frustración porque al fin y al cabo era la emoción que más le perturbaba y se repetía en su día a día, pero no tuvimos en cuenta que se trataba solo del recuerdo de la emoción que es menos potente que estar viviendo esa emoción en el momento.

Por último, añadir que, aunque los terapeutas pudieron notar la mejora de Ana en sus verbalizaciones, con su disposición frente a la terapia, en cambios físicos y más aspectos subjetivos, reiterar que hubiera sido muy enriquecedor apreciar estos cambios de forma objetiva con la medida post tratamiento de los tres cuestionarios que se pasaron al inicio.

7.3 Futuras líneas de investigación

De cara a investigaciones futuras que se hagan en la misma línea que esta, se propone superar las limitaciones recién presentadas. En primer lugar, sería imprescindible pensar en un plan para que la terapia online pudiera lograr la excelencia del modo presencial. Por ejemplo, en el caso del ejercicio “el coche de la vida”, se le podría pedir a la paciente que en lugar de enfocarse a ella con la cámara apuntara al papel donde está pintando el coche, o si pudiera abarcar los dos planos sería lo ideal.

Por otro lado, invitamos a futuros investigadores a en el momento en el que se detecte que la paciente está cambiando su disposición a la terapia, en este caso por ejemplo que se le vea menos colaborativa, a reflejárselo en consulta. Quizás esto no esté siendo un acto consciente por su parte y le ayude a conectar, o si por el contrario lo hiciera deliberadamente, está bien saber el motivo y superar esas resistencias.

Lo mismo pasa con la impresión de velocidad del proceso terapéutico de Ana que se llevaron los psicólogos. Si se le hubiera pedido un feedback en el momento a la paciente, esa duda e intranquilidad de ellos ahora estaría resuelta.

Asimismo, si volviéramos a empezar el tratamiento con Ana, le dedicaríamos más sesiones a tratar y aceptar los eventos privados. Por ejemplo, para que de verdad se le sacase todo el partido que la técnica RAIN, debería llevarse a cabo en más de una hora de sesión.

Además, como presentamos anteriormente, es mejor realizar el ejercicio experiencial de la técnica con la emoción que esté viviendo en el momento presente, en lugar de con el recuerdo de otra emoción, aunque esa sea más intensa y nos interese más hacerla sobre esa. También porque al fin y al cabo es un ejercicio de mindfulness, cuya finalidad es experimentar el ahora, y no eso que sentías hace una semana.

Para finalizar, cabe resaltar de nuevo la necesidad de seguir investigando acerca de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso, tal y como lo expresaba Hacker et al., (2016). Esta no solo se puede estudiar en casos de depresión, sino como exponíamos en un principio, el efecto de la evitación experiencial puede traducirse en diferentes trastornos del DSM-5. Por ejemplo, está demostrado que al igual que hemos hecho en este trabajo con la depresión, se puede repetir la hipótesis de si intervenimos sobre la variable evitación experiencial con ayuda de ACT, se consigue disminuir el nivel de ansiedad de la persona (Twohig & Levin, 2017).

7.4 Conclusión final

Como conclusión cabe destacar que, a pesar de haber ciertas cosas que se harían de otro modo si se volviese a repetir el proceso terapéutico, en general se han confirmado todas las hipótesis que en un principio se planteaban y se han obtenido resultados positivos aun teniendo en cuenta que el tratamiento de Ana todavía no ha finalizado, y que le queda mucho camino por recorrer hasta llegar a vivir en consonancia con sus valores, atreviéndose a aceptar y experimentando el poder del ahora.

Se espera entonces que este trabajo pueda ser una buena aportación a la literatura existente sobre la eficacia de ACT en el tratamiento de la depresión y sirva de impulso a otros profesionales para explorar la posibilidad de que tal vez la evitación experiencial esté jugando un papel importante en el trastorno que esté padeciendo el paciente en ese momento. Igualmente, en el caso de que no se decidiera tratar enteramente con ACT, se pueden acoger las técnicas aquí presentadas a infinidad de casos, por lo que se invita a utilizar cada una de ellas por separado.

