

Más Allá de los Comportamientos Evitativos. Un Estudio de un Caso de Crisis de Angustia con Agorafobia desde la Perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Beyond Avoidance Behaviors. A Case Study of Panic attacks with Agoraphobia from the Perspective of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Guillermo Blanco Bailac
ALTAI PSICOLOGÍA, Madrid, España

Resumen. Se presenta el caso clínico de una persona con crisis de angustia con agorafobia (APA, 1994), donde las consecuencias inmediatas de ciertas conductas evitativas proporcionan un alivio momentáneo que mantiene dichos comportamientos pero que a largo plazo le provocan un importante sentimiento de incoherencia consigo mismo. Este conflicto interno entre las consecuencias inmediatas y demoradas se ha conceptualizado desde un punto de vista funcional como un Trastorno Evitativo Experiencial (T.E.E.) (Luciano y Hayes, 2001). Como tratamiento se aplicó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con el objetivo de encontrar congruencia entre las direcciones importantes para la vida de esta persona y su comportamiento actual, respetando y acompañando el proceso y los tiempos del paciente. Tanto en este estudio como en otros existentes sobre el tema, se ratifica la idoneidad de este proceso terapéutico como apropiado para intervenir en un T.E.E., sobre todo por cuanto que lleva a la persona a asumir comportamientos más responsables.

Palabras clave: trastorno evitativo experiencial, terapia de aceptación y compromiso, crisis de angustia, agorafobia.

Abstract. The present paper analyzes the case of a person suffering panic attacks with agoraphobia (APA, 1994). The short-term consequences of certain avoidance behaviors provide with a momentary relief without behavior modification, but in the long term, they end up producing an important feeling of inconsistency with oneself. This conflict between immediate and delayed consequences has been conceptualized from a functional point of view as an Emotional Avoidance Disorder (Luciano y Hayes, 2001). The treatment applied for this case was the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which focused on finding a correlation between the main life guidelines of the subject and his current behavior, while at same time respecting and going along with the patient in his therapeutic evolution. Both this research and others ratify the suitability of this therapeutic procedure when applied to an Emotional Avoidance Disorder, as it helps the person assume a more responsible behavior.

Keywords: emotional avoidance, acceptance and commitment therapy, panic attacks, agoraphobia.

Introducción

El trastorno de pánico con agorafobia es uno de los diagnósticos que más puede llegar a invalidar a un individuo. Uno de los elementos más comunes en las personas que padecen este trastorno es el miedo a perder el control sobre sus propias reacciones y a que su temor llegue a estar fuera de control empujándoles a un ataque de pánico o algo peor, lo que provoca que el efecto del “miedo al miedo” (forma compleja de agorafobia, Zaldívar, 1998) gobierne sus vidas y empiecen a regirse por un patrón conductual generalizado cuyo objetivo principal es huir, evitar y/o escapar de todo aquellos lugares y situaciones susceptibles de generar pérdida de control o aversión, y todo ello en relación con dichas sensaciones originadas por su propia preocupación. Es por esto que las personas afectadas presentan miedo o angustia ante el simple hecho de sentir dichas emociones, dando lugar a que la respuesta de evitación se convierta en una respuesta funcional (Luciano y Hayes, 2001), lo que implica una pérdida significativa en la calidad de vida de las personas afectadas al limitar su nivel de actividad en prácticamente todos los contextos donde se desarrolla, además de modificar su vida diaria hasta el punto de convertirla en una forma de vida desadaptativa y acompañada de esa gran angustia y malestar propias de este trastorno. Es decir que estas personas no están dispuestas a sentir aquellas experiencias que viven con aversión y actúan de una manera premeditada buscando el alivio inmediato en la alteración tanto de la forma o de la frecuencia de dichas experiencias, o de las condiciones que las generan.

Esto es, básicamente, lo que se ha definido como el “Trastorno por Evitación Experiencial” (T.E.E.) (Hayes, Wilson, Gilford, Follette y Stroshal, 1996; Luciano y Hayes, 2001) dentro de un paradigma conductual radical y que es la base de otros trastornos, donde este tipo de respuesta de evitación (llanto, aislamiento, agresión, consumos...) es lo que marca el fundamento de la sintomatología (el diagnóstico). Esta es la razón por la que diferentes trastornos (según criterios diagnósticos) tienen una misma dimensión funcional: el TEE es el estilo común a todos ellos. Una de las características más representativas de este estilo evitativo es su naturaleza verbal, ya que la persona utiliza esa trampa por la que se considera que se tiene razón al seguir la regla de evitación por la reducción inmediata de la función aversiva.

La intervención psicológica clásica va orientada a buscar la modificación del aspecto funcional de la propia evitación con el objetivo de extinguir aquellos comportamientos que realizan y desarrollan los pacientes por reducir su angustia y miedo, ya que se entiende que esa conducta es perjudicial porque, a pesar de parecer muy razonable el modo en que está intentando resolver, finalmente no lo resuelve al ser la propia actuación la que se interpone en lo que esa persona desea para su vida.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de tratamiento psicológico basada en la terapia de conducta radical, ya que la conducta es un todo en un contexto y entre sus componentes se encuentra el contexto social verbal, así como al establecimiento de metas relativas a una modificación del contexto -de carácter ambiental propio del análisis de la conducta- sin tratar de modificar directamente la conducta. Su interés es modificar el contexto en el que se dan los problemas conductuales, de manera que la solución podría consistir –o no– en el cambio de dicha conducta. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se centra en cambiar el contexto para que se solucione el problema, no para modificar la conducta.

Una vez asentadas dichas premisas, dicha terapia profundiza en la desactivación del lenguaje (defusion), trabajando el control conductual dominado por contingencias verbales en lugar de por contingencias directas, provocando verbalizaciones alternativas, de tal forma que el paciente no tome de forma literal sus reacciones emocionales, aceptando las funciones psicológicas de los eventos privados. La intención es que a través de la discriminación entre Descripción vs. Valoración, o a través de la toma de perspectiva de los eventos privados, el paciente se permita el adoptar cierta distancia para verse como el lugar y el espacio en el que se dan esos pensamientos y esos sentimientos –yo contexto–, sin tener que luchar contra ellos. Esto admite un margen para que el paciente pueda diferenciar la persona de sus eventos privados pudiéndolos observar éstos como contenidos –yo contenido– y no como lo mismo que el yo. Todo esto está fundamentado en la Teoría del Marco Relacional (Wilson y Luciano, 2002).

Bajo esta perspectiva, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999) se presenta como una solución radical e ideal para los T.E.E., ya que las intervenciones clásicas desde la propia perspectiva Cognitivo-Conductual estarían orientadas a reducir dicha angustia o miedo, lo que podría provocar en estos casos, caer en las estrategias circulares donde cada intento de solución incrementarían el problema (Hayes y Melancon, 1989; Pérez, 1996, Luciano, 1999, Luciano y Hayes, 2001). Sin embargo, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la intervención en los casos donde se diagnostica el TEE, está dirigida a no reducir dicha angustia, sino a extinguir los esfuerzos del paciente por reducir su malestar, ayudándole a aceptar los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos,...) como una consecuencia de ese compromiso elegido con la vida, y a caminar en dirección a lo que es valioso y fundamental en su vida.