8. Referencias bibliográficas

- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association [APA]. (2021, 5 de febrero) *Diagnosis: Depression. Treatment: Acceptance and commitment therapy for depression.*
<https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1159/000365764>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition. *Advances in child development and behavior*, 28, 101–138. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80063-5)
- Beck, AT, Rush, J., Shaw, BF & Emery, G. (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*. Guilford Press.
- Browning, M. E., Van Kirk, N. P., & Kropfing, J. W. (2021). Examining depression symptoms within OCD: the role of experiential avoidance. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1–14.
<https://doi.org/10.1017/S1352465821000497>
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and psychotherapy*, 93(3), 456–473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
- Escuela Española de Desarrollo Transpersonal. (s.f.) *RAIN*.
<https://escuelatranspersonal.com/practica-mindfulness-rain/>

Espacio Mindfulness (2015, 22 de abril) *Los pensamientos son pasajeros: Metáfora ACT*. [VIDEO]. Youtube.

https://www.youtube.com/watch?v=QwtRpfLm_cQ

Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J. (1988). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Pirámide.

Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551–565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>

Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289–303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>

Hayes, S., Wilson, K., Robinson, P. & Strosahl, K. (2014) *Boot camp ACT manual: Acceptance and Commitment Therapy. Contextual change*. Context Press

Keawe'aimoku, J., Godoy, A., O'Brien, W.H., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2) doi: 10.5093/cl2013a13

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.

- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: a preliminary study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(3), 360–373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behavior modification*, 39(6), 805–834. <https://doi.org/10.1177/0145445515598142>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760–772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Luciano, C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) [Experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy (ACT)]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 317–332
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [Trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109–157.
- Luciano, C., Gutiérrez, O., y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Mentu. (2020). El rol de las emociones en la organización [Fotografía]. <https://www.mentu.com.py/blog/914/el-rol-de-las-emociones-en-la-organizacion>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2009, 28 de octubre). *Depression in adults: recognition and management*. Clinical guideline CG90. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Context#treatment-choice-based-on-depression-subtypes-and-personal-characteristics>

- Niu, Y., Sheng, S., Chen, Y., Ding, J., Li, H., Shi, S., Wu, J., & Ye, D. (2022). The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy for Preventing Post-Stroke Depression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, 31(2), 106225. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106225>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021, 13 de septiembre). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 208(1), 69–77. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146068>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general [The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population]. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280.
- Soler Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual Segovia, J. C., Cebolla i Martí, A. J., Soriano, J., ... y Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1)
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Valdivia, S.S., y Luciano, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27 (2), 79-91

Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Fundación Universidad-Empresa.

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores [Acceptance and Commitment Therapy: A behavioral therapy oriented to values]*. Pirámide.

Yela, J. R., Crego, A., Buz, J., Sánchez-Zaballos, E., & Gómez-Martínez, M. Á. (2021). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training. *Psychology and psychotherapy*. <https://doi.org/10.1111/papt.12375>

Anexo A . Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Medida Pretratamiento

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Ana..... Estado Civil..... Edad: 26..... Sexo. M.
Ocupación Activo..... Educación: Grado..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 27 (Depresión moderada)

MAAS

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen utilizando la escala de abajo. Simplemente haz un círculo en tu respuesta de cada ítem.

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



Medida Pretratamiento Ana

APÉNDICE B

Folio: _____

AAQ-II (YUC)

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7					
Completa-mente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuente-mente cierto	Casi siem-pre cierto	Completa-mente cierto					
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.					1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.					1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7
Evito o escape de mis sentimientos.					1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.					1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.					1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7
Mantengo el control de mi vida.					1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.					1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.					1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.					1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.					1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).

**DERECHOS Y COMPROMISOS DEL CLIENTE PARA EL ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO
ONLINE DE LAS PRÁCTICAS DEL MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

El alumno se compromete a seguir las normas de confidencialidad y fundamentación objetiva como contempla el **Código Deontológico del Psicólogo**. Así como, las normas de respeto hacia los derechos de los clientes.

A seguir las normas que aseguran la Ley de Protección de Datos. Todos los datos de carácter personal recogidos serán incorporados y tratados en un fichero siendo el responsable-encargado del tratamiento “*Psicólogos Princesa 81*” B88151022 - calle Princesa Nº81, con el fin de poder llevar a cabo los servicios de psicología (**finés formativos y/o de investigación**). Transcurridos cinco años podrán ser destruidos. Todas las personas a las que se les solicita datos de carácter personal tienen derecho de acceder, rectificar, cancelar y/o suprimir, oponerse, limitar su tratamiento, derecho de portabilidad y olvido de sus datos – enviando escrito al correo info@psicologosprincesa81.com. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas.*

La puntualidad es uno de los requisitos para la organización adecuada y evitar esperas de nuestros clientes. Por esta razón se ha tomado la determinación de posponer las citas a otro día a aquellas personas que se presenten con un retraso mayor de quince minutos. Por tanto, el cliente se compromete a asistir de forma puntual a las sesiones concertadas.

Asimismo, la asistencia continuada se considera un requisito imprescindible para la eficacia del asesoramiento, por lo que el cliente se compromete a asistir con regularidad a las sesiones. En aquellas ocasiones en las que se les sea imposible acudir deberá avisar con una antelación de cuarenta y ocho horas al teléfono: en caso contrario (tras dos faltas sin justificar), el cliente deberá abonar la sesión aunque no haya acudido. La no asistencia repetida (tres faltas no justificadas) será motivo para la ruptura del contrato de asesoramiento .

Las sesiones de asesoramiento serán parte del entrenamiento de los psicólogos, y podrán ser utilizadas para la formación de alumnos de psicología. Las **sesiones podrán ser grabadas con fines formativos**.

El alumno será supervisado por los psicólogos del centro durante su periodo de prácticas. Una vez finalizado el mismo, el alumno podrá continuar con el caso, siempre y cuando cumpla con la condiciones legales para su continuidad al margen de la supervisión del centro. En caso de que el alumno no continúe **se procederá a la derivación del mismo** a otro alumno del centro de prácticas o al recurso pertinente.

El cliente se compromete a cuidar cualquier material que le sea prestado para la realización de las tareas terapéuticas.

El servicio tendrá un coste de 15€. El importe se hará en un único pago y podrá abonarse en efectivo o en el siguiente número de cuenta ES72 0182 1928 4102 0165 1942 (tras hacer el pago en cuenta **se enviará al terapeuta una foto del justificante de pago** realizado especificando las iniciales del paciente).

La fecha y hora de las citas se acordarán con el Psicólogo preferentemente antes de acabar la sesión.

Firma cliente

Firma psicólogo



FICHA ARCHIVO PACIENTES

CASO N°: _____

Alumno asignado: Período de prácticas: Universidad:
--

Cómo nos conoció: Fecha de primera sesión: Fecha de alta: Fecha de baja (durante evaluación): Fecha abandono (durante el tto):
--

MOTIVO DE CONSULTA:

Datos biográficos Nombre y Apellidos: Edad: Sexo/Género: Nacionalidad: Estado civil/pareja: Estudios académicos: Ocupación: Domicilio: Teléfonos de contacto: Email: NIF:

Anexo F. Repertorio de metáforas ACT

Metáfora del escalador

Objetivo: Establecer el contexto terapéutico, cuál es el papel del cliente y cuál es el del terapeuta dentro de la terapia.

El terapeuta le dice al paciente: “Los dos somos escaladores y cada uno está escalando una montaña diferente pero están muy cerca la una de la otra. Yo puedo ver el camino adecuado por el que subir tu montaña, y no porque sea más listo que tú, sino porque me encuentro en una posición en las que se ven cosas que tú tan de cerca no puedes ver. Mi ventaja respecto a ti será la perspectiva. También es verdad que tú ves cosas en tu montaña y tu camino que yo no puedo ver desde tan lejos, entonces tendrás que ser tú el que me avise de estas cosas y yo tendré que confiar en ti. Además, está claro que la parte más difícil la tienes tú, porque al fin y al cabo yo te puedo avisar de los obstáculos y guiarte en el camino pero no puedo subir la montaña por ti. Quiero que entiendas que somos un equipo.” (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora del vaso de agua

Objetivo: enseñar que si no gestionamos las emociones cuando suceden, las vamos acumulando y lo más probable es que se manifiesten de peor forma todas juntas.