Descripción del caso

E. es un varón de 35 años, que vive solo y de forma independiente, E. viene derivado de la empresa donde trabaja, debido a una incapacidad total para desarrollar su trabajo por un diagnóstico de Trastornos de Angustia con Agorafobia. Es personal de vuelo en una compañía privada, por lo que antes de la baja solía viajar con frecuencia en avión. Debido a esta situación, cuando acude a consulta por primera vez lleva más de un año sin viajar ni trabajar y se declara incapaz de reincorporarse a su puesto de trabajo, hecho reconocido oficialmente bajo una incapacidad permanente.

Como aspectos importantes a tener en cuenta, tanto en el desarrollo de la intervención como en su posterior evolución, hay que destacar que E. manifiesta haber sufrido en el pasado episodios que podrían estar relacionados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero que no fueron diagnosticados ni tratados en su momento.

E. es hijo único. Sus padres viven bastante lejos de su lugar de residencia actual, por lo que las visitas son muy esporádicas. Su madre es la principal persona de referencia para él, ya que es su punto de apoyo. Le profesa mucho amor y cariño y mantiene muy buena relación con ella, a la que siente como punto de apoyo. Sin embargo, la relación con su padre es bastante fría. Se emancipó a la edad de 18 años y vivió en el extranjero de forma totalmente independiente.

En cuanto a sus relaciones afectivas, hace más de cuatro años que no mantiene ninguna relación sentimental. Y respecto a sus relaciones sociales y de amistad, E. ha sido una persona sin grandes conflictos a la hora de establecer relaciones afectivas, desde la amistad, pero con cierta tendencia a abandonar todo aquello que le supusiese conflicto y dificultades de asertividad. Reconoce que desde hace un tiempo ha dejado de lado muchas relaciones sociales, debido sobre todo porque no quiere que los demás le vean, por culpa de su “cambio de imagen” (desde que se encuentra de baja dice haber engordado 45 kg.), además E. se describe como una persona muy pendiente del físico, tanto propio como el de los demás. Mantiene contactos frecuentes vía telefónica, aunque sí permite que, excepcionalmente y de forma muy puntual, algunas personas vayan a visitarle.

Por otro lado, siempre ha tenido muchas inquietudes que en el momento actual ha dejado de explotar. En condiciones normales es una persona muy creativa en ciertos ámbitos artísticos, desarrollando esta faceta de forma paralela a su trabajo habitual. En el momento de la evaluación se encuentra bastante desmotivado y con poca energía para realizarse en estas áreas. Evidentemente ha dejado de mantener actividades de ocio externas al entorno “protegido”.

Historia del problema

El trastorno tiene su inicio en problemas de ansiedad anteriores, con ciertos episodios donde describe crisis de ansiedad provocadas por diferentes situaciones (sobre todo en relación a rupturas sentimentales y situacio-

nes sociales), que han evolucionado en crisis de angustia recidivantes, y desde hace un año limita sus salidas externas dando lugar a una agorafobia.

Entre los principales síntomas se encuentra la aparición temporal y aislada de miedo y malestar intensos, acompañados de otros como palpitaciones y elevación de la frecuencia cardíaca, sensación de ahogo, presión torácica, sudoración, miedo a perder el control y miedo a morir que se inician de forma brusca y alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos de la crisis.

Algunas de esas crisis han derivado en un estado de inquietud anticipatoria persistente durante más de un mes ante la posibilidad de sufrir más episodios de este tipo, así como preocupación por sus implicaciones o sus consecuencias (morirse de un infarto). Todo esto ha provocado un cambio significativo en el comportamiento relacionado con las crisis.

Al diagnóstico de estas crisis de pánico, viene asociado el diagnóstico de agorafobia, ya que en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Sus temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones específicas, entre las que se incluye estar solo fuera de casa.

Dichas situaciones son evitadas o soportadas, a costa de experimentar malestar intenso o ansiedad significativa por el temor anticipatorio a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a ésta. Como mantenedor de la situación aparece un elemento importante que es el aumento de peso que ha experimentado, lo que le lleva a no afrontar ciertas situaciones no solo por los miedos descritos anteriormente, sino porque no quiere que personas conocidas le vean cómo se encuentra en el momento actual, y más teniendo en cuenta la posible existencia de episodios de Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia) precedentes.

El diagnóstico de E. según el DSM-IV es complejo: agorafobia con crisis de angustia, fobia social, con trastorno de alimentación; pero que todos ellos se conjuntan en el de trastorno de evitación experiencial.

Evaluación

La evaluación se ha realizado sobre todo en base a la entrevista clínica, pero se han utilizado como complemento –para obtener medidas cuantitativas– un cuestionario de Personalidad (Big Five Questionnaire, BFQ) y un cuestionario Clínico (Cuestionario de Análisis Clínico CAQ). Este segundo cuestionario fue aplicado al inicio de la evaluación y al final de la intervención como medida objetiva de los progresos del paciente.

Respecto al cuestionario de Personalidad (BFQ) aclarar que las dimensiones que lo componen se corresponden con el modelo de Eysenck, de tal forma que los rasgos Energía y Apertura Mental se aglutinan en la dimensión de Extraversión, la de Estabilidad Emocional se identifica en sentido inverso con la dimensión de Neuroticismo, y las facetas de Afabilidad y Tesón correlacionan negativamente con la dimensión de Psicoticismo de este modelo.

En cuanto a los resultados obtenidos, destacar que las tendencias reactivas más habituales de las personas con cierta introversión, como refleja E. –alto neuroticismo y un psicoticismo medio– indican que se trata de una persona algo tímida, con inseguridad frente a los demás y muchos complejos, emocionalmente inestable. Esto justifica que se muestre como una persona bastante impulsiva y muy emocional, con bajo control, especialmente de sus emociones, por lo que vive la vida con mucha intensidad y suele reaccionar sin tener en cuenta las posibles consecuencias de sus actos, provocando que funcione en situaciones difíciles sin pensar y dejándose arrastrar por lo que siente. Eso le hace bastante esclavo de sus emociones ya que según lo que siente, así suele actuar. Y su funcionamiento es característico a la hora de evitar, ante todo, el dolor y el sufrimiento. Es una persona muy vulnerable a nivel emocional y muestra bastante impaciencia. Piensa demasiado en los posibles riesgos y el manejo de estas posibilidades en su mente son las que le hacen frenarse normalmente, mostrando tendencias fóbicas importantes. Por lo que parece que su timidez podría ser una muestra del propio T.E.E.

En los resultados del Cuestionario Clínico (CAQ), en principio muestra un desajuste psicológico importante (Ps), caracterizado por la falta de confianza en sí mismo, inseguridad acompañada de sentimientos de inferioridad y una muy baja autoestima. Respecto a los factores de protección (D3 Agitación y Pp Desviación Psicopática) ha obtenido las puntuaciones más bajas, lo que significa que le cuesta reaccionar ante las dificultades, no encuentra rápida salida a los problemas, y no es capaz de distanciarse de sus emociones, lo que le impide evaluar la realidad de forma objetiva, y le hace más temeroso a la hora de afrontarlos. Teniendo en cuenta que las puntuaciones obtenidas por E. en esta prueba son extremas, y que la comparación de su perfil con los baremos de población normalizada nos impediría la correcta discriminación de los resultados, se decide utilizar los baremos de población clínica.