El psicólogo le dice al cliente: “Las emociones son como pequeñas gotitas de agua, si no gestionas una en el momento en el que aparece, ya se mete en el vaso de agua. Dirás bueno, es una gota, no pasa nada. Pero si nos acostumbramos a hacer esto con todas las emociones, las metemos en el vaso, llega un momento en el que ese vaso rebosa, y ahí las consecuencias son mayores, ya que se derrama todo el agua, podemos manchar cosas que nos importan, nos ponemos más nerviosos por el desastre que provoca etc. Sin embargo, si cuidamos todo lo que sentimos, si nos preguntamos para qué ha venido esa emoción a mi en ese momento, le estaremos dando el espacio que está reclamando y no tendremos que meterla en el vaso.” (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora de la lucha contra el monstruo

Objetivo: provocar una fase de desesperanza creativa en el paciente y ejemplificar el problema del control.

Lo primero que se hace es identificar la lucha que tiene el cliente, aquella que emprende para no aceptar situaciones desagradables y evitarlas. Se le dice que esa lucha parece la de una persona que está unida a un monstruo por una cuerda y en medio hay un foso enorme. Cuando la persona tira de la cuerda para tirar al monstruo, más se acerca ella al foso y tiene más probabilidades de caerse, es peor para ella.

Además, cuando está ocupado pensando en cómo ganar la batalla y tiene las dos manos ocupadas tirando de la cuerda, no tiene recursos para hacer otras cosas, se pasa la vida pendiente de esta batalla y se pierde otras cosas valiosas.

A la persona lo que más le gustaría es no estar atado al monstruo, pero eso no se puede cambiar, por lo que la única alternativa que queda es la de aceptar el miedo que le da el monstruo, soltar de la cuerda y mirarle a la cara por fin. Esa es la única forma de aunque lo vayamos a pasar mal enfrentándonos al miedo que nos da, relajarnos. (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora arenas movedizas

Objetivo: Hacerle ver al paciente que a veces intentar controlar la situación es un problema y que parar y aceptar la situación es la clave.

El terapeuta le dice al cliente: “A veces en la vida hay que hacer como en las arenas movedizas. De primeras cuando una persona pisa sin querer unas arenas movedizas y se cae en ellas, intenta luchar contra ellas, intenta escapar por todos los medios, y contra todo pronóstico esto hace que el problema se haga mayor, ya que este lodo te atrapa con más fuerza. Pues es así como funciona la vida, a veces cuanto más luchas por controlar la situación, por controlar esos pensamientos y emociones que te surgen, más tardas en salir de la situación, más pesada se hace y más te atrapa. La clave está en quedarse quieto, dejarse hacer, confiar y aceptar”. (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora del oso blanco

Objetivo: que el paciente experimente la imposibilidad de controlar a nuestro antojo los pensamientos.

El terapeuta le dice al paciente: “Te voy a pedir por favor que en los próximos segundos pienses en cualquier cosa menos en un oso blanco. Un oso polar que tiene además manchas negras. De estos que están en medio de la nieve y son grandes. Los que tienen también una nariz negra y unas orejas grandes, que parecen un oso de peluche. Pero en eso no pienses por favor, no te imagines el oso blanco.” En ese momento el paciente no va a poder hacer otra cosa que imaginarse todo lo que le dice el psicólogo. (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora del polígrafo

Objetivo: hacer ver al paciente la imposibilidad de controlar las emociones.

El psicólogo le dice al paciente: “Vamos a suponer que te conecto a un polígrafo y te digo que por favor no te pongas nervioso. Para aumentar tu motivación, voy a apuntarte con una pistola y dispararé si se detecta ansiedad, así que por favor, no se ponga nervioso o tendré que disparar.” Seguramente el paciente no pudiera contener esta ansiedad porque no la puede controlar. Si en lugar de decirle que controle la ansiedad le hubiera dicho que moviese muebles de un lado al otro, probablemente no habría tenido problema en mover los muebles, porque se trata de una acción controlable, no como las emociones”. (Wilson y Luciano, 2002)

Metáfora del dentista

Objetivo: hacer ver al paciente que aunque a veces no sea agradable lo que se experimenta en el proceso terapéutico es necesario y a la larga es bueno para él

El terapeuta pregunta al cliente: “¿A ti te gusta siempre lo que te hacen en el dentista? A veces resulta doloroso verdad? ¿Pero por qué vas? Porque sabes que es necesario para tu salud dental y luego lo vas a agradecer. Pues con el psicólogo pasa lo mismo. Hay días que sacamos temas duros para la persona, que se trabajan cosas difíciles y duele, pero a la larga es muy beneficioso para la salud mental de la persona.” (Wilson y Luciano, 2002)

Anexo G. Ejercicio experiencial: pasajeros del autobús.

Objetivo: hacer ver al paciente que es muy difícil tener el control de nuestros pensamientos.

Se le da la instrucción al paciente de que en los próximos minutos va a ser conductor de autobús. En la medida de lo posible se puede escenificar el autobús y los pasajeros que entran en él.

Para que el ejercicio adquiera valor para la persona, vamos a preguntarle hacia dónde se quiere dirigir, a dónde le gustaría llegar con su autobús. (quizás su playa o montaña favorita, a una casa especial para él, su ciudad natal, donde él quiera)

Terapeuta: A lo largo del día, a tu autobús se sube todo tipo de gente. Hay algunas personas que son muy amables, incluso atractivas, que te sonríen y te dan los buenos días al subir, quizás alguno hasta te comente qué bien tienes el pelo ese día o qué pañuelo más bonito llevas. ¿Cómo te haría sentir esta gente? ¿Te gustaría tenerlos como pasajeros?

En cambio, otras veces la gente no es tan de tu agrado. Se pueden subir pasajeros que no huelan tan bien, que apesten a porro por ejemplo. Otros llegan con cara de amargados y no saludan. Hay muchos que hablan muy alto por teléfono o que están continuamente diciéndote cosas y molestándote.

¿Qué harías en este segundo caso? Imaginate que yo soy un pasajero molesto y te digo continuamente al oído: qué mal conduces, ¿donde te has sacado el carnet? ¿te ha tocado en una tómbola? si conduces así no me quiero imaginar cómo haces todo lo demás en tu vida, vaya desperdicio de persona, seguro que no te quiere nadie. (Aquí lo que estamos interpretando son los pensamientos de la persona, por lo que si los adecuamos a cada persona específica tendrá mayor valor para ella el ejercicio)

Ahora llega el momento de preguntar al paciente cómo se ha sentido con ambos pasajeros, qué habría hecho y cómo habría conducido con cada uno.

Lo normal es que llegue a la conclusión él mismo de que los pasajeros molestos son los continuos pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos que le vienen a la mente continuamente. También se dará cuenta de que mientras está intentando contestar a los pensamientos, controlarlos, pedirles que se callen, o echándoles del autobús, está distrayéndose de su camino.

Hay que hacerle ver que el autobús es como la mente, nos enredamos y perdemos mucho tiempo y recursos en echarle cuenta, y nos estamos perdiendo las cosas valiosas de verdad de nuestra vida.

Adaptado de Wilson y Luciano (2002).

Nota. Sería muy positivo que se hiciera el ejercicio en vivo, adaptando los eventos privados a los de la paciente, pero si no también hay un video al que se puede recurrir donde se explica muy bien esta metáfora: https://www.youtube.com/watch?v=QwtRpfLm_cQ (Espacio Mindfulness, 2015)

Anexo H. Técnica para las emociones RAIN.

Es una técnica de mindfulness que tiene como objetivo ayudar al cliente a gestionar las emociones difíciles a través de la aceptación y con ayuda de la autocompasión. Se hace a través de cuatro pasos que se identifican con las siglas de la palabra RAIN, que significa lluvia en inglés.