Las puntuaciones de las escalas de depresión (D1, D2 y D5 primarias y D4, D6 y D7 secundarias) muestran rasgos depresivos importantes, con bastante insatisfacción global ante su vida y excesiva preocupación por su salud, su imagen, los desarreglos y las funciones corporales, lo que unido a su elevada meticulosidad como rasgo de personalidad, provoca que en ciertos momentos actúe de forma casi compulsiva. Cuando se encuentra con alguna dificultad de tipo emocional tiende al aislamiento, rehúye las relaciones personales y evita los contactos interpersonales porque no se siente comfortable, apareciendo una connotación de desconfianza significativa hacia los demás.

Las escalas de Ansiedad (D6, As, D4, Pp- y Sc) se encuentran bastante elevadas en general, ya que vive los conflictos con bastante intensidad y, debido a su alta impulsividad, en algunos momentos puede mostrar reacciones incontroladas que le alejan de la realidad, provocando que pueda comportarse de forma “extraña” ante los demás. Además, entre otras cosas, sufre mucha tensión interna que afecta, principalmente, a su patrón de sueño y de alimentación.

En resumen, E. se muestra en el momento inicial de la evaluación e intervención como una persona con muchas conductas de ansiedad, predisposición a percibir el entorno de forma negativa lo que provoca episodios depresivos frecuentes con correlación de baja autoestima. Muestra comportamientos inestables (con episodios de bajo control de emociones y de impulsos) provocados por situaciones que percibe de estrés y a experimentar un mayor número de emociones negativas, por lo que rehúye todo aquello que le pueda generar conflicto y malestar.

Análisis funcional

Desde una perspectiva conductual, los diagnósticos psicopatológicos se conforman como una utilidad clínica limitada, ya que lo realmente importante para una intervención desde esta perspectiva son las funciones que cada comportamiento tiene para la propia persona. Por este motivo, la realización de un análisis funcional de la/s conducta/s problema es una de las claves que permite abordar con éxito la intervención psicológica.

En el caso de E. se puede profundizar en el análisis funcional más allá de su topografía conductual como un Trastorno Agorafóbico, ya que como se ha descrito anteriormente, el problema de E. se identifica como un Trastorno por Evitación Experiencial (T.E.E.) (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001) por su patrón de vida desadaptativo en el que la evitación se desarrolla como una clase funcional limitante que refuerza respuestas de muy diversa topografía (entre ellas las agorafóbicas y la evitación social).

La principal fuente de sufrimiento de E. es su incapacidad para desarrollar todas las actividades que venía realizando hasta hace un año (trabajar, actividades de ocio, salir a la calle, relacionarse socialmente...).

La causa inmediata de sufrimiento, en el momento inicial de la evaluación, son las crisis de angustia que estaba sufriendo, en las que aparecía toda la sintomatología a nivel fisiológico característica de estos episodios, junto a pensamientos automáticos y creencias irracionales sobre lo que anticipaba que ocurriría tras cada una de estas crisis (“me voy a morir” o “voy a perder el control”). Esta actuación estaba provocando un elevado malestar a nivel emocional, primeramente por el miedo anticipatorio a la aparición de dichas crisis y posterior-

mente por el profundo sentimiento de tristeza al ver su incapacidad para afrontar y resolver la situación, lo que redundaba en un deterioro significativo de su autoestima. Como resultado de toda esta sintomatología, E. desarrolla todo un repertorio de conductas, supuestamente efectivas (a corto plazo), enfocadas a evitar la angustia y el sufrimiento. Paulatinamente ha dejado de trabajar, de ir en transporte público, de transitar lugares concurridos, de relacionarse con gente, de salir de casa,... estableciéndose un comportamiento generalizado de evitación ante cualquier situación que sospeche que pueda provocarle la más mínima alteración en su delicado equilibrio emocional.

Adicionalmente, su sintomatología también se había visto reforzada por las contingencias sociales y las respuestas de evitación social (debido al deterioro de su imagen). Renuncia que supone un mayor sufrimiento a largo plazo, ya que le impide desarrollar actividades con las que se sentía muy cómodo y a gusto (viajar, salir, comprar, relacionarse, ir a ver a su madre,...) y que le permitían sentirse coherente consigo mismo.

Las consecuencias del T.E.E., es que E. queda atrapado en esa función del comportamiento propio al entender que su conducta es aparentemente efectiva a corto plazo, reforzando de esta forma su patrón de evitación. Pero el resultado a largo plazo, demuestra que este patrón de respuesta es muy negativo, en tanto en cuanto acaba limitando completamente su vida personal. Esto hace que funcione con una estrategia circular, quedando atrapado en una trampa psicológica, en la que la solución que E. considera adaptativa, comienza a formar parte del propio problema, ya que representa un plan deliberado para alterar –mediante la eliminación, la modificación o el control– todas aquellas experiencias privadas aversivas con el objetivo de evitar el sufrimiento. Pero todos sus esfuerzos son ineficaces, ya que aunque alivien su sufrimiento de forma inmediata, no consiguen solucionar el problema. Incluso lo van acrecentando, ya que al darse cuenta de que sus estrategias no son efectivas, busca nuevas formas de control y evitación que le mantienen en la trampa circular. El hecho de que no consiga ese resultado deseado nos informa de que la funcionalidad de su conducta no es la buscada, ya que las estrategias empleadas son inadecuadas. Las consecuencias surgidas otorgan una clara ambivalencia al hecho de la evitación, que se convierte de esta forma en una conducta sujeta a un conflicto entre consecuencias.

Todo este funcionamiento queda muy patente en el propio hecho de su intento de control del malestar en el momento que se plantea salir de casa, donde la decisión de no salir provoca a corto plazo un alivio momentáneo que mantiene su conducta de evitación mediante un reforzamiento negativo, pero que a la larga está provocando que su malestar vaya acrecentándose a medida que continúa la evitación al malestar. Por eso marcamos como primer objetivo de la intervención la supresión de todos aquellos comportamientos dirigidos al control del malestar.

Intervención

Según las características del caso y siguiendo la lógica del análisis funcional, la intervención se dirigió inicialmente a eliminar la conducta de control de su comportamiento a la hora de salir de casa, ya que partimos del supuesto de que el control forma parte del problema (Hayes et al., 1999; Carrascoso, 1999). Posteriormente se trabajaron los intereses propios del paciente con la intención de buscar acciones coherentes con lo que realmente considera importante para sí mismo y para su vida. Y es por este motivo, por lo que se planteó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como la intervención más adecuada para el caso.

Tras las sesiones iniciales de evaluación, se clarificaron las expectativas del paciente para poder marcar los objetivos terapéuticos. Por este motivo es muy importante el establecimiento de una buena relación terapéutica entre el profesional y el paciente, y adoptar los principios básicos de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999), en los que se expone la necesidad de huir de críticas y posicionamientos morales respecto a los planteamientos del paciente y que resulta compatible con la terapia de aceptación y compromiso ya que la entrevista motivacional es ecléctica en las técnicas. Ya que nuestra función profesional básica debe ser la de estar de su parte, el marco idóneo de trabajo terapéutico es el de la colaboración con la persona en el segui-

miento de sus metas y valores. Por ello, es fundamental introducir debates internos y personalizados a lo largo de toda la intervención. Debates y reflexiones que se facilitan a través de metáforas comprensibles –que puedan generar paralelismos con su situación personal– y ejemplos cercanos a la persona para que los pueda razonar adecuadamente. También se debe contar con la aparición de algún tipo de resistencia debido a que a la persona no le resulte fácil asumir una nueva perspectiva de las situaciones, ya que se está deconstruyendo su sentido común sobre la naturaleza de su trastorno y de su sufrimiento. Pero, de cualquier modo, siempre debereamos hacerle entender que estamos inequívocamente de su lado, que asumimos la dificultad del proceso y que estamos dispuestos a ayudarlo a superarla. Es por esto por lo que los objetivos terapéuticos solo podrán establecerse una vez que el paciente se haya cuestionado sus expectativas y sepa lo que realmente quiere para su vida.

Lógicamente la intervención se fue adaptando a las necesidades propias de E. y de las características situacionales durante el proceso, por lo que debe entenderse que el orden expuesto anteriormente es flexible para otros casos. Además es importante señalar que la intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso no es lineal, sino que, en ocasiones es necesario volver a etapas anteriores para reiniciar un nuevo avance terapéutico.

El primer paso fue informar al paciente de qué era y en qué consistían los ataques de pánico y la agorafobia –tomado como referencia los modelos explicativos de Botella y Ballester (1997) y de Mathews, A. M., Gelder, M. G. y Johnston, D. W. (1986)– así como la psicoeducación sobre qué son las emociones y cuáles son sus funciones. Esta primera fase, permitió al paciente encontrar cierto alivio al sentir que todo lo que le ocurría tenía sentido y que no era tan “raro” como él pensaba. Esta normalización es básica, ya que es una de las claves principales para conseguir la aceptación de las situaciones y el posterior abandono de la lucha por parte del paciente.

En las sesiones posteriores se dedicó tiempo para la explicación y comprensión del análisis funcional de su comportamiento, generando conflicto interno y provocando un debate que le llevase a discutir y a confrontar las estrategias ineficaces que venía poniendo en práctica, haciéndole ver que los intentos por manejar su angustia no habían dado el resultado esperado, por lo que era necesario establecer la búsqueda de nuevas alternativas. De esta manera, se provocó una de las primeras fases fundamentales dentro de la ACT: la *desesperanza creativa*. Para ello se invitó a E. a reconocer todas sus sensaciones, sentimientos y pensamientos como fenómenos o conductas propias, haciéndole recapacitar sobre lo inútil de su control, debido al efecto paradójico que se estaba produciendo ya que todo esto empezaba a formar parte del propio problema. Para conseguir este avance, se utilizaron muchos ejemplos propios de su comportamiento actual, con la finalidad de provocar en E. una reflexión sobre la adecuación de sus estrategias. También se utilizaron algunas metáforas como “El campo de hoyos” y “Las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002), lo que provoca de forma espontánea que el paciente sienta que nuestro acervo cultural (social y verbal) nos hace prisioneros de nuestros pensamientos y emociones, e insensibles a las contingencias naturales. Se trata de empezar a *desmantelar el control* y de que abandone la lucha interna, ya que tanto pensamientos como sentimientos son conductas. De ahí que poco podamos hacer, más allá de comportarnos al margen de ellos, para lo que es necesario abandonar la idea y los intentos de control. Para llegar a esta premisa básica se utilizó la metáfora “Un hombre y un dragón”, propuesta por Velasco, J. A.; Quiroga, E. (2001) –y que se describe en la Tabla 1– con el objetivo de poner de manifiesto la imposibilidad de controlar su ansiedad e identificar ese control como parte del problema. Con la intención de profundizar en este aspecto, también se mostró la regla de los eventos privados en la que se confirma que “si algo no lo quieres lo tienes” (Wilson y Luciano, 2002), a través de la que queda patente que el hecho de intentar controlar sus sensaciones físicas estaba exacerbando esas mismas emociones. Haciéndole reconocer así que ni podemos controlar dichas reacciones, ni esas reacciones físicas determinan la conducta, tratando de establecer que cada cual es trascendente respecto a sus conductas, pensamientos y sentimientos. Es decir, que no se agota en ninguno de ellos, sino que constituyen solamente meros episodios en su vida. De esta forma se consigue romper la lógica y que el paciente se deshaga de sus pretensiones de eliminar su malestar y de estar bien.

Una vez generada la duda sobre sus conductas actuales y sobre el control de su propio comportamiento,

Tabla 1. La metáfora del hombre y del dragón

EL HOMBRE Y EL DRAGÓN

Existía en cierto lugar un hombre que tenía una bonita casa al pie de una colina. Cultivaba la tierra, jugaba con sus hijos, se veía con los amigos, charlaba con su mujer y hacía planes con ella... En definitiva, llevaba una vida apacible y feliz.

Cierta día descubrió con alarma que en lo alto de la colina bajo la cual se encontraba su casa, vivía un monstruo. Pensó en irse con toda su familia. Pero no; había mucho de ellos en aquel lugar como para abandonarlo. Lo que al buen hombre se le ocurrió fue subir y encerrar al monstruo en su cueva, así que subió y construyó un muro a la entrada. Pero el monstruo, al día siguiente, sencillamente rompió el tabique y salió.

Alarmado por la fuerza de aquel ser, nuestro hombre decidió ir en persona y obligar al monstruo a permanecer dentro de la cueva, pero no bien se daba la vuelta para regresar a su casa, tozudamente, el bicho volvía a salir, así que cada vez el hombre pasaba más tiempo en la colina,... y menos con sus amigos, su mujer y sus hijos.

Todos intentaban convencerle de que, si el monstruo siempre había estado allí y nunca había hecho nada a nadie, no había, en realidad, motivos para preocuparse.

Pero el hombre se enfadaba con quienes así le aconsejaban, así que se volvió huraño, y empezó a llevarse un poco peor con todo el mundo. De paso prestaba mucha menos atención a sus negocios y estaba a punto de perder su trabajo.

No tenía en la cabeza más que subir a la colina a encerrar al monstruo, y allí se pasaba los días, de manera que prácticamente o hacía otra cosa a lo largo de la jornada.

Los amigos y familiares consultaron a diversos expertos sobre cómo ayudar a aquel hombre a solucionar su problema, pero todos decían que lo que tenía que hacer el hombre era intentar olvidarse de que existía el monstruo,... pero nadie sabía cómo.

Un día acertó a pasar por el lugar un científico que se dio cuenta de que era imposible que el monstruo avanzase más allá de la explanada en la que estaba su cueva. Y es que, efectivamente, para llegar a esa explanada, había que pasar por un estrechísimo desfiladero a través del cual era imposible que el monstruo pudiese pasar, pues su tamaño le impedía atravesarlo.