Es una herramienta la cual nos puede servir a su vez para psicoeducar con otras pequeñas técnicas de inteligencia emocional que se meten dentro de cada sigla.

Se le dice al paciente que es bueno que se practique esta técnica en un lugar tranquilo, que invite a reflexionar y a la introspección, para que poco a poco se vaya automatizando y lleguemos a generalizarlo y ser capaces de hacerlo en otros contextos más ajetreados, más del día a día.

A continuación en la siguiente página se presenta la imagen que se le ofrece al paciente como guía de qué debe hacer en cada paso de la técnica.

Adaptado de la Escuela Española de Desarrollo Transpersonal. (s.f.)

Nota. Recurso aportado por los terapeutas a la paciente de la técnica RAIN. Elaboración propia.

RAIN

<h2><u>RECONOCER</u></h2> <p>Reconocer lo que sentimos es el primer paso para poder gestionarlo. Tómate unos segundos, párate y mira dentro:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Cuánta activación sientes? Del 1 al 102. ¿Cómo de agradable es eso que estás sintiendo? Del 1 al 103. ¿En qué parte del cuerpo se está manifestando?4. ¿Notas alguna sensación distinta? (calor, frío, cosquilleo, dolor, tensión)5. ¿Eres capaz de ponerle nombre a lo que sientes? Ayúdate de la ruleta de las emociones6. Pronuncia en voz alta cómo te sientes. "Me siento _____"	<h2><u>ACEPTAR</u></h2> <p>Permite que se manifieste tal y como es, sin juzgarla. Pero permitir no significa que te tenga que gustar la situación. Significa que tu objetivo es suavizar tu resistencia mental a lo que está sucediendo. A menudo tenemos el impulso inconsciente de alejar, reprimir o ignorar las emociones difíciles. Cuando nos involucramos en una lucha interna de esta manera, sin saberlo, creamos más sufrimiento y tensión. En esta lucha inconsciente también tendemos a quedar «atrapados» en nuestros pensamientos y emociones, por lo tanto, es más probable que reaccionemos en lugar de poder elegir una respuesta consciente.</p>	<h2><u>INVESTIGAR</u></h2> <p>Me pregunto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Por qué me produce esta emoción esta situación.2. Para qué ha aparecido esto en mi cuerpo. Me está pidiendo algo, quiere que me de cuenta de algo. Le pregunto qué quiere.	<h2><u>NO IDENTIFICARSE</u></h2> <p>No identificarse con la emoción. Pasará. Dura un tiempo y luego desaparece. Tú no eres esa emoción, simplemente, ha venido, como invitada, y, como invitada, se marchará. Obsérvala desde la distancia y date cuenta de que tú no eres tu mente ni tus emociones ni pensamientos, ellos no te definen. Ser consciente de que indiferentemente de cómo de intensa y dolorosa sea la tormenta emocional, siempre hay una parte de ti que está quieta, silenciosa e intacta.</p>
---	--	---	---

Anexo J. Ejercicio experiencial: “Suelta la cuerda y abraza a la fiera”.

El ejercicio consiste en que el terapeuta realiza una respiración guiada específica para el/la paciente:

Te voy a pedir que cierres los ojos, vamos a poner los brazos y las manos sobre las piernas.

Vamos a intentar notar el suelo bajo nuestros pies, vamos a intentar notar las sensaciones de la mano sobre nuestro pantalón, quizás rugoso, quizás de tela... sea como sea

Ahora te voy a pedir que pongas tu atención hacia el diafragma, y que lentamente inspires, expires, y pongas tu atención en la respiración, simplemente nos concentramos en inspirar y expirar.

Imagínate tu respiración como un ancla, siempre que la mente te diga cosas, se te pasen pensamientos, o te desconcentres, dirige tu atención hacia esa ancla, hacia la respiración (inspirar, expirar). Estás agarrado por ese ancla.