Cuando comentaron esto a nuestro amigo pareció reconfortarse y parecía que por fin su problema encontraba una salida. Sin embargo, pasados unos días, se sintió aterrorizado y angustiado con la idea de que el monstruo les causara algún daño, así que corrió colina arriba a ver qué era de él, y a los pocos días estaba nuevamente igual.

Por más que le recordaban la imposibilidad de que el monstruo saliera de las inmediaciones de la cueva, el hombre, sin dejar de reconocerlo, repetía que el miedo no se le quitaba, que no tenía más remedio que subir a cerciorarse de que el monstruo seguía en su sitio, pero, al mismo tiempo, se sentía agobiado y harto de tener que estar pendiente en todo momento de esa situación: en pocas palabras, estaba harto de vigilar al monstruo, pero no podía dejar de hacerlo.

Así pues, tenemos a nuestro hombre en una encrucijada, en una especie de problema sin solución.

Veamos algunas cuestiones:

- Tal y como se plantea, ¿es en realidad un problema irresoluble el que tiene el protagonista de la fábula?
 - Si hay una solución ¿cuál crees tú que es?
-

entramos en la fase de búsqueda de alternativas. Pero antes de concretarlas es necesario que la persona encuentre la dirección hacia la que quiere avanzar, buscando en sus propias expectativas y valores, por lo que se procedió a trabajar con el paciente la promoción de la orientación de la vida a los valores como alternativa del ensañamiento contra los síntomas que venía ejerciendo hasta el momento. Con ello se busca otorgarle un espacio psicológico a aquellos eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo como contexto, para poder contemplar así dichos eventos privados propios desde una perspectiva experiencial estable, para lo que es necesario clarificar las direcciones valiosas de cada persona y fortalecer el compromiso con éstas.

De esta forma la intervención se centra en la persona y en la vida que construye y considera valiosa, marcando la dirección que desea seguir y actuando como guía para el cambio conductual. Se focaliza la atención en el largo plazo, distinguiendo entre los valores “impuestos” por las reglas sociales y aquellos elegidos libremente y que fomentan la responsabilidad sobre las acciones, en contraposición al comportamiento dirigido a objetivos (corto plazo) que son las metas que jalonan el avance hacia dichos valores.

Para conseguir este objetivo se trabajó de forma directa con las direcciones valiosas e importantes para E., a través de un registro donde podía focalizarse en las distintas áreas y rescatar qué cosas son realmente las que le pueden hacer sentirse bien consigo mismo a largo plazo. El esquema del registro utilizado se muestra en la Tabla 2 y está basado en los modelos propuestos por Wilson y Luciano (2002) y Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

Para un mejor desarrollo de este registro se utilizaron el ejercicio de “El funeral” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), “El epitafio” (Wilson y Luciano, 2002), la búsqueda de su ideal personal o recursos muy similares a los de la logoterapia (Frankl, V., 2003) en los que se pone a la persona en situaciones límite imaginarias para que

Tabla 2. Registro de Direcciones valiosas para mí

	DIRECCIÓN VALIOSA/PRIORIDAD EN LA VIDA V: Valores / A: Acciones /B: Barreras	Orden	I (0-10)	C (0-10)	D (I-C)
PAREJA	V: A: B:				
HIJOS	V: A: B:				
FAMILIA	V: A: B:				
AMIGOS	V: A: B:				
VIDA SOCIAL	V: A: B:				
OCIO PERSONAL	V: A: B:				
TRABAJO	V: A: B:				
FORMACIÓN	V: A: B:				
CUIDADO FÍSICO	V: A: B:				
INTELLECTUAL Y/O ESPIRITUAL	V: A: B:				

PUNTUACIÓN TOTAL:

I – IMPORTANCIA (PARA MÍ) / C – CONSISTENCIA, DEDICACIÓN REAL A ESE VALOR / D - DISCREPANCIA

encuentre el sentido de su vida y, por extensión, a su comportamiento actual. Por otro lado, es fundamental que sea el propio individuo quien intente despejar las dudas sobre si lo que realmente quiere son valores impuestos (sociales) o elegidos por él mismo. La finalidad última de estos ejercicios es que la persona elija y haga explícitos los valores que van a regir su vida. Evidentemente la búsqueda de los conflictos y contradicciones entre cómo se comporta y sus valores personales son las claves que van a posibilitar un cambio de perspectiva respecto a su problemática.

En el caso que estamos tratando, entre muchas direcciones valiosas, encontramos dos que se repitieron en diferentes áreas y que incluso pudimos ampliarlas, generalizarlas y utilizarlas de forma global. E. destacó como primera dirección fundamental la coherencia interna consigo mismo, en la línea de que su comportamiento estuviera siendo consistente a esas direcciones valiosas propias. Por otro lado, también se trabajó una segunda dirección consistente en la libertad del comportamiento, entendida como que sus conductas no estuvieran deli-

mitadas por aquellos eventos privados aversivos. La flexibilidad psicológica es el objetivo de la terapia de aceptación y compromiso, E. lo identifica como un valor importante en su vida como se demuestra en estas dos direcciones marcadas por él mismo.

Estas dos direcciones, fundamentalmente, fueron las que marcaron la posterior intervención al buscar acciones concretas y coherentes para la persecución de sus ideales, orientándolo hacia acciones y metas alcanzables, y siendo consciente de las posibles barreras para facilitar el trabajo posterior con ellas.

Particularmente fue relevante resaltar la idea de responsabilidad y compromiso del paciente, haciendo hincapié en que sus objetivos deberán buscarse sin ninguna razón aparente, sencillamente porque él lo decide. Ya que invocar a cualquier razón de orden pragmático conllevaría el surgimiento de contra argumentos, justificaciones o excusas que anularían las razones esgrimidas y provocarían la pérdida de motivación al cambio. Eliminamos así la posibilidad del autoengaño y fundamentamos su comportamiento en el tipo de vida que quiere la persona para sí. Esta elección implica asumir (responsablemente) las cuestiones negativas que le son inherentes a esa vida y, por tanto, es preciso contar con ellas de antemano.

Como barreras o dificultades esenciales a la toma de postura personal de E., aparecieron bastantes pensamientos y emociones asociados a historias de fracaso previas, así como anticipaciones catastrofistas sobre lo que podría ocurrir en el futuro. Para eliminar esta resistencia cognitiva y avanzar en el proceso terapéutico se utilizó primeramente la exposición graduada a sensaciones físicas no demasiado aversivas, buscando una mayor apertura y flexibilidad por parte del individuo de cara a las sensaciones que venía evitando y que actuaban como barreras frente a sus direcciones valiosas. Para ello, se realizaron diversos ejercicios de exposición a sensaciones físicas y pensamientos centradas en necesidades fisiológicas básicas (p.e. sed y ganas de beber), para ir ampliando el repertorio a otro tipo de sensaciones más elaboradas. El objetivo perseguido era la aceptación de sensaciones aversivas y el control de la conducta disruptiva en base a lo que él había considerado importante y valioso en un momento dado, rompiendo así la lógica establecida de evitar todo aquello que le genera malestar. También se buscaba que el propio paciente fuese experimentando por sí mismo su capacidad para reaccionar de otra manera diferente frente a estas pequeñas pruebas de realidad y ejercicios experienciales, que provocan una experiencia y no un cambio, y facilitan el contacto con los valores evitados, ya que lo que importa en este tipo de intervención es la experiencia que el paciente vive en la terapia. En esta fase de la intervención no se busca una simple exposición al uso clásico, más bien se trata de que la propia persona compruebe qué es lo que sucede cuando se abandona la lucha contra los eventos privados y descubre la compatibilidad de actuar de una manera coherente consigo mismo y convivir con dichos eventos aversivos de forma simultánea. Por lo que el objetivo no es la extinción de la ansiedad, sino potenciar la conducta comprometida con los valores en la situación temida.