Ahora te voy a pedir, que mientras sigues respirando, traigas a la mente una situación complicada, en la que has sentido emociones desagradables o quizás en la que se metían pensamientos en tu mente que no te gustaban. A lo mejor es una situación que te provoca frustración, rabia, impotencia, tristeza... vamos a poner la atención sobre ella. Trae a la mente una imagen de esa situación, ¿quién estaba en esa escena?, ¿era de día, de noche?, ¿qué actores había?, ¿fue hace mucho o hace poco? Empápate de esa imagen, ¿qué hiciste? ¿qué te dijo la otra persona? ¿qué sentiste? ¿qué te hizo sentir la otra persona?

Ahora en silencio, prueba a dirigir tu atención al área de tu cuerpo donde sientas esa emoción. Sea cual sea. ¿Dónde la sentiste? En el pecho, en el cuello, en la garganta, ¿Dónde? Tomate tu tiempo y siéntate al lado de esa emoción. Permanece con ella e intenta sentirte una científica curiosa. Si esta emoción fuese un objeto, ¿cómo sería? ¿qué color tendría? ¿qué textura? ¿lisa, rugosa? ¿estaría fría al tacto o caliente? ¿es densa o es ligera?

Ahora te pido que te acerques a esa emoción con curiosidad, quizás ahora en este punto, te gustaría imaginarte esa emoción como un pequeño monstruo, el monstruo que está detrás de la cuerda la cual sujetas desde hace tiempo. ¿cómo sería? ¿qué forma tendría? ¿sería bonita o fea? ¿qué piel? ¿pesaría mucho o sería ligera? ¿qué está haciendo ahora esa fiera?

Quizás, ahora te hayan vuelto a la mente pensamientos sobre la emoción. A lo mejor te dice que no te gusta esa sensación, es normal que la mente esté inquieta. Si esto ocurre, simplemente observa desde tu posición como los pensamientos emergen, y vuelve a dirigir tu atención hacia la exploración atenta de tus emociones. Si encuentras que la experiencia se te escapa, o presenta mucha resistencia, imagina esa sensación como esa criatura, que no eres tu, pero que la conoces, acércate a ella con curiosidad y aceptación, intenta cultivar un sentido de amabilidad tras esa criatura, considéralo como alguien diferente a ti, quizás fea o agresiva pero no tiene otro lugar a donde ir.

Respira lentamente, y ve alrededor de la criatura. Con cada respiración siente como tú misma te vas haciendo más grande que ella, dejándole un espacio a esa emoción. Recuerda, tú eres más grande que eso que estás sintiendo. Eso no quiere decir que te tenga que gustar, o que quieras que esté ahí,

simplemente, déjale un poquito de espacio, y deja a esa criatura tranquila, hay sitio para las dos. Ahora tómate el tiempo que necesites para permanecer sentado junto a esa emoción.

Ya está, ya ha pasado, ahora vuelve a poner la atención en tu respiración, y fíjate en las sensaciones de alrededor, quizás el ruido de la sala, las ventanas, y cuando estés listo, ve abriendo los ojos poco a poco.

Después del ejercicio...

¿Qué tal la experiencia? ¿Te ha costado conectar? ¿Te has imaginado bien la escena? ¿Sentías esa emoción? ¿Has intentado permanecer con ella sentada? ¿perdía fuerza con el tiempo sobre ti? ESO ES LA ACEPTACIÓN, no va de no sufrir, simplemente de aceptar que está ahí. Tú eres más que eso que estás sintiendo.

Adaptado de Wilson y Luciano (2002).

Anexo K. Ejercicio experiencial: el coche de la vida.

Objetivos: este es un ejercicio al cual se le puede sacar mucho partido y por eso tiene muchas funciones. En primer lugar hace que la persona recuerde cosas de su pasado que quizás tenía bloqueadas o que evitaba pensar. También hace al cliente reflexionar sobre qué cosas de su pasado le sirven a día de hoy y cuales solamente le hacen daño y puede desechar.

Asimismo, se plantea asuntos futuros que tampoco es tan usual pensar, como es en cómo te ves cuando seas anciana o cómo te ves en seis años, y qué acciones tienes que emprender para alcanzar esas metas. Al hacer esto también se le invita a ser realista, ajustar expectativas y así materializar aún más este sueño.

Por otro lado, nos sirve para aumentar la introspección de la persona y que vea que son muy potentes estos momentos de observar su vida en general, y que al ser un ambiente cálido, puede resultar hasta relajante.

Por último, es un ejercicio en el que se sacan muchos valores, y el terapeuta después debe reflejar a la persona estas cosas por si ella no se ha dado cuenta.

Contexto: se hace en un ambiente cálido, que invite a la reflexión y con un tono suave.

Instrucciones: el terapeuta le pide a la paciente que coja un papel y un lápiz. A partir de ahí se le dice que en los próximos minutos sólo va a hablar él y ella se dedicará a pintar un coche y los elementos que narrará el psicólogo:

- Coche: “pinta un coche no muy grande en medio del folio. Ese coche vas a ser tú, dibuja un coche con el que te identifiques”
- Matrícula: “esta va a ser tu nombre o cómo te llaman. Reflexiona acerca de él”
- Modelo: “va a ser tu fecha de nacimiento. Haz reflexión sobre tu cumpleaños”
- Piloto: “¿quién es la persona que dirige tu vida?”
- Copiloto: ¿de quién te fías para que te dirija? ¿quién te gusta que esté a tu derecha?
- Mecánico: ¿quién te arregla cuando estás mal?

Ahora vamos a dibujar caminos a la izquierda de este coche. Estos van a ser los caminos que ya has recorrido en el **pasado**. En ellos hay:

- Caminos bonitos: “aquellos por los que te gustó pasar, que guardas buenos recuerdos de ellos”
- Obstáculos: “ahora piensa en los diferentes obstáculos que te has encontrado en tu camino, quizás pueden ser cuestas, que son aquellas veces que te ha costado subir pero finalmente lo has conseguido con esfuerzo y ha valido la pena, también puede haber habido hoyos directamente donde sí que te has quedado un tiempo sin salir de ellos y han sido muy oscuros”
- Daños que le has provocado tú al coche: “aquellas acciones que has emprendido tú y te han perjudicado”

- Arreglos, cosas para hacer más bonito tu coche: “acciones que has hecho tú para cuidarte, para arreglarte”

En tu pasado has ido recopilando mucho equipaje, hay muchas mochilas que llevas en el maletero y a veces ni siquiera sabes que las tienes, con esto me estoy refiriendo a recuerdos y personas que tienes ahí en tu mente y algunas te hacen bien y otras solo te suponen una carga que no te deja avanzar o meter otras mochilas nuevas. Piensa acerca de lo que te digo y escribe qué cosas del pasado te sirven en tu presente y cuáles quieres borrar de tu vida porque no te hacen bien.

Dejando el pasado atrás, fijémonos ahora en tu **presente**. ¿Cómo ves a tu coche? ¿Te gusta? ¿Qué cosas cambiarías de él? ¿Te acuerdas de los pasajeros molestos del autobús? sí, esos pensamientos desagradables que quieres continuamente bajar del autobús pero no se bajan, ¿cuales son? míralos, ¿quieres que se bajen?

Miremos ahora hacia delante, vamos a pintar los caminos de la derecha del folio. Estos van a representar tu **futuro**. Cuéntame, ¿cuáles son tus metas de aquí a seis años por ejemplo? pintalas no muy lejanas al coche. Escribe también aquellas cosas que tienes que hacer para conseguirlas. Y bueno tú solo has pintado esos caminos ideales por los que quieres ir hasta esas metas ideales que son tus sueños, pero sabes que muchas veces los caminos se tuercen y nos llevan a otras desembocaduras, con esto quiero que ajustemos las expectativas, piensa en qué cosas pueden pasar si no suceden estas cosas.

Ahora, vamos más allá, piensa cómo te ves a muy largo plazo, por ejemplo cuando tengas sesenta o setenta años. Qué será lo más importante para tí en esa época, de qué piensas que estarías orgullosa, qué personas crees que seguirán ahí o con quién te gustaría estar por ese entonces.