En la medida en la que se profundizaba en estos aspectos, la propia situación iba forzando la necesidad del paciente de saber cómo gestionar de una manera más operativa –más allá de la propia aceptación– todas aquellas sensaciones y pensamientos que provocaban malestar. Para ello se empezó a profundizar en otra de las fases claves de la ACT, como es la Defusion, a través del *distanciamiento comprensivo* (Pérez, 1996), que consiste básicamente en el desmantelamiento o la desactivación del pensamiento. En el caso de E. se trabajó la metáfora de “El ajedrez” tomado de Pérez (1996) y que se incluye en la Tabla 3. Uno de los objetivos de esa metáfora es el introducir la posibilidad de que una vida valiosa pueda surgir por el mero hecho de estar dispuesto a tener y contemplar dichos eventos privados y proporcionar experiencias en vivo que permitan a la persona establecer ese contacto directo con los beneficios de estar receptivo a dichos pensamientos y emociones. Con el distanciamiento y la desliteralización se busca que la reacción de la persona a sus pensamientos no se siga automáticamente, como si el pensamiento fuera una verdad absoluta, sino que su comportamiento esté influido por las direcciones valiosas de su vida, por lo que la intervención debe ir modelando a la persona y facilitándole el desarrollo de respuestas alternativas. Gracias a este proceso E. empieza a establecer la diferencia entre “tener el pensamiento de...” y “quedar atrapado por el pensamiento de...” (al igual que con las emociones) y que darse cuenta de que su persona es algo mucho más complejo y diferente que dichos pensamientos o emociones.

Tabla 3. La metáfora del ajedrez

METÁFORA DEL AJEDREZ

Vamos a jugar al ajedrez. Tenemos, naturalmente un tablero y las figuras de distinto color. Se constituirá una partida en la que, lógicamente, dos bandos intentarían vencer. Un bando de esos, “el bueno”, representaría los sentimientos de control y los pensamientos de autoconfianza que quieren ganar la partida a la ansiedad, las obsesiones y demás “figuras malas”, que por otro lado, son jugadores de ventaja, ya que un simple movimiento de escape es interpretado por el bando contrario como una gran derrota. En verdad, se trataría de una partida sin final, por cuanto que las piezas nunca pueden desaparecer del tablero, de modo que con más o menos beligerancia el juego continúa.

- ¿Este ejemplo alude a su situación?
 - ¿Con qué se identifica del tablero?
-

nes. Este ejercicio no se realiza con la intención de eliminar esos eventos privados, sino para enseñar al paciente a actuar, aún teniendo dichos pensamientos o dichas emociones. Poco a poco se va consiguiendo que E. tome el papel de observador con respecto a sus eventos privados.

Todo esto se va logrando en la medida que se van ofreciendo ejemplos experienciales propios sobre la inutilidad de “no estar dispuesto” a experimentar su malestar desarrollando conductas de evitación activa (p.e., exposición a su experiencia de fracaso), y a través de ejercicios que permiten interrumpir la rumiación. De esta manera se consigue que el paciente adquiera una mayor flexibilidad con respecto al contenido psicológico que surge como barrera. Pero el propio desarrollo de la intervención exige un trabajo más a fondo a través del distanciamiento del lenguaje (Defusion). Sobre todo para que el paciente aprenda a diferenciar lo que está presente verbalmente y lo que se hace presente por el lenguaje, ya que E. tiende a fusionarse con el contenido psicológico (razones, explicaciones, emociones,... que da a su comportamiento) y que le empujan a seguir evitando ciertas situaciones. Por este motivo se trabaja la desactivación de sus funciones verbales empleando la metáfora de “El actor y del personaje” (Wilson y Luciano, 2002), lo que permite la aceptación a través de las dimensiones del yo como contexto y el yo como contenido. Desactivando sus funciones verbales se va consiguiendo minimizar el valor de las palabras y logrando el distanciamiento del contenido psicológico.

En esta tarea de defusión con el lenguaje, se procura trabajar el control conductual dominado por contingencias verbales (literalidad,...) en lugar de por contingencias directas, sugiriendo al paciente formulaciones alternativas que relativicen lo tomado como absoluto. A través de la distinción entre Descripción vs. Valoración, y a través de la toma de perspectiva de los eventos privados desde la distancia, el paciente se permite ver como el yo contexto, es decir como el lugar y el espacio en el que se dan esos pensamientos y esos sentimientos, sin tener que luchar contra ellos. Lo que facilita un margen para que el paciente diferencie la persona de sus pensamientos, sus sensaciones, sus recuerdos y sus emociones; que tenga y pueda observar éstos como contenidos y no como lo mismo que el yo. Para potenciar e interiorizar todos estos conceptos se trabajó con el ejercicio de “El observador de sí mismo” (Pérez, 1996) para enseñar la trascendencia del yo y continuar diferenciando entre lo que es la persona y lo que es su conducta.

En cuanto al proceso personal de E., en todo este tiempo fue realizando pruebas de realidad y exposiciones que le permitían operativizar todos estos conceptos. De forma gradual consiguió que saliese de casa con una frecuencia diaria, que acudiese regularmente a terapia en el gabinete, que utilizase el transporte público, que realizase compras de forma habitual,... incluso se consiguió en una etapa posterior que fuese capaz de viajar en avión para poder visitar a su familia. El desarrollo posterior de la intervención terapéutica permitió, además, el trabajo sobre el mantenimiento del compromiso de E. con sus direcciones valiosas y la generalización de dichos aprendizajes a otras áreas de su vida.

Pero en la evolución del caso se detecta un área donde las barreras se mantienen a pesar del esfuerzo realizado, bloqueando el comportamiento y la línea de trabajo desarrollada hasta ese momento. Se encuentran dificultades a la hora de reanudar sus relaciones sociales con los contactos relacionados con su ámbito laboral y con otras amistades surgidas con anterioridad a su baja. Sin embargo, sus barreras para relacionarse con aquellas personas con las que ha mantenido contacto durante esta última etapa o, incluso, con relaciones nuevas, son

menores. Una evaluación más profunda sobre este aspecto, permitió valorar la importancia que tenía para él su cambio de imagen física a la hora de enfrentarse a los demás, a pesar de que durante la intervención psicológica había llegado a perder cerca de 20 kg, según refería. Teniendo en cuenta sus antecedentes sobre dietas restrictivas y algún episodio de atracón, se plantearon unas reglas básicas de alimentación para mantener una dieta sana y equilibrada. Se empezó a aplicar todo lo aprendido bajo la perspectiva de ACT de cara a sentir todos esos pensamientos, miedos, emociones y sentimientos, de forma independiente a su comportamiento, para lo cual se utilizó la metáfora de “El jardín” (Wilson y Luciano, 2002). La detección de esta barrera propició la revisión de sus direcciones valiosas en la línea de las relaciones sociales y de su cuidado físico, para posteriormente poder trabajar con el distanciamiento de una manera más profunda y efectiva. Se desarrollaron técnicas que le permitieron externalizar los eventos privados y tomar, nuevamente, una perspectiva de observador. Para ello se utilizaron ciertas estrategias básicas de Mindfulness, tomadas de Kabat-Zinn (2004) y Segal, Williams, y Teasdale (2008), que permitían ahondar en el “no juicio” y en la aceptación de dichos eventos privados. De esta manera se logró que el paciente volviera a estar dispuesto a sentir ese malestar (exposición de su imagen física hacia los demás a través del reencuentro con amistades anteriormente evitadas) sin realizar conductas evitativas, a exponerse a dichas situaciones de una forma gradual, con el fin de construir repertorios de respuestas más elaboradas respecto a los contenidos psicológicos temidos, y a aceptar todas esas emociones y pensamientos, viviéndolos de forma externa sin fusionarse con el contenido literal. Todo ello sin renunciar a aquellos comportamientos que le conducían a lo que realmente era importante para él, lo cual permitió desarrollar, de forma paralela, el fortalecimiento de la aceptación y el afianzamiento de la práctica del compromiso coherente con las direcciones valiosas personales (coherencia interna y libertad en sus comportamientos aplicados al área social y de imagen física).

Resultados

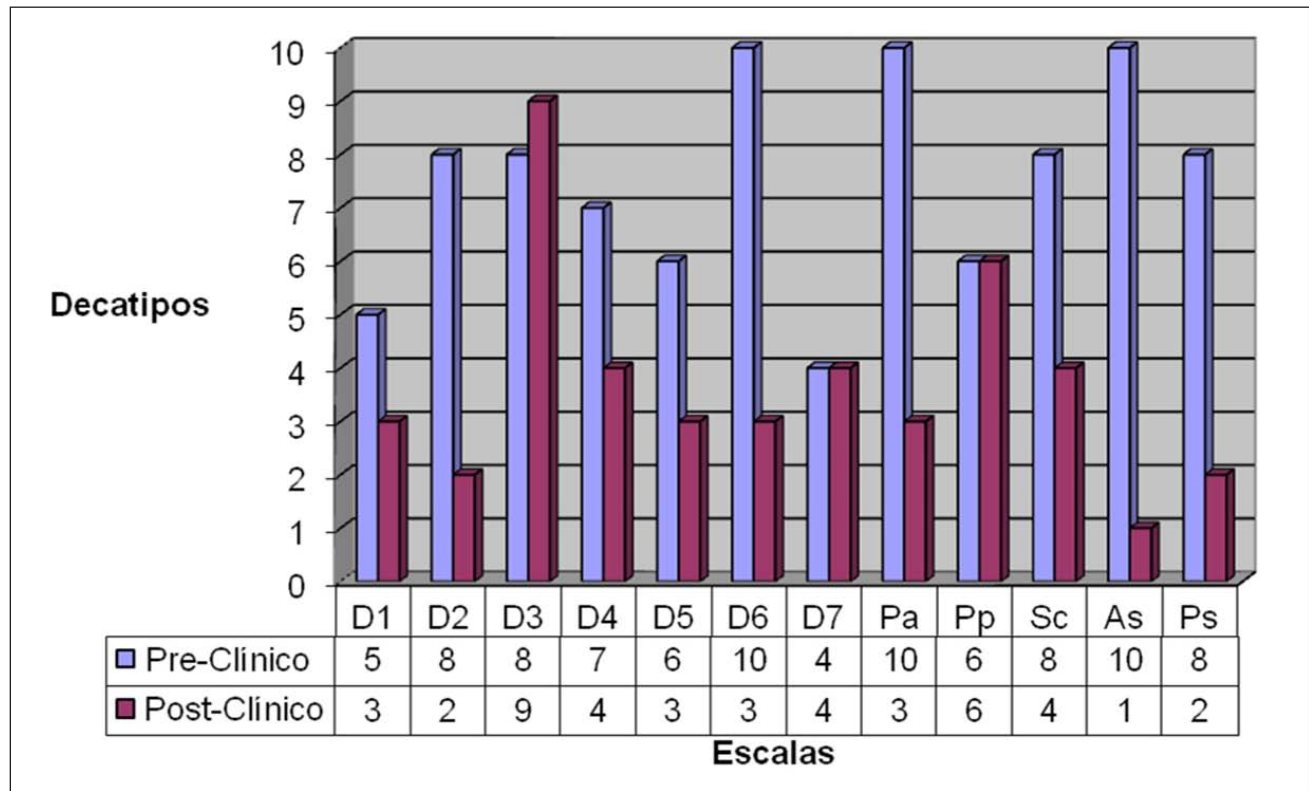
En el momento en el que se produce la generalización de las estrategias aprendidas en terapia, su evolución fue positiva al conseguir recuperar gran parte de la vida que había perdido. Consiguió normalizar sus visitas y sus relaciones familiares, recuperando actividades sociales y de ocio e, incluso, iniciando alguna pequeña incursión en el área afectiva. La única área donde no pudo desarrollarse plenamente fue la laboral debido, principalmente, a la valoración de incapacidad decretada por un tribunal médico en un momento previo al inicio de la intervención. Esta ha sido la razón que ha impedido la reincorporación de E. a su puesto de trabajo habitual hasta el momento de la finalización de la intervención, lo cual ha permitido generar otro tipo de necesidades que ha ido cubriendo con su parte más creativa y artística.

Como medida de efectividad e idoneidad de la intervención, no solo nos hemos basado en la información del propio paciente, sino en todos aquellos comportamientos evitativos que realizaba al inicio del tratamiento (p. e. el no salir de casa o la toma de medicación de forma habitual) y que en la actualidad han desaparecido, hasta tal punto que ha conseguido algunos objetivos que en un principio parecían muy lejanos como el viajar en un avión de nuevo o el relacionarse con amistades y disfrutar de actividades de ocio.

Para respaldar la consecución de éxito, se le aplicó de nuevo el Cuestionario Clínico (CAQ) utilizado al inicio de la intervención, con la finalidad de detectar los cambios significativos en su evolución al finalizar el tratamiento (10 meses de intervención). Dichos resultados se muestran en la Figura 1, y todos ellos –tanto los obtenidos al inicio del tratamiento como los obtenidos al final del mismo– han sido analizados respecto a los baremos correspondientes a población clínica. En ellos se pueden observar claramente los cambios fundamentales que apoyan y refuerzan la idea de éxito en la intervención terapéutica realizada con el paciente E.

Queremos destacar un aspecto que nos parece significativo en cuanto a los resultados post-tratamiento obtenidos en el CAQ. Es muy significativo que el indicador de desajuste psicológico (Ps) –estrechamente relacionado con la autoestima– se encuentre en un percentil bastante bajo, lo que indica que el paciente confía en sí

Figura 1. CAQ: Comparativa Pre-tratamiento y Post-tratamiento (baremos clínicos)



mismo y se ve con capacidad para afrontar problemas y situaciones conflictivas una vez concluido el tratamiento. Por otro lado, entre las dos escalas que se consideran de protección ante las dificultades, se encuentra la única que ha experimentado un leve aumento (D3), mientras que la desviación psicopática (Pp) se mantiene al mismo nivel. Estos resultados se deben, precisamente, a que se ha producido un aprendizaje a la hora de buscar soluciones cuando surjan dificultades, así como el intento de no dejarse llevar en su comportamiento por su parte más emocional. Se puede apreciar también como los rasgos depresivos han experimentado una disminución significativa, lo que supone que ha empezado a ver la vida con satisfacción y que disfruta de ella (D2), al mismo tiempo que han ido disminuyendo de forma importante aquellos episodios de bajones anímicos que se producían frecuentemente al inicio de la intervención (D5).

En cuanto a las escalas de Ansiedad, se aprecia un descenso importante tanto en el sentimiento de culpabilidad que generaba ante las situaciones de fracaso (D6), como en la parte más obsesiva, donde las ideas inoportunas y hábitos compulsivos dejan de tener su espacio (As). Sus comportamientos han perdido vehemencia e impulsividad, logrando que el paciente evalúe con más realismo tanto a las personas como a las situaciones (Sc), que confíe más en la gente y que no vea dobles intenciones en los comportamientos de los demás (Pa). Por último queremos destacar también el descenso experimentado en su tensión interna, lo que le ha permitido regular sus ciclos de alimentación y sueño, entre otros aspectos (D4).

Conclusiones

La intervención del caso expuesto se ha basado en las premisas fundamentales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), mostrándose eficaz tanto en la reducción de ataques de pánico como en la normalización y recuperación de la vida de la persona. Debido a que la aceptación es un concepto que describe la renuncia a cambiar todo aquello que no pueda cambiarse –incluyendo las propias emociones y pensamientos– con el

objeto de luchar por los propios valores, no se ha perseguido de forma directa la reducción de síntomas ni del malestar asociado a sensaciones corporales provocadas por la ansiedad (para evitar la trampa verbal que se produce en estos casos donde la propia evitación forma parte del problema), sino que se ha trabajado en la línea de la normalización y aceptación de dichos eventos privados y en el compromiso del individuo, como toma de postura por hacer algo concreto dentro de sus posibilidades reales. Además, la terapia también ha resultado eficaz en la recuperación y clarificación de aquellas direcciones valiosas para la vida del propio paciente.

Como vía para la consecución de dichos objetivos se han utilizado diversas técnicas y estrategias de cambio del contexto verbal de la persona como la desesperanza creativa, la guía orientada a los valores, la defusión (donde se han incluido el distanciamiento comprensivo a través del papel de observador de sí mismo y de la externalización de los pensamientos y de las emociones; y el desmantelamiento del pensamiento a través de la desliteralización y la desactivación del lenguaje), todo ello con el empleo de metáforas, paradojas, pruebas de realidad, ejercicios experienciales, etc. Pero también la alianza terapéutica y la aceptación incondicional, con lo que ha permitido que el paciente haya podido evolucionar desde la rigidez a la flexibilidad, desde el juicio a la comprensión y permisividad, desde la culpa al entendimiento, desde el dominio y la dependencia a la autoafirmación. El proceso terapéutico se ha desarrollado de tal forma que los principales cambios se han conseguido gracias a la exposición del propio individuo a todos aquellos eventos temidos (sensaciones físicas, pensamientos, emociones,...). A diferencia de lo que sería la idea de resignación, tenemos que aclarar que el concepto de aceptación se ha trabajado como acción y no como sentimiento, ya que todos los comportamientos del paciente han estado dirigidos y orientados en todo momento por dichas direcciones valiosas, y no han sido abordados solo como una forma de reducir o controlar sus síntomas.

En el caso que hemos descrito, tanto la desesperanza creativa como la aceptación resultaron bastante fáciles de comprender, lo que propició que el paciente empezara rápidamente a actuar con base a esta perspectiva terapéutica. Donde se encontraron mayores dificultades fue en la fase de distanciamiento, por lo que se tuvieron que desarrollar más herramientas para su comprensión y aplicación. Y es aquí precisamente donde se incluyen ciertas estrategias que comparten la filosofía de la ACT, apoyando y dando sentido al trabajo realizado. Nos estamos refiriendo concretamente a la externalización o la observación de sí mismo desde una perspectiva próxima al mindfulness, lo que facilitó que el paciente se mostrase “dispuesto a” y realizase exposiciones posteriores, ampliando el rango de respuestas que podía emitir en situaciones ansiógenas.

En conclusión, podemos afirmar que la Terapia de Aceptación y Compromiso ha resultado un enfoque terapéutico útil y efectivo. Primeramente porque se ha logrado que la persona funcione como tal desde el mismo momento en que se le conduce a la resolución de sus conflictos a través del compromiso con ciertas alternativas y la aceptación de las consecuencias indeseables asociadas. Y en segundo lugar, porque ha permitido que el paciente asuma la responsabilidad inherente de su elección de vida, reduciendo de forma natural su ambivalencia y su inestabilidad al afianzar su comportamiento en los propios valores morales y su responsabilidad con ellos a través de su proyecto de vida personal.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de Angustia con agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema*, *11*, 1-12.
- Frankl, V. (2003). *Logoterapia y análisis existencial. Texto de cinco décadas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Hayes, S. y Melancon, S. (1989). Comprehensive distancing. Paradox, and the Treatment of Emotional Avoidance. En M. Asher (Ed.). *Paradoxical procedures in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavior Disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Luciano, M. C. (1999). La Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /International Journal of Clinical an Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Mathews, A. M., Gelder, M. G. y Johnston, D. W. (1986). *Práctica programada para la Agorafobia*. Vitoria-Gasteiz: Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Eusko Jaurlaritzza.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, M. (1996). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2008). *Terapia Cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: DDB.
- Velasco, J. A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 1, 50-56.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zaldívar, F. (1998). Intervención conductual de un caso de “miedo al miedo”. En C. Luciano, F. Molina y J. Gil (Eds.): *Análisis funcional e intervención en Psicología Clínica*. Granada: Némesis.

Bibliografía

- Barraca Mairal, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Botella, C., Ballester, R., Carrio, C. y Benedito, M. C. (1993). El desmantelamiento de los programas cognitivo-comportamentales para el tratamiento del trastorno por angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 882-905.
- Ferro, G. R. (2000). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 3, 445-450.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- García Higuera, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé*, 2, 287-304.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 2, 289-304.
- Luciano Soriano, C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Trastorno de Evitación Experiencial. Una síntesis de casos clínicos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2001). Trastorno de ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 373-398.
- Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.

- Moron, R. (2005). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 138, 479-498.
- Páez Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia Salas, S. y Luciano Soriano, M. 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*, 1(6), 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Zaldívar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 425-454.

Manuscrito Recibido: 27/03/2012

Revisión Recibida: 18/06/2012

Manuscrito Aceptado: 19/06/2012